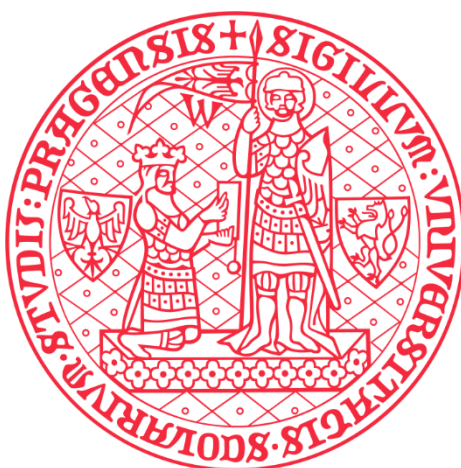


UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce



Barbora Hailandová

**Koncept zotavení u osob se zkušeností se syndromem vyhoření:
kvalitativní analýza psychologických potřeb**

The concept of recovery in people with experience of burnout syndrome:
a qualitative analysis of psychological needs

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ivana Šípová, Ph.D.

2025

Poděkování

Mé upřímné poděkování putuje převážně za dvěma skupinami osob. První z nich jsou všichni, bez kterých by práce nemohla vzniknout – tedy respondenti*ky, kteří se mnou odvážně sdíleli/y své příběhy a také vedoucí práce, která mi byla v celém procesu oporou. Druhá skupina osob jsou moji blízcí, kteří mi byli nekonečnou podporou v celém procesu psaní. Děkuji Vám všem!

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20.4.2025

Barbora Hailandová

Abstrakt

Syndrom vyhoření je komplexní fenomén, jehož dopad přesahuje pracovní oblast a ovlivňuje celkovou kvalitu života. Zotavení ze syndromu vyhoření je často dlouhodobý, nelineární proces, trvající měsíce až roky. Cílem teoretické části práce bylo shrnout současný stav poznání o syndromu vyhoření a zotavování. Empirická část se zaměřila na analýzu psychologických potřeb během zotavovacího procesu. Byl realizován kvalitativní výzkum formou deseti hloubkových rozhovorů s osobami, které zažily vyhoření v době zaměstnání v soukromé sféře. Analýza nejprve mapovala příčiny a symptomy vyhoření a následně se zaměřila na zotavovací aktivity, zážitky a naplňování psychologických potřeb v různých fázích zotavování (krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé). Jako výchozí rámec pro analýzu byl použit model psychologických potřeb v rámci zotavování, DRAMMA.

Klíčovým zjištěním bylo, že potřeba autonomie a převzetí kontroly nad vlastním životem hrála v zotavování ústřední roli. V průběhu celého zotavování také hrála roli potřeba odpoutání se od stresorů a relaxace. Akutní fáze byla specifická pro potřebu akutního odpoutání od stresorů i sociálních vazeb a vyhledání péče odborníků. Ve střednědobé fázi se posilovaly potřeby afiliace a smyslu, zatímco v dlouhodobé fázi dominovala potřeba mistrovství. Zotavení tak zahrnovalo nejen psychickou obnovu, ale i fyzickou regeneraci a transformaci v oblasti životních hodnot a řízení času.

Práce přináší vhled do individuálních zkušeností zotavování, se zaměřením na naplňování psychologických potřeb v různých fázích procesu. Výsledky mají význam nejen pro další vědecké zkoumání, ale také pro tvorbu praktických intervencí a preventivních kroků na úrovni jednotlivců, týmů i organizací.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, zotavení, psychologické potřeby

Abstract

Burnout syndrome is a complex phenomenon that extends beyond the workplace and affects overall quality of life. Recovery is a long-term, non-linear process, often lasting months or years.

The theoretical part of this thesis summarizes the current knowledge on burnout and recovery. The empirical part focuses on analyzing psychological needs during the recovery process. A qualitative study was conducted through ten in-depth interviews with individuals who experienced burnout while employed in the private sector. The analysis first explored the causes and symptoms of burnout, then focused on recovery activities, experiences, and psychological needs across different recovery phases (short-term, medium-term, long-term). The DRAMMA model was used as the analytical framework.

The key finding was that the need for autonomy and regaining control over one's life played a central role. The needs for detachment from stressors and relaxation were also important throughout the process. The acute phase was marked by an urgent need to withdraw from stressors and social ties and seek professional help. In the medium-term phase, the needs for affiliation and meaning became more prominent, while in the long-term phase, mastery gained importance. Recovery thus involved not only psychological healing but also physical regeneration and a deeper transformation in life values and time management.

This thesis provides insight into individual recovery experiences and highlights the fulfillment of psychological needs during different stages. The findings offer valuable implications for further research and the development of practical interventions at the individual, team, and organizational levels.

Key words: burnout syndrome, recovery, psychological needs

Obsah

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	13
1 SYNDROM VYHOŘENÍ A CHRONICKÝ STRES V PRACOVNÍM PROSTŘEDÍ.....	13
1.1 DEFINICE	13
1.2 PERSPEKTIVY NÁHLEDU NA SYNDROM VYHOŘENÍ	16
1.3 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	17
1.4 SYMPTOMATOLOGIE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	18
1.4.1 <i>Psychické a emocionální symptomy</i>	19
1.4.2 <i>Kognitivní symptomy</i>	20
1.4.3 <i>Behaviorální symptomy</i>	21
1.4.4 <i>Somatické symptomy a neurobiologické dopady</i>	22
1.5 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA	23
1.6 RIZIKOVÉ FAKTORY ROZVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	24
1.6.1 <i>Pracovní rizikové faktory</i>	24
1.6.2 <i>Individuální rizikové faktory</i>	26
1.6.3 <i>Specifika rizikových faktorů v komerčním sektoru</i>	28
1.7 MĚŘENÍ VYHOŘENÍ	29
1.7.1 <i>Maslach Burnout Inventory</i>	29
1.7.2 <i>Burnout Measure</i>	30
1.7.3 <i>Burnout Assessment Tool</i>	30
1.7.4 <i>Další nástroje pro měření vyhoření</i>	31
1.8 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	31
1.8.1 <i>Individuální prevence syndromu vyhoření</i>	31
1.8.2 <i>Organizační prevence syndromu vyhoření</i>	33
2 KONCEPT ZOTAVENÍ (RECOVERY).....	34
2.1 DVA POHLEDY NA ZOTAVOVÁNÍ	34
2.2.1 <i>Průběžné zotavování z nároků</i>	35
2.2.2 <i>Zotavování z duševních onemocnění</i>	36
2.3 DIMENZE ZOTAVOVÁNÍ.....	37
2.3.1 <i>Psychické zotavování</i>	37
2.3.2 <i>Fyzické zotavování</i>	37
2.4 MODEL Y OBNOVY ZDROJŮ A ZOTAVOVÁNÍ.....	38
2.4.1 <i>Teorie uchování zdrojů</i>	38
2.4.2 <i>Effort-Recovery Model</i>	39
2.4.3 <i>Čtyřsložkový model zotavování</i>	39
2.4.4 <i>DRAMMA model</i>	39
2.5 ZOTAVOVACÍ ČINNOSTI/AKTIVITY	40

2.6	PSYCHOLOGICKÉ MECHANISMY ZOTAVENÍ	42
2.6.1	<i>Psychologické odpoutání</i>	43
2.6.2	<i>Relaxace</i>	43
2.6.3	<i>Mistrovství</i>	44
2.6.4	<i>Kontrola/autonomie</i>	45
2.6.5	<i>Smysl</i>	45
2.6.6	<i>Afiliace</i>	46
2.7	MĚŘENÍ ZOTAVOVÁNÍ.....	47
2.7.1	<i>Nástroje pro měření průběžného zotavování</i>	47
2.7.2	<i>Nástroje pro měření zotavení z duševních onemocnění</i>	48
2.8	ZOTAVOVÁNÍ ZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	51
2.8.1	<i>Fáze zotavování ze syndromu vyhoření</i>	52
2.8.2	<i>Individuální přístup k zotavování</i>	53
2.8.3	<i>Organizační přístup k zotavování</i>	54
2.8.4	<i>Klinický přístup k zotavování</i>	56
2.8.5	<i>Zotavení jako žádoucí výsledek zotavovacího procesu</i>	57
II.	EMPIRICKÁ ČÁST	59
3	CÍL VÝZKUMU	59
3.2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY	59
4	METODIKA	61
4.2	VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	61
4.3	METODA SBĚRU DAT.....	62
4.4	SBĚR DAT.....	62
4.5	ANALÝZA DAT	62
4.6	ETIKA VÝZKUMU	64
5	VÝSLEDKY	67
5.2	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1: JAKÁ JE ZKUŠENOST OSOB SE SYNDROMEM VYHOŘENÍ?.....	67
5.2.1	<i>Příčiny syndromu vyhoření</i>	67
5.2.2	<i>Příznaky syndromu vyhoření</i>	70
5.3	VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2: JAK SE LIDÉ ZOTAVUJÍ ZE SYNDROMU VYHOŘENÍ?	72
5.3.1	<i>Zotavovací aktivity a prožitky, které pomáhají jedincům v procesu zotavení v jednotlivých fázích</i> 72	
5.3.2	<i>Psychologické potřeby dle DRAMMA modelu naplňované konkrétními zotavovacími prožitky a aktivitami v jednotlivých fázích</i>	79
6	DISKUSE	85
6.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ	85
6.3	PROPOJENÍ VÝSLEDKŮ S DOSAVADNÍM VÝZKUMEM.....	87

6.4	SILNÉ STRÁNKY A LIMITY STUDIE	89
6.5	NÁVRHY NA DALŠÍ VÝZKUM	91
7	ZÁVĚR.....	92
	REFERENCE	93
	SEZNAM OBRÁZKŮ	109
	SEZNAM TABULEK.....	110
	SEZNAM PŘÍLOH.....	111
	PŘÍLOHY	112
	PŘÍLOHA 1.....	112
	PŘÍLOHA 2.....	115
	PŘÍLOHA 3.....	120

Seznam zkratk

BAT	Burnout Assessment Tool
BM	Burnout Measure
CFS	chronic fatigue syndrome
COR	Conservation of Resources Theory
CSE	core self-evaluation
EAP	Employee Assistance Program
ERM	Effort-Recovery Model
IRM	Illness Management and Recovery
JD-R	Job Demands-Resources Model
KBT	kognitivně-behaviorální terapie
MBI	Maslach Burnout Inventory
MBI-HSS	Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey
MBI-GS	Maslach Burnout Inventory – General Survey
MBI-SS	Maslach Burnout Inventory – Students Survey
MBI-ES	Maslach Burnout Inventory – Educator Survey
MHRM	Mental Health Recovery Measure
MHRS	Mental Health Recovery Star
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NOCS	Needs-based Off-job Crafting scale
RAS	Recovery Assessment Scale
REQ	Recovery Experience Questionnaire
QPR	Questionnaire About the Process of Recovery
SDT	Self-Determination Theory
STORI	Stages of Recovery Instrument
SWB	subjektivní well-being
TA	tematická analýza
WHO	World Health Organization

Úvod

Dle výzkumu 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice syndromem vyhoření trpěl v České republice v roce 2020 každý pátý Čech. Výzkum z roku 2023 ukázal, že už je to téměř každý čtvrtý (Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, 2023). Syndrom vyhoření není ale jediným problémem, kterému dnes zaměstnanci čelí. Deprese, úzkostné poruchy a jiné duševní problémy se na pracovištích v posledních letech rovněž výrazně zhoršují. Výzkumy z různých zemí světa naznačují nárůst výskytu těchto onemocnění, přičemž pandemie covid-19 přispěla k dalšímu zvýšení stresu a psychických potíží. Alarmující data Winklera et al. v opakované populační studii ukázala, že zatímco v roce 2017 se duševními obtížemi potýkalo cca 20 % osob, v roce 2020 se toto procento zvýšilo na cca 33 % (Formánek et al., 2019; Winkler et al., 2018).

Syndrom vyhoření je komplexní fenomén, který má zásadní dopady na pracovní výkonnost, zdraví a celkovou kvalitu života postižených jedinců. Výzkum na toto téma se v posledních dekáдах značně rozšířil, především díky studiím, které zkoumají nejen jeho příznaky, příčiny a rizikové faktory, ale také jeho dlouhodobé dopady na zdraví. Stejně tak jako je důležité zkoumat příčiny a rizikové faktory syndromu vyhoření a jeho dopady, je neméně důležité smířit se s faktem, že syndrom vyhoření není fenoménem, který by z pracovišť v nejbližších letech zmizel. Vzniká tedy otázka toho, jak nejlépe podpořit a pomoci lidem, kteří si vyhořením prošli či prochází. Tedy jaké intervence lze zavést ve chvíli, kdy se zaměstnanec dostane do fáze vyhoření, jaké opatření mohou podpořit proces zotavování, tedy i podpořit dřívější nastolení duševní pohody a zabránit opakovanému nebo tzv. “habitual burnoutu“. Existují mnohé výzkumy přibližující funkci průběžného zotavování se z pracovních nároků jako formu prevence syndromu vyhoření (Sonnentag et al., 2022; Steed et al., 2021). Stejně tak se mnohé výzkumy zaměřují na větší propady duševního zdraví jako jsou depresivní či psychotické epizody (Van Weeghel et al., 2019). Kde vzniká ale výzkumná propast je při výzkumu zotavování právě ze syndromu vyhoření, který je atypickým a těžce uchopitelným jevem i pro akademickou obec. Hlavním důvodem může být to, že se tento fenomén pohybuje na hraně psychopatologického symptomu a diagnózy. Tato oblast zotavování zůstává výzkumně téměř netknutá a spatřuji tedy velký potenciál pro budoucí výzkum, kvalitativní stejně jako kvantitativní.

S vědecko-výzkumnou relevancí tématu jde ruku v ruce i relevance společenská. Syndrom vyhoření má dalekosáhlé sociální důsledky, které přesahují individuální zkušenost

a ovlivňují širší společenské prostředí. Žijeme v době, která je často charakterizována jako "zrychlená" nebo "výkonově orientovaná", což vyvíjí tlak na zaměstnance, aby byli neustále produktivní a efektivní. Dalším významným faktorem je nepochybně nestabilní ekonomická situace, která nutí organizace šetřit a zeštíhlovat, kde je to možné. Často snižují stavy a přerozdělují práci mezi menší množství lidí, i přesto, že práce neubývá. Tím poté dochází k přetěžování jednotlivců. Zvyšující se počet případů vyhoření nejen negativně ovlivňuje jednotlivé pracovníky, ale také ohrožuje produktivitu celých organizací a ekonomiku. A to například z důvodů jako je absence kvůli syndromu vyhoření či absenteismus, snížená pracovní morálka či vysoká fluktuace zaměstnanců. Výzkum zaměřený na zotavování a podporu zaměstnanců během a po prožití syndromu vyhoření by tedy mohl nejen zlepšit kvalitu života jednotlivců, ale také podpořit udržitelnou produktivitu a celkovou spokojenost na pracovišti.

Nelze opomenout ani praktickou relevanci tématu zotavování ze syndromu vyhoření. Ta spočívá v implementaci účinných strategií a intervencí podporujících zotavení postižených jedinců a zároveň přispívající k prevenci opakování tohoto stavu. Klíčové je zaměřit se nejen na úroveň jedince, který může využívat pro své zotavení nejrůznější zotavovací aktivity, pracovní i nepracovní, jako jsou techniky všímavosti, terapie či koučink a mnohé další. Intervence lze nastavovat též na úrovni týmového fungování, jako je například podpora psychologického bezpečí v týmech či utužování vztahů na pracovišti. Důležitá je také úroveň organizační, na které je třeba zavádět opatření, která snižují riziko vzniku vyhoření. Těmito opatřeními mohou být například flexibilní pracovní podmínky nebo posilování managementu orientovaného na zdraví (z angl. Health Oriented Leadership) (Dannheim et al., 2022). Jelikož ale nemáme dostatek výzkumů, které by popisovaly, co je a není účinnou strategií pro překonání vyhoření a zabránění jeho opakování, je obtížné nastavovat jednotlivé intervence na úrovni jedinců, týmů či organizací.

Na základě zmíněné výzkumné, intervenční (praktické) mezery a sociální relevance je cílem diplomové práce prozkoumání individuální zkušenosti osob s procesem zotavování (neboli recovery) ze syndromu vyhoření. Práce se hlouběji zaměří na jednotlivé zotavovací aktivity a strategie, ale také psychologické potřeby, které jsou v rámci zotavovacího procesu syceny. Jak vypadal zotavovací proces u jednotlivých osob? Měl nějaké fáze? Jaké? Jaké aktivity v rámci zotavování podnikali a co jim přinášely? Jaké psychologické potřeby tyto aktivity naplňovaly? To vše jsou otázky, které se pokusím v rámci diplomové práce zodpovědět. Kladu si za cíl pochopit odlišnosti v zotavovacím procesu a v jednotlivých fázích zotavení, tedy akutní, střednědobé a dlouhodobé, ve vztahu k šesti psychologickým potřebám DRAMMA

modelu. Těmito potřebami jsou: odpoutání, autonomie, mistrovství, smysluplnost, afiliace a relaxace. Tyto potřeby ovlivňují kvalitu prožitku volného času a jeho přínos pro celkovou pohodu či nepohodu.

Vzhledem k nedostatku výzkumů, které by do hloubky popsaly zmíněný koncept zotavení z větších propadů duševního zdraví, byla pro zmíněnou problematiku vybrána kvalitativní metodologie. Konkrétněji byly realizovány polostrukturované rozhovory s osobami, které si syndromem vyhoření v minulosti prošly. Cílem výzkumné části je pomocí tematické analýzy přispět k hlubšímu pochopení: 1. individuální zkušenosti zotavení ze syndromu vyhoření a konkrétním zotavovacím aktivitám a zážitkům, 2. psychologickým potřebám a jejich naplňování v procesu zotavení, 3. souvislosti jednotlivých psychologických potřeb s fázemi procesu zotavení. Rozhovory s respondenty proběhly fyzicky nebo online na v lednu roku 2025.

Respondenti byli osloveni v rámci projektu Nevyhasni, který se syndromem vyhoření a jeho prevencí zabývá a sdružuje komunitu osob se zážitkem s vyhořením. A právě na základě smysluplných diskuzí s mnohými osobami, které si vyhořením prošly vznikla i má hluboká osobní zainteresovanost v tématu, která je pro mě jako autorku této diplomové práce hlavní motivací a motorem pro zkoumání tohoto tématu. Syndromu vyhoření a jeho prevenci se věnuji v rámci spolku Nevyhasni již přes 2,5 roku. Právě v oblasti pochopení procesu zotavování a následných nastavitelných intervencí pro osoby, které vyhoří, vnímám velké mezery. Věřím, že tato práce bude nejen vhodným podkladem a inspirací pro další výzkum, ale že na jejím základě bude také možné modelovat alespoň základní doporučení a možné intervence pro osoby, které si vyhořením procházejí, ale i pro jejich zaměstnavatele.

V rámci struktury práce bude nejdříve v rámci teoretické části přiblížena problematika syndromu vyhoření a chronického stresu v pracovním prostředí, od historie, základních definic, symptomatologie, rizikových faktorů až po různé perspektivy, kterými lze na syndrom vyhoření nahlížet. V rámci této kapitoly bude také věnován prostor dopadům vyhoření a možnostem prevence. V druhé obsáhlejší kapitole teoretické části bude přiblíženo téma zotavování. Bude více do hloubky popsána historie pojmu, definice, jednotlivé přístupy a dimenze, ve kterých lze o zotavování přemýšlet, jeho fáze a možnosti měření. Velká podkapitola bude také věnována modelům, které v této oblasti vznikly, vzhledem k tomu, že s je s nimi následně intenzivně pracováno v rámci empirické části. Poslední podkapitolou bude možná nejdůležitější kapitola o zotavování konkrétně v kontextu syndromu vyhoření.

I. Teoretická část

Cílem teoretické části je shrnout stav současného poznání ve třech základních oblastech, které jsou pro téma práce relevantní. První kapitola se tedy věnuje tématu syndromu vyhoření a chronického stresu v pracovním prostředí. Definuje syndrom vyhoření, různé perspektivy náhledu na tento fenomén, jeho fáze, symptomy, možné metody měření, diferenciální diagnostiku a v neposlední řadě jeho prevenci. Druhá kapitola navazuje s tématem zotavování, a to ve dvou významech. Prvním z nich je průběžné zotavování z každodenního stresu. Druhým z nich je zotavování z duševních onemocnění a obecně větší zátěže. V rámci této druhé kapitoly je obsažena stěžejní podkapitola zabývající se zotavováním ze syndromu vyhoření a jeho specifiky.

1 Syndrom vyhoření a chronický stres v pracovním prostředí

Syndrom vyhoření neboli „burnout syndrome“ byl poprvé popsán v roce 1974 americkým psychoanalytikem Herbertem Freudenbergerem, a to ve článku, který se zaměřoval na „Staff Burnout“ a byl publikován v časopise Journal of Social Issues. Již v této první studii se Freudenberger zabýval nejen popisem samotného fenoménu v jeho behaviorální, kognitivní i emoční rovině, ale i preventivními opatřeními, která může personál kliniky zvolit k prevenci vyhoření. Popsal také činnosti na zajištění péče o zaměstnance, kteří si už vyhořením prošli, aby se mohli v budoucnu opět vrátit na kliniku (H. J. Freudenberger, 1974). Jeho článek spustil lavinu zájmu o tematiku chronického pracovního stresu vyúsťujícího v horších případech v syndrom vyhoření a další duševní potíže. Zájem o tuto tematiku ale neleží pouze v rovině psychopatologie, ale časem se rozšířil také na oblast pracovní salutogeneze (Antonovsky, 1996). Dnes nejdeme už pouze po příčinách vyhoření a intervencích a možnostech rehabilitace a zotavení v momentech, kdy si již osoby vyhořením prochází. Do středu zájmu se také dostala otázka toho, jak můžeme pracovní zdraví podporovat již v momentě, kdy se ještě nerozvinuly obtíže, tedy preventivně. V následujících podkapitolách přiblížím nejen základní definice, symptomy a rizikové faktory vyhoření, ale také různé perspektivy náhledu na něj. Nebudou opomenuty ani jeho dopady a možné cesty prevence.

1.1 Definice

Pojem syndrom vyhoření za 50 let od prvního pojmenování nasbíral mnohé definice. V 10. vydání mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN), které je aktuálně platné v České

republice, lze nalézt vyhoření neboli „vyhasnutí“ pod kódem Z73.0, kde je úsporně definováno jako: „stav životního vyčerpání“. Nadcházející 11. vydání MKN již nabízí detailnější popis vyhoření jako: „důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut“. MKN-11 zdůrazňuje, že by se pojem měl využívat výhradně pro popis jevů v kontextu pracovního života, nikoliv pro oblasti jiné. Toto zpřesnění pomáhá odlišit pracovní vyhoření od jiných stavů, které vznikly v důsledku chronického stresu, například v rámci studia (tzv. studentské vyhoření), péče o potomky (tzv. rodičovské vyhoření) či v důsledku náročné životní epizody (tzv. sezónní vyhoření).

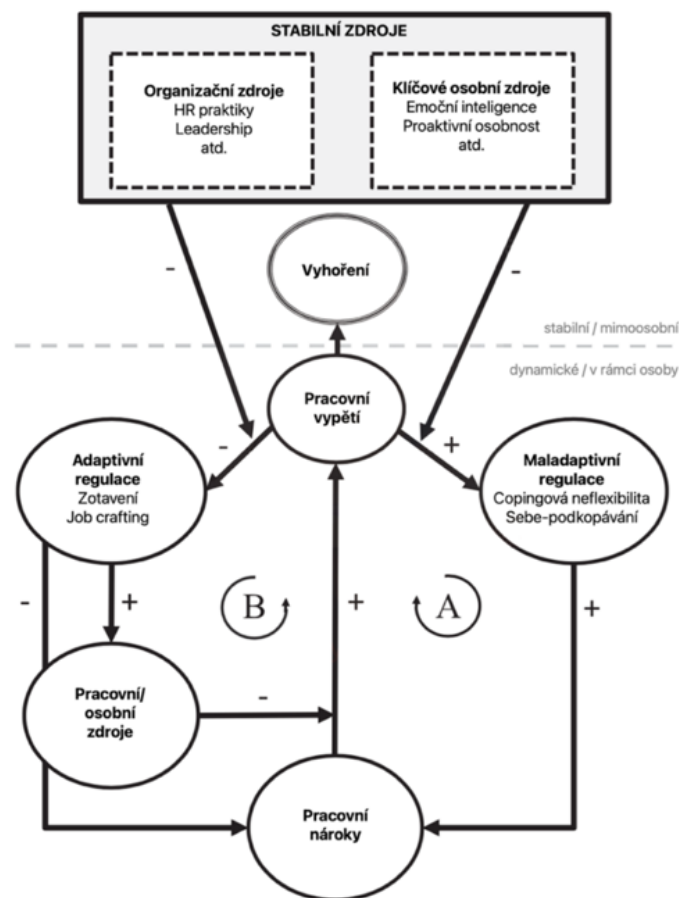
Právě MKN-11 se přiklání ke třem dimenzím, které byly definovány již psychologkou a jednou z nejvýznamnějších výzkumnic v oblasti vyhoření, Christinou Maslach. Společně s Philipem Zimbardo popsala tři základní dimenze vyhoření: „emoční vyčerpání, depersonalizace a snížené osobní nasazení“ (Maslach & Zimbardo, 2015, s. 2). Emoční vyčerpání je spojeno s pocity nedostatku energie, neschopností energii získat a úspěšně se regenerovat a zároveň se k emočnímu vyčerpání pojí také možné vyčerpání fyzické a následné negativní dopady na pracovní zdraví i výkon. Pocity depersonalizace jsou na druhou stranu spojeny s zvýšeným mentálním odstupem od práce, zvýšeným cynismem a negativismem vůči vlastní práci (Maslach & Leiter, 2022). Poslední dimenzí pojící se s vyhořením je poté snížené osobní nasazení, což souvisí úzce se subjektivním vnímáním toho, že jejich práce nepřináší dostatečné výsledky nebo smysl. Tímto fenoménem se již od roku 1977 zabýval Albert Bandura, který je autorem pojmu self-efficacy neboli vědomí vlastní účinnosti (Bandura, 1977), které hraje zásadní roli v rozvoji vyhoření. V původních teoriích autoři smýšleli o vyhoření jako o jevu, který postihuje primárně pracovníky v pomáhajících profesích a obecně při práci s lidmi. Pozdější výzkumná činnost ale přinesla mnohé poznatky o tom, že se vyhoření nemusí týkat pouze pracovníků, kteří jsou v intenzivnějším kontaktu s lidmi. I přesto, je to stále považováno za jeden z rizikových faktorů pro rozvoj syndromu vyhoření.

V rámci pokusů o definování vyhoření nelze opomenout jméno holandského psychologa, prof. Wilmara Schaufeli, který stál společně s Christinou Maslach a Michaelem Leiterem u původních výzkumů vyhoření a pracovního zdraví. Výzkumně se také věnuje tématu pracovní angažovanosti na pracovišti (z angl. work engagement), kterou lze vnímat jako protiklad vyhoření (González-Romá et al., 2006). O tuto myšlenku se opírala již první adaptace Job Demands-Resources modelu (dále JD-R) z roku 2001 (Demerouti et al., 2001), který si od té doby prošel hned několika adaptacemi a rozšířeními o další aspekty a faktory duševního zdraví a výkonu zaměstnanců. Dnes se jedná se o komplexní teorii, hojně výzkumně užívanou

a uznávanou, která vnímá vyhoření jako následek pracovního vypětí. Pracovní vypětí je z jedné strany zmírňováno pracovními, osobními i organizačními zdroji a adaptivními regulacemi, které nám pomáhají rozvíjet tzv. spirály zisku. Na druhé straně je pracovní vypětí prohlubováno a podporováno množstvím pracovních nároků a maladaptivními regulacemi, které naopak dostávají zaměstnance do tzv. spirál ztráty (Bakker & de Vries, 2021). Job Demands-Resources teorie tedy vnímá vyhoření nejen jako samostatně stojící fenomén, ale jako součást systému, který je ovlivňován jak osobními, tak pracovními a situačními faktory.

Obrázek 1

Job Demands-Resources Model



Poznámka: verze Job Demands-Resources modelu z roku 2021. Převzato a přeloženo z „Job Demands–Resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout.“ od Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>

Obecně ale nelze říct, že by na definici vyhoření panovala mezi odborníky shoda. Snahy o sjednocení definice profesionálního vyhoření jako zdravotního výsledku neustále probíhají. Za jeden z výraznějších pokusů o definici pojmu lze považovat hledání Delphského konsenzu

při panelu 50 odborníků z celého světa. Základem pro rozhodování byla sémantická analýza 88 různých definic syndromu vyhoření, přičemž k výsledné definici vyhoření se přiklonilo 29 z 50 odborníků: „U pracovníka je profesní vyhoření nebo stav profesního fyzického a emocionálního vyčerpání, vyčerpáním v důsledku dlouhodobého působení problémů souvisejících s prací.“ (Canu et al., 2021, s. 95). Tato definice se tedy přiklání hlavně k aspektu vyčerpání a opomíná další zmíněné dimenze, které jsou uvedeny v MKN-11 a uznávané Světovou zdravotnickou organizací.

Jedním ze zdrojů neshod při snahách o definování pojmu je jednoznačně individuálnost a intenzita symptomů a výsledná závažnost stavu vyhoření jedince. I přesto, že se vyhoření snažíme uchopit jednotnou definicí, spíše si ho můžeme představit jako spektrum od méně závažných stavů, které nejsou invalidizující a jedinec je při nich schopen fungovat až po tzv. „klinické vyhoření“ (Schaufeli et al., 2001). Klinické vyhoření lze definovat jako klinicky významné vyčerpání, které je spojeno se zhoršeným výkonem, dlouhodobou únavou, poruchami spánku, paměti i soustředění. Tyto obtíže motivují jedince k vyhledání odborné pomoci (Grossi et al., 2015). Toto odlišení méně závažných a více závažných stavů navazovalo na Painovo oddělení (1982), tedy tzv. stresový syndrom způsobený vyhořením (z angl. burnout stress syndrom), jako mírnější formu. Jako závažnější forma bylo poté označeno mentálním poškození způsobené vyhořením (z angl. burnout mental disability).

1.2 Perspektivy náhledu na syndrom vyhoření

Následující podkapitola si klade za cíl utřídit jednotlivé pohledy na problematiku vyhoření z různých úhlů a nabídnout tak myšlenku multidimenzionality fenoménu. Jednotlivé podkapitoly se odrážejí od bio-psycho-socio-spirituálního pohledu na syndrom vyhoření a jeho dopady. Jako první perspektiva náhledu byla definována perspektiva klinická, která byla popsána již v rámci předchozí kapitoly a která nabízí pohled na syndrom vyhoření jako na zdravotní stav. Klinická perspektiva souvisí s neukotveností pojmu a neshodou ohledně toho, zda by měl být syndrom vyhoření definován jako diagnóza či nikoliv. S tím souvisí i další perspektiva, a to výzkumná, která naopak vnímá vyhoření jako výzkumné téma. Právě díky tomu, že se syndrom vyhoření dostal do středu výzkumného zájmu, můžeme odkrývat nejen příčiny, průběh, ale i dopady syndromu vyhoření. Co lze ale považovat za jednu z nejdůležitějších perspektiv, je ta psychologická, která jednak souvisí s individuálními faktory jako je motivace, osobnost, schopnosti a dovednosti. Souvisí také s existenciální či spirituální rovinou. Vyhoření v mnohých případech není pouze fyzickým či emočním vyčerpáním, ale také

krizí hodnot či identity. S rozvojem oboru psychosomatiky je kladen čím dál tím větší důraz na dopady psychiky na tělesnou stránku a další perspektivou je tedy oblast tělesná, ať už po rovině fyzických příznaků (jako například bolesti hlavy, zad, gastrointestinální potíže apod.) nebo neurobiologické rovině (jako například produkce stresových hormonů, aktivace stresové osy, následné dopady na imunitní systém apod.). Jelikož ale není vyhoření čistě individuální záležitostí, nelze také opomenout roli sociální perspektivy. Kontext dnešní společnosti nese velké množství faktorů, které jsou silně rizikovými faktory pro rozvoj syndromu vyhoření a dalších psychických potíží.

Na zmíněné perspektivy bude následně navazovat kapitola o symptomech syndromu vyhoření, která rozvede tuto tematiku více do hloubky.

1.3 Fáze syndromu vyhoření

Vzhledem ke shodě na skutečnosti, že syndrom vyhoření je záležitostí chronického stresu, lze identifikovat vývojové fáze syndromu vyhoření. Za dobu, co se syndrom vyhoření a jeho rozvoj zkoumá, vzniklo mnoho teorií popisujících fáze syndromu vyhoření. Pro účely této práce byly vybrány tři teorie, které budou ve zkratce přiblíženy.

V roce 1980 Cherniss popsal syndrom vyhoření jako proces, který se spouští působením pracovního napětí, které je nadměrné a dlouhotrvající. Toto pracovní napětí následně vyvolává u zaměstnance pocity tenze, ale i únavu či podrážděnost. Dále popisuje, že proces je dokončen ve chvíli, kdy nastupuje u zaměstnance defenzivní strategie vyrovnávání se se stresem ve formě úplného odpoutání se od práce. S tímto odpoutáním jde ruku v ruce také apatie, cynismus a rigidita (Cherniss, 1980).

Další teorie se přiklání více k teorii, že proces rozvoje se spouští již ve fázi před působením napětí. 5fázový model Veniny a Spradleyho z roku 1982 poté rozděluje proces do pěti fází, přičemž první z nich je fáze tzv. líbánek (z angl. honeymoon), kdy zaměstnanec zažívá vysokou úroveň oddanosti, energie, kreativity a pracovní spokojenost. Časem mu ale padají „růžové brýle“ a dostává se do fáze stresové, kdy si začíná uvědomovat stresory v jeho práci a to, jak na něj působí. Problém ale vzniká, když se fáze stresová stává fází chronického stresu, kdy je zaměstnanec pod neustálým přetrvávajícím stresem, začíná pociťovat vyčerpání a apatii. Tato fáze je vyústěna samotným vyhořením a v horším případě přechází do fáze tzv. habituálního vyhoření, které konečnou a nejintenzivnější fází. Ta je charakterizována chronickou duševní a fyzickou únavou, signifikantními změnami chování

a v některých případech těžkou depresí a myšlenkami na sebevraždu (Veninga & Spradley, 1982).

Jednou z populárních teorií je také 12ti-fázový model vyvinutý Freudenbergem a Northovou (Freudenberger & North, 1992). Tento model tvrdí, že první fází procesu rozvoje vyhoření je nutkání se prosadit a dokázat svou hodnotu, z čehož vyplývá zvýšené úsilí a pracovní nasazení. V důsledku vysokého nasazení nicméně zaměstnanec začíná zanedbávat vlastní potřeby a snaží se vyhýbat konfliktům. Následně se dostává do fáze revize a přehodnocování vlastních hodnot, tak aby se mohl více soustředit na práci. Pracovní problémy a stres zaměstnanec popírá, stahuje se a straní se svých sociálních vazeb. Přichází také změny chování, pocity depersonalizace neboli odosobnění. Časem nastupuje vnitřní prázdnota a deprese, které následně vyústí do fáze úplného vyčerpání a vyhoření (Freudenberger & North, 1992). Pro svou obsáhlost model počítá s tím, že ne každý musí projít všemi fázemi a současně, že vývoj musí být chronologický, přesně kopírující fáze.

Ve výsledku lze říci, že většina autorů se shoduje, že v prvotních fázích syndromu vyhoření se objevuje nadšení, zapálení pro práci a nadměrné pracovní nasazení. To je střídáno ztrátou energie, která plyne z nedosažitelnosti cílů, přecenění vlastních sil a dalších faktorů. To poté následně vede k celkovému vyčerpání a odporu k profesi a všemu, co je s ní spojeno.

1.4 Symptomatologie syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření představuje pracovní fenomén, který zasahuje nejen emocionální, ale také fyzickou a kognitivní stránku jedince. Jeho rozpoznání je klíčové nejen pro jednotlivce, kteří jím trpí, ale také pro organizace, které chtějí předcházet vyhoření, ale i jeho negativním dopadům na pracovní výkon, týmovou spolupráci a celkovou firemní kulturu. Symptomy syndromu vyhoření jsou různorodé a mohou se u jednotlivců lišit svou intenzitou a formou. Jak z definice vyplývá, syndrom vyhoření vzniká dlouhodobým působením stresu, a tedy ani symptomy nevznikají náhle. Právě kumulace může vést k vážným zdravotním, mentálním i fyzickým, a sociálním důsledkům nejen pro jedince, ale i jeho okolí. Cílem této kapitoly je nabídnout detailnější pohled na různé dimenze symptomatologie syndromu vyhoření, tedy na psychické a emocionální symptomy, fyzické, kognitivní a behaviorální symptomy. Znalost těchto symptomů je nezbytná pro včasnou diagnostiku a následnou intervenci, která může předejít přechodu vyhoření do chronických stavů nebo rozvoje vážnějších poruch, jako jsou deprese či úzkostné stavy. V následujících podkapitolách přiblížím jednotlivé typy symptomů typické pro syndrom vyhoření v jeho středně těžkých až těžkých

formách, v kategoriích symptomů psychických a emocionálních, kognitivních, behaviorálních a v neposlední řadě také fyzických. Jednotlivé symptomy budou také doplněny o diferenciálně-diagnostická kritéria jednotlivých, která nám pomáhají odlišit vyhoření od jiných duševních či fyzických onemocnění.

1.4.1 Psychické a emocionální symptomy

Emoční vyčerpání, cynismus a depersonalizace a snížený pocit vlastní efektivity. Právě to jsou jedny z nejcitovanějších psychických symptomů syndromu vyhoření, s tím, že nejvíce pozornosti bylo v posledních dekadách věnováno aspektu emočního vyčerpání (Aronsson et al., 2017). Emoční vyčerpání je spojeno s pocitem únavy a nedostatku energie, který ale může přetrvávat i po odpočinku a ve většině případů je úzce spojeno s únavou i v oblasti kognitivní a fyzické. Jeho vznik můžeme připisovat depleci zdrojů, a to ať po pracovní, tak i po osobní rovině. Vyčerpání může také způsobovat neschopnost emocionálně reagovat na situace v práci i mimo ni, tedy oploštělost emocí a apatii. S emočním vyčerpáním a apatií se může úzce pojít, typicky v prostředí pomáhajících profesí, tzv. únava ze soucitu (z angl. compassion fatigue). Tento pojem byl poprvé popsán Carlou Joinson jako atypická forma vyhoření, a to u profesí, kde práce zaměstnanců vyžaduje vysokou míru empatie a zároveň se jedná o prostředí, kde zaměstnanci pracují s osobami trpícími či traumatizovanými (Joinson, 1992). Později se ale pojem vyčlenil jako samostatný termín, nikoliv forma vyhoření, a to proto, že únava z vyhoření je převážně spojena s empatií. Oproti tomu vyhoření je specifické tím, že je více spojeno s: „faktory prostředí, jako je vysoká ostrost pacientů, přelidněnost či problémy s administrativou“ (Hunsaker et al., 2015, s. 3).

„Přestože vyčerpání odráží stresový rozměr vyhoření, nedokáže zachytit kritické aspekty vztahu lidí k jejich práci“ (Maslach et al., 2001, s. 403). Druhou dimenzí, která s vyčerpáním souvisí a odlišuje vyhoření od jiných fenoménů, je o něco méně prozkoumaný příznak, kterým je cynismus a depersonalizace neboli odosobnění. Zaměstnanec ztrácí zájem o práci a začíná mít cynický přístup nejen ke klientům, zákazníkům či pacientům, ale také vůči kolegům. Právě depersonalizace pomáhá jedinci, který si prochází vyčerpáním a znechucením, vytvořit si kognitivní distanci tím, že začne zaujímat cynický a lhostejný přístup ke všem zmíněným skupinám osob (Maslach et al., 2001). Ruku v ruce s tím jde i rezignace na jakýkoliv rozvoj sebe, svého okolí či procesů a následně také přeražení se do autopilotního fungování, které nevyžaduje tolik energie. Cynismus může být jednak vnímán jako osobnostní rys, nicméně cynismus příznačný pro syndrom vyhoření se liší. Cynismus v kontextu syndromu

vyhoření je „ztotožňován s odloučením od práce v důsledku pracovního stresu“ (Viljoen & Claassen, 2017, s. 501), a tedy cynismus jako osobnostní rys není nutným a jediným prediktorem pro rozvoj cynismu na pracovišti.

Nejméně prozkoumanou oblastí, ze zmiňovaných tří dimenzí syndromu vyhoření je dimenze sníženého pocitu osobní efektivity (z angl. self-accomplishment nebo self-efficacy) a nedostatku úspěchu. Tato dimenze se týká pocitů vlastní nedostatečnosti, neschopnosti a poklesu produktivity v práci. Nedostatek úspěchu a efektivity se může projevovat sníženou motivací a následně zhoršenou kvalitou výsledků nebo nízkou produktivitou či kvalitou výstupů, což dále podporuje frustraci a spirálu pochybností a pocitu neúspěchu. Na rozdíl od cynismu, který se často projevuje v mezilidských interakcích, může právě oblast sníženého pocitu vlastní schopnosti a efektivity zůstat po dlouhou dobu skryta okolí. Následné tvrzení: „Je obtížné získat pocit úspěchu, když se člověk cítí vyčerpaný nebo když pomáhá lidem, vůči nimž je lhostejný (Maslach et al., 2001, s. 403)“, naznačuje, že snížený pocit osobní efektivity může být důsledkem právě dvou zmíněných oblastí, vyčerpání a cynismu.

1.4.2 Kognitivní symptomy

Ani oblast kognice nezůstává při syndromu vyhoření nedotčena. „Klinické vyhoření je spojeno se zhoršením kognitivních funkcí ve více kognitivních doménách“ (Gavelin et al., 2022, s. 86). Metaanalýza Gavelinové a spol. z roku 2022 ukázala, že klinické vyhoření se pojí jednak se zhoršeným fungováním nejen epizodické, ale i krátkodobé a pracovní paměti. Lidé procházející si vyhořením jsou často více zapomnětliví a mají problémy s koncentrací a oslabena je i jejich rychlost zpracování informací. Postiženy také bývají exekutivní funkce, jako je schopnost rozhodovat, iniciovat činnost nebo plánovat (Gavelin et al., 2022). Zároveň se ale také ukazuje, že zhoršení kognice se častěji týká zaměstnanců, jejichž náplň práce se vyznačuje vysokou mírou pracovního tlaku i kognitivních nároků (Deligkaris et al., 2014). Zkoumání vlivu syndromu vyhoření na poškození kognice však patří mezi novější předmět zájmu, a tedy studií na toto téma není tak velké množství a zároveň mají značné deficity. Studie potvrzují, že k poškození kognice dochází a zároveň, že se míra tohoto poškození mění v čase. Jednotlivé výzkum se rozchází právě v dopadech v rámci časového vývoje. Rozdíly lze vysvětlit vícero důvody od různorodosti definování vyhoření, využívání odlišných metod měření až po individuální okolnosti, jako je typ práce nebo osobnost jedince (Renaud & Lacroix, 2023).

Kognitivní zhoršení jednotlivých funkcí lze také vysvětlit neurobiologickými korelátami, které poukazují na úzkou provázanost fyziologických procesů v mozku a schopností jako je paměť, pozornost a výkonné funkce. Například oslabení výkonných funkcí a pracovních strategií, jako je rozhodování souvisí s hypofunkcí prefrontální kůry. Narušení efektivity zvládání stresu a emoční regulace souvisí na druhou stranu s dysfunkcí limbického systému. Zhoršení pracovní paměti lze poté vysvětlovat sníženým objemem mozkových struktur, konkrétně v oblasti bazálních ganglií (Arnsten & Shanafelt, 2021; Grossi et al., 2015).

Po kognitivní stránce nelze také opomenout psychologické jevy, které se s vyhořením často pojí. Patří mezi ně například větší tendence pro ruminaci neboli neustálé „přežvykování“, přemítání nad určitou situací (Vandevala et al., 2017), zvýšený výskyt automatických negativních myšlenek (Chang et al., 2017) nebo třeba snížená schopnost seberegulace, která může způsobovat, že se jedinec uchyluje k užívání maladaptivních strategií zvládání zátěže (Bakker & De Vries, 2021).

1.4.3 Behaviorální symptomy

Právě maladaptivní způsoby zvládání zátěže se mohou projevovat nejen na kognitivní, ale i na behaviorální úrovni. Může mezi ně patřit například rizikové chování a budování nezdravých návyků, jako je nadměrné užívání alkoholu (Jackson et al., 2016), cigaret nebo užívání psychotropních a antidepresivních léků (Salvagioni et al., 2017). Změny v chování nemusí přicházet pouze na úrovni nadužívání různých druhů látek, ale také na rovině sociální, a to ve vztazích s rodinou, partnerem/partnerkou, kamarády či kolegy.

Nejčastější oblastí, kde však lze pozorovat změny, je oblast komunikace a budování vztahů s druhými, tedy úroveň sociální. Vyhořelí se mají tendenci uzavírat do sebe a izolovat nejen od kolegů a přátel, ale i rodiny a partnerů. Mohou se záměrně vyhýbat společenským událostem nebo setkáním a celkově tráví více času osamoceně. Často také dojde ke zhoršení komunikace, v jejímž důsledku také dochází k častějším konfliktům. Vyhoření může vést k nižšímu frustračnímu prahu v důsledku celkové agitace a podrážděnosti při komunikaci s druhými. Vyhoření může vést k obtížím v jasném vyjadřování nebo naslouchání druhým.

Behaviorální změny lze pozorovat i na pracovní úrovni. V důsledku zmíněných dimenzí vyčerpání, kognitivních zhoršení a snížené vlastní účinnosti může docházet k celkovému menšímu výkonu a produktivitě. Vyhořelý pracovník může v důsledku nedostatku koncentrace a paměti vykazovat větší chybovost. Po pracovní rovině lze sledovat nejen větší nespokojenost se zaměstnáním, v některých případech i hledání jiných pracovních nabídek. U vyhoření

a vysokého pracovního zatížení byla také nalezena korelace s tendencí k absenteismu (Dyrbye et al., 2019; Petitta & Vecchione, 2011), tedy absence v práci bez adekvátního důvodu. Na druhé straně stojí pojem presentismu, tedy fenoménu, který lze chápat tak, že zaměstnanec je fyzicky přítomen v práci i přesto, že není zdrav a měl by v zůstat v domácím prostředí a léčit se. Právě u presentismu, stejně jako absenteismu, byl prokázán vztah s vysokými pracovními nároky a vyhořením (Demerouti et al., 2009; Ferreira & Martinez, 2012).

1.4.4 Somatické symptomy a neurobiologické dopady

Dekády výzkumů zaměřených na dopady stresu, v tomto kontextu chronického distresu, nám ukazují, že distres ovlivňuje naše zdraví, jak: „napřímo prostřednictvím autonomních a neuroendokrinních reakcí, tak i nepřímo, prostřednictvím změn ve zdravotním chování“ (O'Connor et al., 2021, s.3). Dlouhodobě zvýšená hladina stresových hormonů, jako je kortizol nebo adrenalin, vytváří hormonální disbalanc a má tak negativní vliv na imunitní systém (Dhabhar, 2014). Chronický stres s sebou nese zvýšení kardiovaskulárních rizik, od zvýšeného krevního tlaku až po riziko srdečních onemocnění (Dimsdale, 2008). Zmíněné faktory fungují často pouze na vnitřní neviditelné úrovni, přičemž jedinec nemusí pociťovat větší změny po desítky let.

Stres ale nemá pouze tyto po dlouhá léta nepozorovatelné dopady, ale také signifikantní, velmi individuální a intenzivní symptomy spojené. Osoby potýkající se syndromem vyhoření se často neseškávají pouze s emočním a kognitivním vyčerpáním a únavou, ale také chronickou únavou, která neustupuje ani po spánku a pravidelném odpočinku. Pacienti s vyhořením mohou pociťovat: „ospalost a duševní únava ve většině denních hodin ve všední dny, bez snížení během víkendů“ (Ekstedt et al., 2006, s. 121). Výzkumy ale ukazují, že změny ve spánkovém rytmu se ale nemusí týkat pouze nadměrné únavy a spavosti, ale také insomnie či problémy s usínáním (Metlaine et al., 2017; Vela-Bueno et al., 2008). V důsledku zatížení imunitního systému také mohou tyto osoby trpět větší nemocností, jelikož jsou náchylnější k infekčním onemocněním a jejich imunitní systém není schopen se jim efektivně bránit. Zvýšená produkce některých prozánětlivých markerů může vést ke vzniku zánětlivých procesů v těle (Grossi et al., 2015). Velmi častými příznaky vyhoření jsou také obtíže na úrovni pohybového ústrojí, formou bolesti hlavy, zad, různých svalových skupin apod. (Salvagioni et al., 2017). V neposlední řadě může být stres a vyhoření zdrojem gastrointestinálních obtíží, jako jsou nevolnosti, potíže se trávením nebo dlouhodobě tvorba žaludečních vředů (Mayer, 2000).

Ze zmíněného výčtu můžeme usuzovat, že psychologický stres nelze vnímat pouze jako psychologickou nehmotnou záležitost. Je nutné distres vnímat jako silný rizikový faktor pro rozvoj duševních, ale hlavně i somatických obtíží, které mohou být svou intenzitou v některých případech, život ohrožující.

1.5 Diferenciální diagnostika

Vzhledem k neukotvenosti pojmu vyhoření a panující neshodě ohledně definice syndromu vyhoření ani stanovení jeho diagnostických kritérií není jednoduché. Vzhledem k dosavadní literatuře a výzkumu je odborná populace schopna se shodnout na třech základních aspektech. Prvním z nich je, že vyhoření se projevuje vyčerpáním, primárně emočním, ale v jeho doprovodu se může jednat i o vyčerpání fyzické a kognitivní, tedy zkrátka vyčerpání organismu. Druhým kritériem je, že se jedná o stav, který vznikl jako důsledek chronického působení stresu na jedince, přičemž jedinec neměl dostatečnou kapacitu pro jeho úspěšné zvládnutí. Posledním kritériem, na kterém panuje shoda je, že se jedná o chronický pracovní stres, nikoliv stres způsobený jinými okolnostmi. Na základě těchto tří kritérií lze odlišit syndrom od dalších fenoménů a diagnóz, které mohou svými symptomy vyhoření připomínat.

Pojem, který symptomatikou připomíná vyhoření, je diagnóza neurastenie, spadající v MKN-10 do oblasti neurotických poruch. Neurastenie je v MKN-10 definována dvěma způsoby. Společnými znaky obou typů je, že jsou provázeny somatickými příznaky jako jsou závratě či pocit nestability, ale také bolesti hlavy nebo poruchy spánku, v počátečních až středních fázích. To způsobuje, že mají pacienti obavy ze zhoršení vlastního tělesného, ale i duševního zdraví. První typ neurastenie se definuje jako: „zvýšená únavnost po duševním úsilí často spojená s určitým poklesem výkonnosti v zaměstnání, týkající se vyrovnávání s běžnými denními úkoly,“ (MKN-10). S touto únavností se také pojí neefektivita myšlení ve smyslu vtíravých (až obsedantních) a negativních myšlenek, ale také poruchy pozornosti. Druhým typem je poté forma neurastenie spojená s pocity fyzické slabosti i po minimální námaze a neschopností se zrelaxovat (MKN-10).

V praxi také hrozí záměna vyhoření a emočního vyčerpání s takzvaným chronickým únavovým syndromem (z angl. chronic fatigue syndrome, dále CFS). CFS je multisystémové onemocnění, které je charakterizováno: „nejméně 6 měsíců trvající invalidizující únavou doprovázenou několika dalšími příznaky“ (Afari & Buchwald, 2003, s. 221). Tato únava je ovšem doplněna o bolesti, kognitivní potíže a obtíže se spánkem a další symptomy, jejichž

nejspolehlivějším prediktorem bývá biologická infekce v těle, která syndrom spouští. Tím lze tedy odlišit vyhoření od CFS.

Neméně častá je také záměna vyhoření za různé typy úzkostně-depresivních poruch. Ty se však odlišují od vyhoření tím, že jejich příčina není výlučně pracovní povahy, i přesto, že pracovní situace může být jedním z faktorů rozvoje deprese či úzkosti.

1.6 Rizikové faktory rozvoje syndromu vyhoření

Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření vzniká v důsledku chronického stresu, nelze většinou určit pouze jednu příčinu vyhoření. Proto bývá původ vyhoření označován za multifaktorový. Je nutné ale podotknout, že i přes plíživý dlouhodobý rozvoj syndromu vyhoření, v pracovní oblasti, může být finálním spouštěčem akutního stavu vyhoření právě nepracovní, osobní záležitost (jako například úmrtí v rodině, rozvod apod.). Obecně lze ale rizikové faktory, které přispívají k rozvoji vyhoření hledat jak na pracovní a interpersonální úrovni, tak na osobní neboli individuální, intrapersonální úrovni.

1.6.1 Pracovní rizikové faktory

„Konzistentní téma v celé výzkumné literatuře o organizačních rizikových faktorech je problematický vztah mezi člověkem a prostředím, který je často popisován ve smyslu disbalancu nebo nesouladu“ (Maslach & Leiter, 2008, s. 501). Právě v pracovní oblasti lze nalézt velkou část příčin syndromu vyhoření. Pracovní prostředí, které neposkytuje podporu a zdroje, prokazatelně zvyšuje riziko vyhoření i u motivovaných a schopných zaměstnanců. Dle Maslach a Leitera patří mezi základních šest rizikových faktorů v pracovním prostředí pracovní zátěž, kontrola, odměna, spravedlnost, komunita, a hodnoty (Maslach & Leiter, 2008).

Pracovní zátěž

Pracovní zátěž (z angl. workload) lze označit za nadměrnou, a tedy silně rizikovou, ve chvílích, kdy jsou požadavky na zaměstnance dlouhodobě vyšší, než jeho schopnost je zvládnout. Toto přetížení však nemusí být pouze po rovině kvantitativní, tedy např. příliš mnoho úkolů, ale může se také týkat roviny kvalitativní, tedy např. náročnosti úkolů či vysoké odpovědnosti. K samotnému množství a kvalitě úkolů se také často přidává ještě aspekt času, tedy určitého časového tlaku, který je na zaměstnance kladen, a tedy se stává silným nárokem.

Kontrola

Dalším faktorem je poté nedostatek kontroly, který může být zdrojem pocitů bezmoci nebo frustrace. Kontrolu lze vnímat jako možnost zaměstnance ovlivňovat svou vlastní pracovní situaci, tedy například pracovní náplň či flexibilitu. Navíc metaanalýza vztahu mezi kontrolou a vyhořením z roku 2014 ukázala, že právě podpora kontroly může zásadním způsobem ovlivnit dvě základní oblasti vyhoření, tedy snížit depersonalizaci a zvýšit osobní úspěch (Park et al., 2014). Aspekt kontroly úzce souvisí s potřebami autonomie, svobody a nezávislosti, které jsou základními prvky engagementu (neboli angažovanosti) zaměstnanců, ale hlavně mnohých motivačních teorií, jako je například sebedeterminační teorie Ryana a Deciho (Deci & Ryan, 2000).

Odměna

Již Siegriestův tzv. Effort-Reward Imbalance model tvrdí, že: „nedostatečná reciprocita mezi náklady a zisky (podmínky s vysokými náklady a nízkým ziskem) definují stav emoční tísně se zvláštním sklonem k autonomnímu nabuzení a souvisejícím stresovým reakcím“ (Cooper, 1998, s. 192). Nedostatečná odměna, ocenění a uznání, a to jak finanční neboli instrumentální, tak i nefinanční, může dlouhodobě vést nejen ke snížené motivaci, ale také cynismu a může přispívat k rozvoji vyhoření.

Férovost

S konceptem úsilí a odměn úzce souvisí také aspekt spravedlnosti (z angl. fairness) na pracovišti. Vnímání rovnosti (případně nerovnosti) je založeno na rozhodování zaměstnanců o rovnováze mezi jejich vstupy a výstupy (Maslach & Leiter, 2008), a tedy zvýhodňování či znevýhodňování některých zaměstnanců, nevyvážené odměňování nebo silně nevyvážená pracovní zátěž v důsledku disbalancu mezi vstupy a výstupy, mohou vést k pocitům frustrace, hněvu a následné snížené angažovanosti, ztrátě víry v organizaci či vyhoření.

Komunita

Stejně tak jako kolektiv či komunita (z angl. community) na pracovišti může být jedním z nejsilnějších zdrojů, může se také stát jedním z nejsilnějších stresorů. Na jednu stranu pozitivní a podpůrná pracovní prostředí jsou protektivním faktorem duševního zdraví. Naopak negativní až toxická, nepodporující pracovní prostředí, s častými konflikty a obecně špatnou kvalitou vztahů jsou silným prediktorem vyhoření. Konkrétně silným stresorem může být

nedostatečná podpora od vedoucího (Maslach & Leiter, 2008). Bez adekvátní podpory nadřízeného mohou zaměstnanci narazit na problémy, jako je nejasnost v rolích nebo konflikty.

Hodnotový soulad

Podobně jako u pocitu komunity dokážou být i hodnoty silným faktorem v pozitivním i negativním slova smyslu. Pokud existuje kongruence mezi osobními hodnotami a firemními, tento soulad může mít za efekt zaměstnancovu vyšší efektivitu i spokojenost (Leiter et al., 2007). Naopak: „pokud na pracovišti dochází ke konfliktu hodnot, a tedy k rozporu mezi individuálními a organizačními hodnotami, pracovníci se ocitají v situaci, kdy dělají kompromis mezi prací, kterou chtějí, a prací, kterou musí dělat“ (Maslach & Leiter, 2008, s. 501). Dlouhodobé setrvávání v tomto kompromisu nicméně vede k posilování cynismu a tlumení motivace, které může vyústit samotným vyhořením.

Další organizační faktory

Organizačních faktorů, které mohou přispívat k syndromu vyhoření je ale mnohem více. Mohou se mezi ně řadit například nejasně definované role a konfliktní požadavky, problematický vztah s nadřízeným například ve smyslu slabé kvality vedení nebo nedostatečné podpůrné role nadřízeného nebo také nevyhovující organizační struktura (Finney et al., 2013). Silným faktorem mohou být, v dnešní době nutné a často nevyhnutelné, frekventované změny, jež mohou způsobovat nejistotu a stres.

1.6.2 Individuální rizikové faktory

Pracovní faktory ale nejsou zdaleka jedinými možnými příčinami syndromu vyhoření. Do celého procesu rozvoje syndromu vstupují nepochybně také faktory individuální, spojené s osobností zaměstnanců, behaviorálními a kognitivními vzorci, jejich mentálním nastavením či mimopracovním životem.

Osobnostní charakteristiky

Proběhlé výzkumy ukazují, že syndrom vyhoření jako celek nelze jednoduše korelovat s osobnostními rysy. Proto velká část výzkumů pracuje s jednotlivými dimenzemi vyhoření, většinou třemi dimenzemi MBI, než-li vyhořením jako celostním fenoménem. Například metaanalýza z roku 2009 (Alarcon et al., 2009) se zaměřovala na souvislost vyhoření s jádrovým sebehodnocením (z angl. core self-evaluation, dále CSE), se složkami 5-tifaktorového modelu Costy a McCrae (Costa & McCrae, 1992), pozitivní či negativní

afektivitou, optimismem, proaktivní osobností a osobností typu A v pojetí Rosenmana a Friedmana (Rosenman & Friedman, 1974). Většina hypotéz byla potvrzena a byly nalezeny významné vztahy mezi měřenými faktory a vyhořením. U CSE, kam spadá sebehodnocení, sebeúčinnost, místo kontroly a emoční stabilita (Judge et al., 2003), byla prokázána negativní korelace, stejně tak jako u vyšší extravertze, svědomitosti, přívětivosti, optimismu, pozitivní afektivity a proaktivní osobnosti. Naopak negativní afektivita byla korelována s vyhořením pozitivně. Pozitivní korelace byla také očekávána u osobnosti typu A. Ta však souvisela pouze s osobním úspěchem (Alarcon et al., 2009).

Perfekcionismus

Časté diskuze také vznikají nad souvislostí vyhoření s perfekcionismem. Jelikož ale perfekcionismus má hned několik dimenzí, nelze ho zkoumat jako jednotný pojem. Z metaanalýzy z roku 2016 vyplynulo, že korelace byla nalezena nikoliv mezi perfekcionistickými snahami, ale mezi vyhořením a perfekcionistickými obavami (Hill & Curran, 2016). Tyto obavy lze definovat jako: „obavy z chyb, strach z negativního společenského hodnocení, pocity rozporu mezi vlastními očekáváními a výkonem, negativní reakce na nedokonalost“ (Gotwals et al., 2012, s. 264).

Workoholismus

Za další rizikový faktor pro rozvoj vyhoření se dá považovat workoholismus. Ten je spjat nejen s osobností jedince, ale také jeho kognicí a behaviorálními vzorci. Workoholici: „vytrvale a často myslí na práci, i když nepracují, což naznačuje, že jsou prací „posedlí“ (Schaufeli et al., 2008, s. 175). Workoholismus se pojí s neutuchající potřebou pracovat, a to v nadměrné míře, s pocity viny v momentech, kdy se práci zaměstnanec nevěnuje. Je spojený s negativními faktory, jako je špatné zdraví, napětí a omezené sociální vztahy, ale i přesto workoholici vykazují určitou angažovanost v organizaci. Tuto angažovanost nicméně vyhořelí zaměstnanci ztrácí (Schaufeli et al., 2008). Proto může být workoholismus vnímán jako předstupeň syndromu vyhoření, kdy zaměstnanec v důsledku nadměrného napětí přečerpá všechny své zdroje a dostává se do fáze vyčerpání.

Nadměrný pracovní závazek

Workoholismu jako takovému může na druhou stranu předcházet tzv. nadměrný pracovní závazek (z angl. over-commitment), kdy zaměstnanec často vybočuje svou angažovaností, která může plynout z touhy po uznání, přijetí nebo další motivačních prvků.

Pracovní závazek lze do velké míry vnímat jako žádoucí. To ale pouze do momentu, kdy v jehož důsledku zaměstnanec překračuje vlastní kapacity tím, že např. přebírá více úkolů, než je dlouhodobě zvládnutelné a ignoruje tedy vlastní potřeby.

Sebehodnota

S tématem vyhoření vystupuje také téma sebehodnoty a sebevědomí. Právě nadměrná angažovanost v práci, která je v mnohých případech jedním z aspektů procesu rozvoje vyhoření, bývá odrazem snahy potvrdit svou sebehodnotu prostřednictvím práce. Jinak řečeno: „vysoké zaměření na úspěchy vychází ze snahy jedince o vlastní hodnotu“ (Blom, 2011, s. 14). V případech, kdy je pracovní nasazení snahou o potvrzení vlastní hodnoty může být následné vyhoření o to náročnější ve smyslu toho, že zasahuje do naší sebehodnoty, nejen pracovní.

Další individuální faktory

Ve spojitosti s vyhořením a individuálními charakteristikami by se daly také zmínit pojmy jako je místo kontroly (z angl. locus of control), který byl pojmenován psychologem Julianem B. Rotterem (Rotter, 1966) nebo také copingové mechanismy či sebekritizování. U těchto pojmů lze očekávat existující vztah k rozvoji syndromu vyhoření, nemáme dostatečnou evidenci o jejich přesné interakci či příčinnosti syndromu vyhoření.

1.6.3 Specifika rizikových faktorů v komerčním sektoru

Vzhledem k odlišnosti pracovních prostředí i náplní práce v jednotlivých sektorech (např. státní správa, pomáhající profese, neziskové organizace, komerční sektor...), se liší i rizikové faktory vyhoření a nároky, které jsou na zaměstnance kladeny. Zatímco například zaměstnanec ve státní správě trápí nízké platy a stereotypita práce, lékaře extrémně dlouhá pracovní doba a intenzivní kontakt s lidmi, zaměstnanci z menších či větších firem mohou být vystaveni jiným specifickým nárokům.

Právě u komerčního sektoru, tedy menších, středních i větších firem, je nejcitelnější tlak na výkon, vzhledem k tomu, že cílem firem je získávání a zvyšování zisku. Tlak na výkon může být spojen s nadměrným přetížením zaměstnanců, které přesahuje jejich možnosti. Tuto výkonovou orientaci často přizívuje časová tíseň či kompetitivní firemní prostředí. Zároveň mnohé firmy jsou dnes vysoce technologické a moderní a od zaměstnanců je vyžadováno být neustále na příjmu. Působí na ně tedy neutuchající technostress, který jim znemožňuje se efektivně zotavovat z pracovní zátěže a stresorů. Velkým tématem menších i větších firem je interní komunikace a její forma. Ta bývá často nedostatečná a nedostatek informací uvrhá

zaměstnance do nejistoty. V některých případech může být komunikace dokonce zraňující. Co odlišuje komerční sektor od státních institucí nebo neziskových organizací je to, že zaměstnanci jsou často (ne vždy) adekvátně finančně ohodnoceni, a tedy frustrace nedostatečnou odměnou nemusí být tak častá.

Stejně tak jako u jiných sektorů se i v komerčním sektoru zaměstnanci mohou potýkat se stresory, jak je toxické firemní prostředí, v horších případech šikana, bossing, mobbing. Dalšími významnými stresory může být také nedefinovanost rolí, nerespektování osobních hranic a mnohé další.

1.7 Měření vyhoření

Vzhledem k historii zkoumání syndromu vyhoření a jeho příčin bylo vyvinuto mnoho nástrojů pro jeho měření. Funkce měření nemusí být ale pouze výzkumná, ale často také klinická pro účely diagnostiky a pojmenování fenoménu. Škály jsou také díky své dostupnosti hojně využívány pro preventivní účely a „sebediagnostiku“ laickou populací. V posledních letech, se znalostí biologických a neurobiologických dopadů stresu se také rozmáhá zkoumání pomocí neurozobrazovacích metod či biomarkerů. V kontextu syndromu vyhoření se jedná stále spíše o výzkumnou rovinu – kvůli finanční náročnosti zmíněných vyšetření. Pro rozpoznání vyhoření či pozdějších fází jeho rozvoje nicméně nemusí být využívány pouze kvantitativní a čistě objektivní metody. Užitečné mohou být také metody kvalitativní (např. rozhovory či ohniskové skupiny se zaměstnanci). Právě ty dávají prostor pro pochopení subjektivní zkušenosti zaměstnanců.

I přes velké množství měřících nástrojů budou následně představeny výzkumně nejužívanější škály, a to: Maslach Burnout Inventory, Burnout Assessment Tool a Burnout Measure.

1.7.1 Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory (dále MBI) byl vyvinut již v roce 1981 (Maslach & Jackson, 1981) a dnes je jedním z nejužívanějších nástrojů pro měření syndromu vyhoření. Škála má 22 položek a její vyplnění tedy nezabere více jak 10 minut. MBI má tři základní subškály, kterými je emoční vyčerpání, depersonalizace a osobní naplnění. (Maslach & Jackson, 1981). Kolektiv autorů nicméně nezůstal pouze u jedné uniformní škály a průběhu následujících let bylo vytvořeno hned několik adaptací pro jednotlivé typy profesí a pro odlišné výzkumné účely.

Původní verzi MBI dotazníku je verze zaměřená na pomáhající profese (tzv. MBI-Human Services Survey, dále MBI-HSS), tedy tam, kde zaměstnanci přichází do intenzivních mezilidských interakcí na denní bázi (Maslach et al., 1996). V praxi se jedná o lékaře, zdravotní sestry a další nemocniční personál, učitele, sociální pracovníky atd.

Obecnou verzi, pro všechny typy profesí je poté MBI-General Survey, dále MBI-GS (Schaufeli et al., 1996). MBI-GS obsahuje 16 položek a taktéž zachovává 3 základní dimenze: „vyčerpání (obecnější než původní), cynismus (odráží lhostejnost a/nebo odtahovaný postoj k práci obecně) a profesní účinnost (širší rozsah, očekávání trvalé efektivity v práci) (De Beer et al., 2024, s. 2)“. Pro svou validitu a reliabilitu se stala tato verze „zlatým standardem“.

Obecná adaptace byla následně také upravena pro studenty a vzniklo tedy MBI-Students Survey, dále MBI-SS (Schaufeli et al., 2002). MBI-SS zohledňuje stresory akademického prostředí. Vyhoření se ve většině případů aplikuje na pracovní kontext, nicméně není neobvyklé, že se u studentů objevuje: „pocit vyčerpání z náročného studia, cynický a odtahovaný postoj ke studiu a pocit neschopnosti studenta (Schaufeli et al., 2002, s. 465)“.

Další adaptací, která je již více zaměřena na konkrétní profesi je poté MBI-Educator Survey, dále MBI-ES (Schaufeli et al., 1996). Tato adaptace se zaměřuje na pedagogické pracovníky a reflektuje specifika školního prostředí jako je například individuální i skupinová interakce s žáky apod.

1.7.2 Burnout Measure

Burnout Measure, dále BM (Pines et al., 1988) vznikl částečně na podkladu Tedium Scale (Malakh-Pines et al., 1981), měřící pocity nudy a stereotypních činností. BM je narozdíl od zmíněného dotazníku MBI, jednodimenzionálním nástrojem a pracuje tedy pouze s výsledným skórem. Dotazník má 21 položek a položky se dotazují, jak na vyhoření a vyčerpání psychické, emoční tak na fyzické. V roce 2005 následně vznikla také zkrácená verze dotazníku (Malach-Pines, 2005), která má položek pouze 10, ale i přesto se ukázal tento dotazník jako validní a reliabilní.

1.7.3 Burnout Assessment Tool

Burnout Assessment Tool, dále BAT (Schaufeli et al., 2020) je poměrně novým nástrojem, který vznikl jako odpověď na některé limitace předchozích nástrojů. BAT se skládá ze 33 položek a má čtyři základní dimenze, kterými je: vyčerpání, mentální odstup, zhoršené emoční a kognitivní schopnosti. Dotazník také zohledňuje sekundární dimenze, kterými je

depresivní nálada a nespecifické psychosomatické příznaky. Vzhledem k tomu, že autoři reagovali na nedostatky předchozích dotazníků, má BAT mnoho silných stránek. I přes jeho nepřilíš dlouhou existenci byla vytvořena i česká adaptace (Kajzar, 2020). Podobně jak MBI existuje ve vícero adaptacích, konkrétně ve dvou. Jedna z nich se zaměřuje na vyhoření v pracovním kontextu. Druhá poté na obecné měření vyhoření mimo pracovní kontext.

1.7.4 Další nástroje pro měření vyhoření

Metod pro měření vyhoření nicméně existuje celá řada. Dalšími využívanými dotazníky je například Oldenburský inventář vyhoření (Demerouti & Bakker, 2008) nebo Shirom-Melamed Burnout Measure (Shirom & Melamed, 2006). Nicméně vzhledem k tématu práce není nutné jít více do hloubky.

1.8 Prevence syndromu vyhoření

Stejně tak, jako je tomu u prevence fyzických obtíží, u obtíží psychických je prevence neméně důležitá. Právě prevence syndromu vyhoření je klíčová pro udržení psychického zdraví a pohody, ale i pracovního výkonu a efektivity. Díky prevenci může jedinec zvyšovat svou odolnost vůči zátěži a snižovat tak hladinu chronického stresu. Prevenční techniky také vybavují jedince sadou technik zvládnání stresu pro situace, kdy se ocitá v akutní stresové reakci. Preventivní opatření u zaměstnanců lze rozdělit na: individuální a organizační.

1.8.1 Individuální prevence syndromu vyhoření

Do kategorie individuální prevence můžeme řadit vše, co jedinec může udělat sám pro sebe bez nutné podpory od okolí či zaměstnavatele. Tyto strategie lze tedy považovat za svépomocné. V prvé řadě je odborníky nabízen, pro podporu duševní pohody, zdravý životní styl. Do této kategorie bychom mohli zařadit spánek a spánkovou hygienu, přičemž jako optimální délka spánku u zdravého dospělého člověka se uvádí min. 7 hodin denně (Watson et al., 2015). Podobně jako spánek se ukazuje jako důležitý i pohyb. Jako minimum je uváděno 150 minut týdně. Platí ale pravidlo „čím více, tím lépe“ a pro všechny, kdo mohou, je tedy WHO doporučováno 300 minut týdně a více (WHO, 2021). Do oblasti zdravého životního stylu bychom krom spánku a pohybu mohli také zařadit vyváženou stravu, omezení konzumace návykových látek jako je alkohol, tabák apod.

Druhou velkou kategorií lze definovat jako sebepoznání a rozvoj všímavosti vůči vlastnímu tělu i mysli. Díky tomu, že jedinec zná své silné a slabé stránky, automatické reakce,

copingové strategie, opakující se vzorce, fyzické projevy stresu a další informace o sobě, může lépe rozpoznat a zachytit změny, které mohou přicházet v důsledku přetížení a chronického stresu. Právě zachycení těchto změn může být klíčové pro prevenci rozvoje vyhoření nebo dalších duševních či fyzických obtíží. Znalost sebe sama může jedinci také pomoci při nastavování hranic, ať už pracovních či mezilidských.

Pro rozvoj sebepoznání se nabízí hned několik možností od vyhledání odborníka, například psychoterapeuta. Existuje ale mnoho individuálních technik sebepoznání, založených na reflexi vlastního fyzického (např. bodyscan) nebo psychického stavu. Užitečné mohou být nástroje jako je pravidelné zaznamenávání si do deníku nebo pozitivně-psychologické techniky jako jsou například „3 dobré věci“ nebo deník vděčnosti. Důležitou oblastí preventivních nástrojů pro sebepoznání a prevenci vyhoření jsou techniky všímavosti, které obrací pozornost k přítomnému okamžiku. Díky zařazování všímavostních technik jako je například vědomá chůze, procházka, sprcha, vědomé jezení nebo různé typy meditací a cvičení zaměřených na dech, dochází k redukci stresu odklonem pozornosti od pracovních i nepracovních stresorů.

V souvislosti s všímavostními technikami nelze opomenout relaxační, pokročilé dechové techniky a techniky uzemnění, jejichž zařazování do běžného dne vede ke zklidnění nervového systému, snižování úrovně stresových hormonů v těle, posilování odolnosti vůči dlouhodobému tlaku či zvládnutí akutní stresové reakce. Pro zvládnutí akutní stresové reakce lze využít jednodušších a krátkých technik jako je například dechová technika 4-7-8, kdy se jedinec na 4 vteřiny nadechuje, 7 vteřin drží a na 8 vteřin vydechuje nebo technika uzemnění 5-4-3-2-1. Ta spočívá v tom, že má jedinec vyjmenovat 5 věcí, které vidí; 4 věci, kterých se může dotknout; 3 věci, které slyší; 2 věci, které cítí; 1 věc, kterou cítí v ústech. Pro redukci chronického stresu lze trénovat komplikovanější techniky jako je progresivní svalová relaxace, autogenní tréninky nebo právě náročnější všímavostní cvičení. Užitečné mohou být také techniky inspirované kognitivně-behaviorální terapií (dále KBT) jako je kognitivní přerámování sloužící k vystoupení z „tunelového vidění“ a nalezení jiného úhlu pohledu na situaci. Dalšími jednoduše aplikovatelnými technikami je například zvědomění bludného kruhu nebo kognitivní restrukturalizace.

V neposlední řadě také nelze opomenout techniky time managementu a tzv. energy managementu, tedy řízení času a energie. Právě ty pomáhají zaměstnanci si efektivně řídit vlastní čas, ale zároveň být vnímavý k hladině energie v průběhu dne. Mezi techniky time managementu řadíme například techniku Pomodoro, 4D či Eisenhowerova matice. Mezi techniky energy managementu v práci, které mohou snižovat naši únavu v průběhu dne

můžeme řadit například zařazování mikropauz na pití, jídlo, krátkou procházku, sdílení s kolegy (Fritz et al., 2011).

1.8.2 Organizační prevence syndromu vyhoření

Vedle individuální prevence poté stojí prevence organizační, do které můžeme řadit veškeré kroky, které organizace podnikají pro podporu duševního zdraví zaměstnanců. Prevence syndromu vyhoření na organizační úrovni zahrnuje systémová opatření, která podporují zdravé pracovní prostředí a poskytují zaměstnancům potřebnou podporu ve chvílích, kdy je to potřeba. Podpora zdravého pracovního prostředí souvisí s kulturou dané organizace, která je tvořena hned několika aspekty. Tím, co tvoří firemní kulturu a prostředí organizace je například interní komunikace a budování vztahů na pracovišti mezi kolegy i nadřízenými, budování psychologicky bezpečného pracoviště, jasnost v rolích či firemní hodnoty a jejich implementace.

Neméně důležitou složkou je podpora zdraví zaměstnanců prostřednictvím nabídky benefitů jako je například možnost docházení na terapii, proplacené zaměstnavatelem, či návštěva firemního psychologa. Čím dál tím častěji jsou také zaváděny do firem tzv. EAP programy neboli Employee Assistance Programs, které slouží pro zaměstnance jako bezplatná linka pro případy, kdy řeší duševní, finanční či právní záležitosti. Rozšiřuje se také nabídka workshopů a školení v oblasti wellbeingu a prevence vyhoření. Workshopy a školení v oblasti duševního zdraví bývají často součástí komplexnějších rozvojových plánů pro zaměstnance a programů kariérního rozvoje. Zároveň také i kanceláře začínají být uzpůsobovány tomu, aby se tam zaměstnanci cítili dobře, ve smyslu vytváření relaxačních a komunitních zón, stavby firemních posiloven apod.

Velkým tématem od doby covid-19 je zavádění flexibilnějších pracovních režimů, ať už ve formě využívání práce z domova či zavedení pružné pracovní doby. Výsledky studií ukazují, že právě flexibilní pracovní modely jsou spojeny s: „lepším fyzickým zdravím, nižší absencí a menším výskytem somatických symptomů (Shifrin & Michel, 2022, s. 60). Právě zpřístupnění práce z domova zaměstnancům může mít prokazatelné dopady na jejich zdraví.

2 Koncept zotavení (recovery)

Zotavení či zotavování (z angl. recovery) je proces, během něhož dochází k obnově fyzických, mentálních či emočních zdrojů, a návratu organismu do rovnováhy po vystavení nárokům a zátěži. Koncept zotavování je zásadní pro pochopení tématu zvládnutí pracovního stresu a zátěže na denní bázi, ale i pro dlouhodobou prevenci syndromu vyhoření. Koncept zotavování je stejně tak důležitý pro návrat k běžnému životu po prožití vyhoření či jiným dalším náročným zkušenostem. Sabine Sonnentag, jedna z nejvýznamnějších autorek v oblasti tématu zotavování, ho definuje jako: „proces uvolnění a obnovy, během něhož se úroveň zátěže osoby, která vzrostla v reakci na stresor nebo jiný požadavek, vrací na úroveň před stresem (Sonnentag et al., 2017, s. 366)“.

Vnímání zotavování jako procesu nicméně není jediným úhlem pohledu. V dosavadní literatuře lze identifikovat různé perspektivy a pohledy, přičemž jedním z nejvýznamnějších je rozlišení zotavení jako procesu a zotavení jako výsledku či stavu. „Zotavení jako proces se vztahuje k aktivitám a zkušenostem, které přispívají ke změně ukazatelů stresové zátěže (Sonnentag et al., 2017, s. 366)“. Právě regenerace prostřednictvím zotavovacích aktivit a zkušeností či zážitků prokazatelně zlepšuje psychickou pohodu zaměstnanců a snižuje negativní dopady stresu. Na druhé straně zotavení jako stav či výsledek: „zachycuje psychologický nebo fyziologický stav člověka, kterého dosáhne po období zotavování (Sonnentag et al., 2017, s. 366)“. Úroveň našeho zotavení jako stavu, ať už průběžně nebo z větší stresové epizody, má zásadní význam na náš pracovní výkon, protože přispívá ke zlepšení kognitivních funkcí, emoční stability a celkové připravenosti čelit dalším pracovním nárokům. Oba přístupy, tedy zotavení jako proces či stav jsou nicméně v literatuře souběžně označovány pojmem „recovery“, což ztěžuje interpretaci a sjednocení výsledků studií v rámci stávající literatury (Steed et al., 2021). I přes tuto komplikaci se většina studií shoduje na tom, že existuje pozitivní vztah mezi zotavováním, pracovními zdroji a následně pohodou a výkonem. Naopak negativní vztah existuje mezi zotavováním a pracovními nároky, které snižují schopnost regenerace (Bennett et al., 2018; Sonnentag et al., 2022; Steed et al., 2021).

2.1 Dva pohledy na zotavování

Abychom lépe porozuměli různým formám zotavení, je proto nezbytné rozlišit jejich kontexty a časové rámce. V kontextu prevence syndromu vyhoření lze považovat za klíčový prvek úspěšné průběžné zotavování z pracovních nároků, a to jak v průběhu celého dne, ať už

všedního nebo ve dnech víkendových, ale i v delších zotavovacích obdobích jako jsou například dovolené. V případech, kdy již zaměstnanec vyhořením prochází již nemusí být strategie pro průběžné zotavování funkční a proto, je často potřeba přistoupit k razantnějším intervencím a celkové změně nastavení myslí ohledně přístupu k práci. Následující kapitoly přiblíží obě tyto polarity s větším důrazem na zotavování se ze syndromu vyhoření. I přesto, že vyhoření není definováno jako psychiatrická diagnóza, zotavování z něj může nést mnohé společné prvky zotavování z jiných duševních onemocnění.

2.2.1 Průběžné zotavování z nároků

Zaměstnanci čelí na denní bázi pracovním nárokům a stresorům a pro jejich zvládnutí využívají adaptivních či maladaptivních strategií. Právě průběžné zotavování z práce lze považovat za jednu ze strategií, díky které mohou zaměstnanci lépe bojovat s pracovním tlakem. Sonnentag et al. ve svém článku z roku 2022 shrnují čtyři základní oblasti díky kterým dochází k opětovnému zotavení a je jimi:

- zotavování během přestávek,
- zotavování ve volném čase nebo mezi směnami,
- zotavování o víkendech,
- zotavování během delších období jako je např. dovolená (Sonnentag et al., 2022).

Čím dál více se ukazuje, že pro zotavování nejsou jediným klíčovým faktorem delší období volna, jako jsou dovolené nebo tzv. sabbaticaly. Delší období volna jsou příležitostí pro intenzivnější regeneraci a dávají prostor pro relaxaci a odpoutání. Výsledky studií ale naznačují, že i přes pozitivní vliv dovolené na zdraví a pohodu tyto účinky brzy odezní po návratu do práce (De Bloom et al., 2009). Na druhé straně malé pauzy (tzv. mikropauzy) a přestávky v průběhu dne (např. pauzy na pití, svačinu, kávu, krátkou procházku atd.) mají silný vliv na redukci únavy a podporují tak výkon i duševní pohodu (Fritz et al., 2011). Klíčovou roli hraje ale nepochybně schopnost zaměstnance odpoutat se od každodenních povinností a tzv. „si nenosit povinnosti domů“ v době po skončení pracovní doby nebo mezi směnami. Není překvapením, že výzkumy ukazují, že pokračování v práci v mimopracovní době vede k nižšímu dennímu zotavení (Oerlemans & Bakker, 2014). To je dlouhodobě silným faktorem pro rozvoj syndromu vyhoření.

Průběžné zotavování může mít několik forem, a to jak zotavování aktivní či pasivní. Aktivní zotavování vyžaduje fyzické či mentální úsilí a angažovanost jedince a do této

kategorie lze zařadit například sporty a fyzické aktivity, koníčky nebo sociální aktivity, které snižují dopady pracovního stresu (Sonnetag & Fritz, 2007). Naopak pasivní zotavování zahrnuje činnosti, které vyžadují minimální úsilí a jsou zaměřeny na odpočinek a uvolnění. Mezi pasivní aktivity řadíme například spánek, sledování filmů či seriálů, trávení času na sociálních sítích a další.

Cílem průběžného zotavování je pravidelné obnovování fyzických i psychických zdrojů, což přispívá k vyrovnávání se s každodenními stresory a je tak jednou z možných preventivních strategií pro předcházení vyhoření.

2.2.2 Zotavování z duševních onemocnění

Zotavování z duševních onemocnění a zotavování z každodenního stresu se liší svou povahou, délkou trvání i dopadem na jednotlivce a jeho každodenní fungování. Duševní onemocnění jako je deprese, schizofrenie nebo úzkostné poruchy a další diagnostikovatelná onemocnění ovlivňují biologické, psychologické a sociální funkce člověka na každodenní bázi. Zotavování z nich zahrnuje řešení hlubších příčin, které stojí za rozvojem a setrváváním onemocnění. Za otce zotavování z duševních onemocnění lze považovat Williama A. Anthonyho, který zotavování definoval jako: „hluboce osobní, jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí, který zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu života, kdy člověk přerůstá katastrofické následky duševní nemoci (Anthony, 1993, s. 13). Zotavení z duševního onemocnění je často dlouhodobý proces. Může zahrnovat období relapsů a remise, přičemž cílem není vždy úplné vyléčení, ale alespoň dosažení funkčního a smysluplného života.

Autoři systematické review a narativní syntézy z roku 2011 (Leamy et al., 2011) navrhli koncepční rámec pro oblast osobního recovery z duševních onemocnění. Popsali 13 charakteristik, kterými lze cestu zotavování popsat. Mezi tyto charakteristiky patří například, že zotavování je aktivní, individuální, unikátní, nelineární, multidimenzionální proces nebo že se jedná o fázi či stadium. Na základě syntézy byl vytvořen tzv. CHIME model (Leamy et al., 2011), který popisuje 5 základních procesů, které jsou klíčovými faktory pro úspěšné zotavení:

- propojení (z angl. connectedness),
- naděje a optimismus (z angl. hope and optimism),
- identita (z angl. identity),
- smysl života (z angl. meaning in life),

- zplnomocnění (z angl. empowerment).

Proces zotavování z duševních onemocnění lze vnímat jednak jako osobní, ale také sociální a v mnohých případech také spirituální proces. Hlavní charakteristikou je nicméně individuálnost tohoto procesu. Zatímco někteří se zvládnou zotavit přirozeně bez nutnosti léčby, jiní vstupují do rolí pacientů a zotavují se díky léčbě a eliminaci příznaků onemocnění (symptomatické úlevě a nácviku každodenních aktivit) či se následně zotavují i přes přetrvávání symptomů onemocnění (Hummelvol et al., 2015).

2.3 Dimenze zotavování

Zotavení lze obecně chápat jako multidimenzionální proces, při kterém dochází k obnovování různých aspektů lidského fungování. Za hlavní dimenze zotavování lze považovat dimenzi psychickou a fyzickou. V některých případech lze také zapojit zotavování sociální. Potřeba se zotavovat v každé z oblastí, může být silně individuální a odlišná vzhledem k náročnosti a povaze profese (např. některé profese jsou náročné fyzicky, jiné zase kognitivně či emočně).

2.3.1 Psychické zotavování

U psychické složky můžeme rozdělit zotavování na emoční a kognitivní. Emoční dimenze se zaměřuje na obnovu emocionálních zdrojů a regulaci negativních emocí, které jsou často důsledkem pracovního stresu. Cílem je snížení negativní emocí, jako je například úzkost či smutek a posílení pozitivních emocí, jako je radost či vděčnost. Celkově je žádoucím výsledkem zachování efektivní emoční regulace a schopnosti zvládat stresové reakce. Způsoby, jimiž může být emoční zotavování podpořeno jsou například relaxační a další svépomocné reflektivní techniky nebo například sociální opora. Kognitivní zotavování se soustředí na obnovu mentální kapacity, zahrnující funkce jako je paměť, soustředění, exekutivní funkce apod. Tato kapacita mohla být oslabena silnými kognitivními nároky zaměstnání. Efektivní kognitivní zotavení vede ke snížení mentální únavy a obnově kognitivních funkcí. Za strategie pro obnovu kognice lze považovat, jak pasivnější strategie jako jsou mikropauzy, tak aktivnější strategie jako je fyzická aktivita.

2.3.2 Fyzické zotavování

Fyzická dimenze se týká obnovy tělesných zdrojů a zmírnění fyzické únavy, která vzniká v důsledku pracovního přetížení nebo dlouhodobého stresu. V kontextu pracovní oblasti

je téma fyzického zotavování adekvátní, jak u fyzicky náročnějších zaměstnání, ale například i u sedavých zaměstnání, kterou nesou svá rizika. Cílem je fyzického zotavování je znovunabít energie, regenerace organismu a celkové zvýšení fyzické pohody. Pro účely fyzického zotavení je ověřenou strategií spánek a odpočinek či různé typy relaxačních aktivit jako jsou masáže či meditace. Někteří jedinci však preferují aktivnější strategie a považují sport za formu zotavování.

2.4 Modely obnovy zdrojů a zotavování

V důsledku mnohaletého zkoumání konceptu zotavování a obnovy zdrojů vzniklo hned několik modelů, které odhlíží od konkrétních zotavovacích aktivit a zážitků a popisují mechanismy stojící za samotným zotavováním. V následujících podkapitolách budou popsány nejdůležitější modely v oblasti obnovy zdrojů a zotavování z pracovní zátěže.

2.4.1 Teorie uchování zdrojů

Teorie uchování zdrojů (z angl. Conservation of Resources Theory, dále COR) a koncept recovery (regenerace) spolu úzce souvisí, protože oba se zaměřují na to, jak lidé zvládají stres a ztráty zdrojů. Regenerace představuje klíčový mechanismus obnovy zdrojů. Model COR byl popsán Hobfollm v roce 1989. Je orientovaný na zdroje (fyzické, sociální i psychologické) a „vychází z předpokladu, že lidé usilují o zachování, ochranu a budování svých zdrojů, přičemž potenciální nebo skutečná ztráta těchto cenných zdrojů je pro ně ohrožující“ (Hobfoll, 1989, s. 513).

V kontextu zotavování teorie nabízí hned několik související konceptů. Hobfoll tvrdí, že lidé investují zdroje na místech, kde očekávají, že získají zdroje nové či ochrání ty stávající. Pokud tato investice selže, může to vést k dalším ztrátám a mohou se tak rozvíjet tzv. spirály ztrát, v důsledku kterých, jsou poté lidé náchylnější k dalším ztrátám. Naopak lidé, kteří mají více zdrojů, mají větší šanci získávat další zdroje, tzv. spirála zisku. Právě recovery může sloužit jako mechanismus, který může zabránit těmto spirálám ztráty, když se lidé po stresových situacích efektivně zotaví a obnoví své zdroje. Hobfoll také zdůrazňuje důležitost podpory jednotlivců při obnově a budování zdrojů (Hobfoll, 1989). Firmy by měly proto vytvářet prostředí, které minimalizuje riziko spirál ztrát tím, že poskytují pracovníkům dostatečné zdroje pro výkon jejich práce.

2.4.2 Effort-Recovery Model

Dalším modelem souvisejícím se tzv. model úsilí a zotavení (z angl. Effort-Recovery Model, dále ERM). ERM je teorie vyvinutá Meijmanem a Mulderem (1998), která vysvětluje, jak lidský organismus reaguje na pracovní zátěž a stres, ale také jak dochází k následné obnově. Klíčovým bodem této teorie je, že lidé potřebují po vyčerpání, způsobeném úsilím, dostatečný odpočinek k obnově svého fyzického i psychického zdraví. Autoři chápou zotavení jako proces, který vede ke zvrácení negativních důsledků pracovních nároků a umožňuje funkčnímu systému jednotlivce vrátit se na základní úroveň fungování (Meijman & Mulder, 1998). V rámci ERM je tedy absence nároků v mimopracovní době zásadní pro proces zotavení.

2.4.3 Čtyřsložkový model zotavování

Nejcitovanější autorkou v oblasti zotavování z pracovního stresu je v posledních letech jednoznačně již zmíněná psychologka Sabine Sonnentag, která společně s Charlotte Fritz (Sonnentag & Fritz, 2007) popsala model zotavování. Vychází z premisy, že: „pravděpodobně to není konkrétní aktivita sama o sobě, která pomáhá zotavit se z pracovního stresu, ale její základní atributy, jako je relaxace nebo psychická vzdálenost od problémů souvisejících s prací (Sonnentag & Fritz, 2007, s. 204). Popisují čtyři základní složky či mechanismy zotavování ze zátěže, kterými je psychologické odpoutání (z angl. psychological detachment), relaxace (z angl. relaxation), mistrovství (z angl. mastery) a kontrola (z angl. control). V mnohých studiích jsou tyto mechanismy skryty pod pojmem „zotavovací zážitky“ a stojí na druhém pólu oproti zotavovacím aktivitám.

2.4.4 DRAMMA model

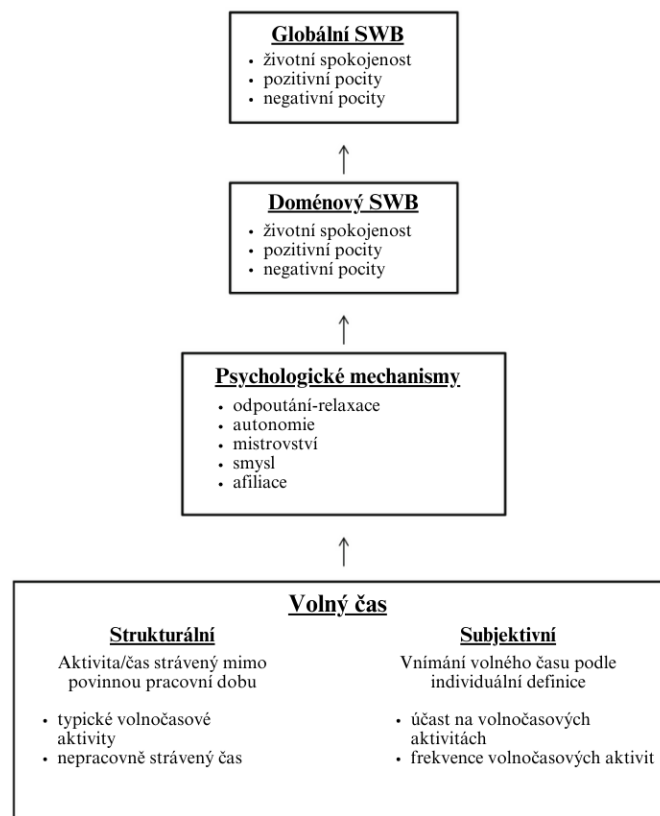
Čtyřsložkový model byl následně rozšířen o další dva důležité zotavovací zážitky v rámci konceptuálního modelu propojujícím volný čas a subjektivní well-being, dále SWB (viz obr. 2). K psychologickým zotavovacím zážitkům odpoutání-relaxace, kontroly, jinými slovy autonomie, a mistrovství přidává Newman a kol. ve své práci z roku 2014 ještě afilii (z angl. affiliation) a smysluplnost (z angl. meaning) (Newman et al., 2014). Psychologické mechanismy jsou v rámci modelu popsány jako mediační faktory vztahu mezi volným časem a SWB. Konceptuální model krom psychologických mechanismů také integruje dva hlavní přístupy k volnému času. Prvním z nich je přístup strukturální či externí, který lze chápat jako množství aktivit nebo času stráveného mimo povinnou pracovní dobu. Druhým přístupem je

poté přístup subjektivní či interní, který zohledňuje zapojení do volnočasových aktivit definovaných jednotlivcem (viz obr. 2).

Autoři navíc dochází ke klíčovému zjištění, že aktivity, které splňují více psychologických potřeb (např. sportovní aktivity se sociálním aspektem), mají větší pozitivní dopad na SWB než aktivity, které plní jen jednu potřebu (např. sledování televize) (Newman et al., 2014). Model je důležitý v tom, že obrací pozornost na volný čas, který byl po dlouhá léta vedle pracovního života upozdřován. Proběhlé studie však ukazují, že role volnočasových aktivit a jejich funkce je naprosto klíčová pro udržování duševní pohody a efektivity.

Obrázek 2

Konceptuální model propojující volný čas a SWB



Poznámka: převzato a přeloženo z „Leisure and Subjective Well-Being: A model of psychological mechanisms as mediating factors“ od Newmana, D. B., Taye, L., & Dienera, E. (2013). *Journal of Happiness Studies*, 15(3), 555–578. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9435-x>

2.5 Zotavovací činnosti/aktivity

Ve výzkumu zotavení se objevují dva základní, vzájemně propojené přístupy ke zkoumání procesu zotavení po pracovním zatížení: přístup založený na činnostech a přístup zaměřený na psychologické prožitky. Tyto přístupy poskytují různé perspektivy na to, jak lidé

obnovují své fyzické, kognitivní a emoční zdroje během mimopracovní doby (Sonnetag et al., 2022). Přístup založený na činnostech zkoumá, jaké konkrétní aktivity lidé vykonávají mimo práci, a jaký mají tyto činnosti vliv na proces zotavení. Zotavovací aktivity jsou definovány jako činnosti, které pomáhají jednotlivcům odpojit se od pracovních stresorů a obnovit ztracenou energii (Sonnetag et al., 2022). Mezi typické zotavovací aktivity mohou patřit například fyzické a sportovní aktivity (např. běh, jóga, procházky), nejrůznější koníčky a záliby (např. čtení, zahradničení, kreativní činnosti) či společenské aktivity (např. setkávání s přáteli a rodinou). Klíčovým rozdílem mezi těmito typy aktivit je nicméně úroveň námahy, kterou vyžadují. Velká část zotavovacích aktivit je často nízkoprahová, což znamená, že nevyžadují přílišnou fyzickou nebo psychickou námahu. Mají proto pozitivní dopad na pocit pohody a obnovu zdrojů. Naopak na druhé straně stojí aktivity s tzv. vysokoprahovým profilem, jako je například péče o domácnost nebo děti. Ty mohou proces zotavení narušit a přispívat k dalšímu vyčerpání (Steed et al., 2021).

V rámci individuálního zaměřování se na konkrétní volnočasové aktivity, ze kterých si jedinci skládají vlastní volný čas lze následně vytvářet tzv. psychologické „profily“. Ty následně vypovídají o tom, jaké aktivity si daný jedinec dlouhodobě volí a jak moc tato skladba aktivit přispívá ke zotavení. Profily tvoří kombinace aktivit, které lze kategorizovat jako vysokoprahové či nízkoprahové, aktivní či pasivní aktivity. De Bloom et al. ve své longitudinální studii dospělých pracujících z roku 2018 (De Bloom et al., 2018) popsali, že volnočasové aktivity, zejména ty, které lze označit za rozmanité a kreativní, mají zásadní význam při podpoře zotavení ze stresu z práce a při zlepšování pracovního výkonu. Autoři identifikovali čtyři stabilní dlouhodobé profily volnočasových aktivit:

- sociální sportovci (z angl. social sports(wo)men),
- aktivní umělci (z angl. active artists),
- sociálně a kulturně neaktivní (z angl. socially & culturally inactives),
- neaktivní samotáři (z angl. inactive soloists).

Ukázalo se, že aktivní umělci, kteří: „se věnovali všem volnočasovým aktivitám (sportovním a dalším), zejména kreativním činnostem“ (De Bloom et al., 2018, s. 152), vykazovali nejvíce pozitivní zotavovací prožitky (jako je odpoutání od práce, pocit sebekontroly) a nejlepší pracovní výkon. Tito jedinci také dosahují nejlepších výsledků v pracovní výkonnosti napříč všemi ukazateli (úkolová, kontextová a adaptivní výkonnost). Tzv. sociální sportovci, kterých bylo ve studii největší procento, ve srovnání s ostatními profily

měli především díky relaxaci a pocitu kontroly vysokou pracovní výkonnost a lepší zotavení z pracovního stresu. Sociálně a kulturně neaktivní jedinci a neaktivní samotáři, mají méně aktivní životní styl a jejich zotavení z práce je tedy horší, což se odráží i v jejich pracovní výkonnosti (De Bloom et al., 2018).

2.6 Psychologické mechanismy zotavení

Zatímco přístup založený na činnostech se soustředí na to, co lidé dělají ve svém volném čase, zážitkový přístup se zaměřuje na to, jak se lidé během tohoto času cítí a jak své volno prožívají. Zážitkový přístup, jinými slovy psychologické mechanismy či zážitky zotavování, jsou klíčové pro obnovu fyzických a mentálních zdrojů po vystavení pracovním stresorům. Výběr vhodných volnočasových aktivit závisí na individuálních preferencích a pracovních požadavcích, přičemž klíčovým faktorem je schopnost odpojit se od pracovních povinností a najít nové zdroje pozitivních emocí a smyslu. Mechanismy jako odpoutání, relaxace, mistrovství, smysluplnost a afiliace umožňují jedincům efektivně regenerovat, zlepšovat subjektivní pohodu a dlouhodobě zvyšovat psychickou odolnost.

Studie z roku 2020 zkoumala zotavovací prožitky po práci, které zaměstnanci prožívají (Chawla et al., 2020). Výzkum zdůraznil dynamické výkyvy v zotavovacích prožitcích, které vypovídají o tom, že zaměstnanci nekonzistentně používají stejné zotavovací profily každý den. Bylo identifikováno pět odlišných denních profilů zotavovacích prožitků:

- připojení (z angl. plugged in),
- kontrolované zotavování bez mistrovství (z angl. controlled non-master recovering),
- středně odpojení (z angl. moderately unplugged),
- zotavování bez mistrovství (z angl. non-mastery recovering),
- odpojení (z angl. unplugged).

Studie zdůraznila, že prožitky mistrovství a kontroly hrají klíčovou roli v zotavení. Nejvyšší úroveň pohody i pracovního výkonu vykazovali zaměstnanci pohybující se v profilech „odpojení“ a „středního odpojení“. Naopak lidé s profily „připojení“ a „zotavování bez mistrovství“ vykazovali následující den vyšší vyčerpání a nižší pracovní zapojení (Chawla et al., 2020). I přesto, že do studie nebylo zapojeno mnoho respondentů, výsledky nepochybně přinášejí zajímavé vhledy do tématu profilování volného času a nechávají tak otevřené pole pro další zkoumání.

2.6.1 Psychologické odpoutání

Pro důležitost psychologického odpoutání v procesu zotavování mu byla ze všech mechanismů doposud věnována největší výzkumná pozornost. Metaanalýzy posledních let potvrzují, že psychologické odpoutání či odpojení (detachment) je klíčovým mechanismem regenerace a významně přispívá ke snížení únavy a nese mnohé další benefity pro jedincovu pohodu i výkon (Bennett et al., 2018; Steed et al., 2021). Psychologické odpoutání od práce znamená zdržení se myšlenek souvisejících s prací a získání mentálního odstupu od práce v mimopracovní době. V každodenním životě je: „psychologické odpoutání od práce vnímáno jako „vypnutí“ a znamená dočasné opuštění pracoviště nejen fyzicky, ale i mentálně (Sonnentag et al., 2010, s. 965).

V souladu s JD-R modelem lze psychologické odpoutání chápat jako ochranný mechanismus, jenž zabraňuje negativnímu vlivu pracovních požadavků na zaměstnance. Psychologické odpoutání je jinými slovy silným mediátorem i moderátorem ve vztahu mezi pracovními stresory či nároky na jedné straně a stresem a zhoršenou pohodou na straně druhé (Sonntag & Fritz, 2015). Mediační a moderační efekt odpoutání byl popsán v rámci modelu odpoutání od stresorů (z angl. stressor-detachment model). Celkově lze říci, že pracovní zátěž předpovídá nízkou úroveň psychologického odpoutání a následný nedostatek odpoutání následně vede k vyšší úrovni stresu a zhoršení individuální pohody.

I přes zmíněnou souvislost odpoutání s pracovními nároky, nemusí mít nároky pouze negativní vliv na schopnost odpoutání. Na straně negativního vlivu na odpoutání stojí sice nároky ve smyslu překážek či konfliktů, které brzdí výkon i pohodu zaměstnanců (z angl. hindrance demands). Tyto nároky jsou však pouze jednou stranou mince. Ukazuje se, že zaměstnanci jsou často vystaveni mnohým pozitivním výzvám v práci, které je stimulují (z angl. challenge demands). Tyto pozitivně laděné nároky jsou negativně korelovány s odpoutáním a dalšími zotavovacími mechanismy (Bennett et al., 2018).

2.6.2 Relaxace

Relaxace označuje: „prožitek nízké aktivace sympatického nervového systému, kterého lze dosáhnout meditací nebo dechovými cvičeními, ale také běžnými aktivitami, které zklidňují tělo i mysl (Sonntag et al., 2022, s. 35). Relaxační techniky snižují napětí v těle, zpomalují

srdeční tep, snižují krevní tlak a podporují hluboké dýchání. Na psychické úrovni přináší relaxace pocit klidu, snižuje úzkost a stres, a podporuje pozitivní náladu.

Sonnetag a Fritz zmiňují také další dvě důležité funkce relaxačních zážitků: 1. redukce prodloužené aktivity; 2. posilování pozitivních emocí (Sonnetag & Fritz, 2007). Prodloužená aktivace je důsledkem vysoké pracovní zátěže a je klíčovým mechanismem pro rozvoj nemocí. Proto jsou preventivní procesy, které tuto aktivaci snižují, zásadní pro zotavování organismu. Druhou funkcí je poté posilování pozitivních emocí. Zážitky relaxace pomáhají neutralizovat či oslabovat emoce negativní způsobené pracovním stresem.

Jednou z možných cest pro docílení stavů relaxace jsou techniky jako například meditace, jóga, různé druhy dechových či dalších relaxačních cvičení (jako např. autogenní trénink apod.). Prožitku relaxace není nicméně nutné dosahovat pouze těmito cílenými aktivitami. Mohou k němu dopomoci i každodenní aktivity, které na daného jedince působí uklidňujícím dojmem. Může mezi ně patřit například poslech hudby, pobyt v přírodě, čtení a další.

2.6.3 Mistrovství

Stejně tak jako pracovní příležitosti mohou poskytovat mnohé příležitosti pro zážitky mistrovství, tento mechanismus lze přenést i do mimopracovní oblasti. Právě zážitky mistrovství u nepracovních aktivit nám pomáhají odvést pozornost od pracovních nároků tím, že poskytují výzvy a příležitosti k učení v jiných oblastech (Sonnetag & Fritz, 2007). Jedná se o příležitosti pro rozvíjení nových dovedností a budování pocitu kompetence. Narozdíl od relaxace, která snižuje aktivaci prostřednictvím odpočinku, zážitky mistrovství vyžadují aktivní zapojení a učení, což následně může vést k pocitu osobního růstu a seberealizace. Výzkumy prokázaly, že zážitky mistrovství přispívají k redukci únavy a stresu a na druhé straně ke zvýšení vitality a energie, zlepšení kompetencí a efektivity a navození pozitivních afektivních stavů (Bennett et al., 2018).

Mimopracovní aktivity, které mohou přispívat k zážitkům mistrovství mají několik společných rysů. Obvykle vyžadují určitou míru seberegulace a úsilí, což je odlišuje od pasivních zotavovacích mechanismů, jako je například relaxace či odpoutání. Kladou tedy na jedince nárok na zvládnutí výzvy, přičemž tyto nároky ale nepřekračují jeho schopnosti. Výzva je tedy pro jedince stimulující, ale zároveň zvládnutelná. Tyto aktivity mohou zahrnovat typicky sportovní aktivity, vzdělávací, umělecké či kreativní činnosti.

2.6.4 Kontrola/autonomie

Kontrola či autonomie jako zotavovací zážitek dává jedinci příležitost vybrat si ty specifické volnočasové aktivity, které preferuje a které mohou být zvláště podpůrné pro proces zotavení. Je ale nutné zohlednit: „do jaké míry může člověk rozhodnout, jakou aktivitu bude ve volném čase vykonávat, kdy ji bude vykonávat a jakým způsobem ji provede“ (Sonnentag & Fritz, 2007, s. 206). Autonomie dává jedinci prostor volit činnosti, které nejlépe odpovídají jeho preferencím a potřebám spojeným s obnovou fyzických i psychických zdrojů. Autonomie se rozhodovat je spojována s pozitivními psychologickými efekty, včetně lepšího zvládnání stresových situací, nižší míry distresu a vyšší úrovně psychické pohody. Má také pozitivní vliv na zvyšování pocitu kompetence a sebeúčinnosti, což jsou faktory, které přímo přispívají k regeneraci po pracovní zátěži. Naopak vnímání snížené schopnosti ovlivnit vlastní sociální prostředí může být spojeno s vyššími hladinami psychologického distresu a zvýšeným rizikem negativního sebehodnocení, což se může projevat poklesem sebeúcty, úzkostmi či depresivními symptomy.

Dle sebedeterminační teorie (dále SDT) dle Ryana a Deciho je autonomie jednou ze tří základních psychologických potřeb, které jsou nezbytné pro celkovou pohodu a motivaci (Deci & Ryan, 1980). Autoři popisují autonomii jako možnost aplikovat vlastní vůli v životě a řídit své jednání vlastními zájmy a hodnotami případně externími pohnutkami, které jsou s nimi v souladu. Zároveň větší autonomie při volbě zvyšuje vnitřní motivaci, zatímco omezování, kontrola, hrozby, vnucené úkoly a deadlines vnitřní motivaci snižují. Význam autonomie pro volnočasové aktivity a jejich pozitivní vliv na subjektivní pohodu nicméně potvrdily i mnohé další teorie a výzkumy, včetně DRAMMA modelu.

2.6.5 Smysl

Jedna ze základních potřeb přispívající k subjektivní pohodě, je potřeba nacházet smysl a hodnotu ve svých aktivitách a zážitcích. Potřeba smyslu vychází z existenciálních teorií psychologie. Ty tvrdí, že lidé mají přirozenou touhu chápat svůj život jako smysluplný a chtějí, aby jejich aktivity vedly k osobnímu růstu, přispívaly k pocitu identity a umožňovaly zažít naplnění (Baumeister & Vohs, 2002). Lidé jsou motivováni vykonávat aktivity, které považují za důležité, hodnotné a přínosné. Smysluplné aktivity podporují nejen emocionální pohodu, ale také osobní integritu. Navíc se ukazuje, že zapojení do smysluplných aktivit v mimopracovním čase pomáhá jedincům lépe zvládat těžké životní situace (Waters & Moore, 2002).

Potřeba smyslu může být naplňována různými způsoby, které jsou velmi individuální. Typicky se ale může jednat například o dobrovolnické aktivity, např. zapojení v neziskových organizacích či projektech apod. Pocity smyslu mohou přinášet také různé typy seberozvojových a vzdělávacích aktivit od četby rozvojové literatury, sledování edukačních videí až po návštěvy přednášek či workshopů. Často ale smysl nalézáme v jednoduchých aktivitách jako je čas strávený s blízkými, různé druhy kreativních činností či sportovní aktivity.

2.6.6 Afiliace

Potřeba afiliace neboli sounáležitost vychází již z naší evoluce, kdy přežití jednotlivce bylo podmíněno začleněním do skupiny a vzájemnou spoluprací. Člověk je „tvor sociální“ a potřeba afiliace se projevuje jako touha po sounáležitosti, vzájemné podpoře a emocionálním spojení s ostatními lidmi. Jedna z nejdelších longitudinálních studií, která si kladla za cíl zodpovědět otázku, co dělá lidi šťastnými, ukázala, že klíčem jsou právě smysluplné vztahy a sociální vazby (Waldinger & Schulz, 2023). Tyto vazby však nejsou definovány pouze jejich množstvím, ale hlavně jejich kvalitou. Důležitá je vzájemná podpora, porozumění a pocit bezpečí. Studie také zdůrazňuje, že zdravé mezilidské vztahy mají nejen pozitivní vliv na emoční pohodu, ale také na fyzické zdraví.

Afiliace ve volném čase se týká vše sociálních aktivit, při kterých je naplňována potřeba být ve spojení s ostatními. Právě společenské volnočasové aktivity: „budují sociální vztahy, podporují pozitivní emoce a v konečném důsledku zlepšují kvalitu života (Newman et al., 2014, s. 569). Kvalitní sociální vztahy poskytují emoční podporu, která pomáhá jednotlivcům lépe zvládat stresové situace a předcházet pocitům osamělosti a izolace. Výzkumy ukazují, že kvalita sociálních vazeb je důležitější než jejich kvantita. Pevné, důvěrné vztahy, které poskytují emoční blízkost, jsou klíčem ke zvýšení a udržení pohody.

Stejně tak jako autonomie je afiliace jednou ze základních tří potřeb SDT (Deci & Ryan, 1980). Autoři popisují afiliaci jako potřebu vztahu s druhými lidmi a potřebu být přijímán svým okolím. Afiliace také zahrnuje potřebu zažívat a vytvářet s ostatními bezpečné společenství a navazovat pozitivní vztahy. Tato potřeba může být naplňována prostřednictvím setkání s přáteli, rodinou, partnery, přičemž ve výsledku výběr samotné aktivity není klíčový. Může se jednat o společnou večeři nebo volejbalový zápas s přáteli, připojení se do dobrovolnického klubu, výlet s rodinou či návštěvu kina s partnerem.

2.7 Měření zotavování

Měření zotavování hraje zásadní roli pro zjištění míry zotavení či schopnosti se efektivně zotavovat, ale také při hodnocení účinnosti terapeutických intervencí a podpůrných programů. Měření zotavování poskytuje důležité informace pro odborníky i pacienty, a tím přispívá k lepšímu porozumění faktorům, které ovlivňují průběh a výsledek zotavování. Existují odlišné měřicí nástroje, a to jak pro měření průběžného zotavování z pracovní zátěže, které jsou více využívány výzkumně, tak pro měření zotavování z duševních onemocnění. Právě ty bývají naopak více využívány klinicky a reflektují dlouhodobé zotavení jedinců s diagnózou duševního onemocnění, včetně jejich sociálního začlenění a obnovy subjektivní pohody.

Zotavování může být zkoumáno jednak kvalitativními metodami jako je například hloubkový rozhovor či vedení si deníků, ale také kvantitativními metodami, tedy dotazníky či inventáři, které budou přiblíženy v následujících podkapitolách.

2.7.1 Nástroje pro měření průběžného zotavování

Měření průběžného zotavování z pracovní zátěže je nezbytné pro porozumění tomu, jak různé faktory, jako je pracovní prostředí, délka pracovní doby nebo kvalita volného času, ovlivňují schopnost jedinců efektivně se zotavit. Nejčastěji se nástroje zaměřují na identifikaci změn v psychologických, fyziologických a behaviorálních ukazatelích během krátkých časových úseků, které mohou být dlouhodobě faktorem rozvoje syndromu vyhoření nebo jiných duševních obtíží.

The Recovery Experience Questionnaire

Dotazník *The Recovery Experience Questionnaire* (dále REQ), neboli dotazník zotavovací zkušenosti, vznikl v roce 2007 a byl vyvinut a validován Sonnentag a Fritzem (Sonnentag & Fritz, 2007). Dotazník je užitečným nástrojem pro lepší porozumění mechanismům, které stojí za vlivem pracovních stresorů na jednotlivce. Zároveň slouží jako: „nástroj, který identifikuje zkušenosti přispívající k ochraně pohody a schopnosti podávat výkon“ (Sonnentag & Fritz, 2007, s. 219). REQ obsahuje 16 položek a vykazuje vysokou spolehlivost napříč svými subškálami. Je inspirován teoriemi, jako je ERM a COR, které zdůrazňují důležitost obnovy vyčerpaných zdrojů a minimalizace pracovních požadavků během doby volna. Dotazník pracuje se čtyřmi základními dimenzemi, kterými jsou zmíněné psychologické zážitky zotavování: psychologické odpoutání, kontrola, relaxace, mistrovství.

Předchozí výzkumy a existující škály pro měření zotavení z pracovního stresu se soustředily spíše na obecné účinky mimo pracovní dobu, například na dovolenou, nebo na konkrétní volnočasové aktivity. Chyběla však pozornost věnovaná psychologickým zkušenostem spojeným se zotavením. Autoři proto chtěli vytvořit spolehlivý a validní nástroj, který by zachytil klíčové funkční aspekty těchto zkušeností.

Needs-based Off-job Crafting Scale

Novějším nástrojem z roku 2022 je poté Needs-based Off-job Crafting scale (dále NOCS). Zaměřuje se na koncept tzv. off-job craftingu, který lze definovat jako proaktivní, samostatně iniciované změny, které zaměstnanci provádějí ve svém mimopracovním životě, aby uspokojili své psychologické potřeby a zlepšili svou pohodu (Kujanpää et al., 2022). Autoři při tvorbě vycházeli z předpokladu, že off-job crafting má pozitivní vliv na pohodu jak v mimopracovní, tak v pracovní oblasti díky naplňování psychologických potřeb. Podporuje spokojenost s životem, spokojenost s prací, výkon v rodinné roli i pracovní angažovanost.

NOCS má 30 položek, přičemž tyto položky měří šest dimenzí tzv. off-job craftingu. Těmito dimenzemi jsou složky zmíněného DRAMMA modelu, tedy psychologické odpoutání, relaxace, autonomie, smysl, mistrovství a afiliace. Každá dimenze je poté zastoupena pěti položkami. Škála vykázala dobrou konvergentní, diskriminační a strukturální validitu napříč různými kulturními kontexty (např. USA, Evropa, Japonsko atd.).

Další nástroje pro měření průběžného zotavování

Mezi další nástroje měřící průběžné zotavování a související fenomény se řadí například tzv. Need for Recovery Scale neboli Škála potřeby zotavení, která vznikla za účelem zmapování krátkodobých účinků pracovních nároků na potřebu regenerace (Van Veldhoven & Broersen, 2003). Nástrojem, který hodnotí úroveň únavy, vyčerpání a následnou regeneraci je tzv. Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale (Winwood et al., 2011). Tato škála umožňuje sledovat dlouhodobější dopad pracovní zátěže. Mezi novější měřící nástroje se poté řadí Recovery-Stress Questionnaire for Work, který měří rovnováhu mezi zotavením a stresem na pracovišti (Kellmann & Kallus, 2025).

2.7.2 Nástroje pro měření zotavení z duševních onemocnění

Měření zotavení z duševních onemocnění je klíčovou aktivitou v oblasti psychiatrie a klinické psychologie, která umožňuje hodnotit účinnost léčby, sledovat pokroky pacientů

a podporovat jejich návrat k plnohodnotnému životu. Zotavení je často chápáno nejen jako úleva od příznaků, ale také jako proces obnovy smyslu života, sebedůvěry a schopnosti zvládat každodenní výzvy. Z tohoto důvodu jsou nástroje pro měření zotavení navrženy tak, aby zahrnovaly jak objektivní aspekty, jako je např. návrat do zaměstnání, tak subjektivní aspekty, např. hledání smyslu. Vzhledem k tomu, jak velkým zásahem do života pacienta je duševní onemocnění – samotná léčba i měření vyžaduje multidimenzionální přístup. Autoři systematické review z roku 2013, kteří přezkoumávali nejužívanější nástroje v oblasti zotavování z duševních onemocnění, rozdělili nástroje do tří typů: „1. nástroje hodnotící výsledky zotavení, 2. nástroje měřící dimenze zotavení, 3. nástroje mapující procesy či fáze zotavení“ (Sklar et al., 2013, s. 1082). V následujících podkapitolách budou některé z nich přiblíženy.

Recovery Assessment Scale

Recovery Assessment Scale (dále RAS) je jednou z výzkumně nejužívanějších škál v oblasti zotavování (Salzer & Brusilovskiy, 2014). Řadí se mezi typ měření zaměřující se na dimenze zotavování. Škála vznikla již v roce 1995, má 41 položek a hodnotí hned několik oblastí zotavování u pacientů, jako je osobní sebevědomí a naděje, ochota požádat o pomoc, orientace na cíle a úspěch či spoléhání na ostatní (Giffort et al., 2014). Pacient odpovídá na Likertově škále od 1 do 5 (na škále od: silně nesouhlasím až po silně souhlasím). Autoři kombinovali při konstruování škály participativní akční výzkum a narativní analýzu k vytvoření položek. Následný výzkum ukázal, že celkové skóre RAS má dostatečnou test-retest spolehlivost a vnitřní konzistenci. Zároveň je to nástroj citlivý na změny v čase. RAS je také přeložen do českého jazyka.

Illness Management and Recovery (IMR) Scale

Další klinickou, často využívanou škálou je Illness Management and Recovery Scale (dále IMR). Výsledná škála existuje ve dvou verzích. První z nich je založena na sebehodnocení klienta. Druhá verze se zaměřuje na hodnocení odborníkem. Obě verze obsahují 15 položek s pětibodovými Likertovými odpověďmi (Mueser et al., 2015). Položky byly vybrány a přeformulovány na základě zpětné vazby od pacientů a odborníků. Škály byly vytvořeny pro práci s dospělými z různých etnických a rasových skupin, kteří mají diagnostikované závažné duševní onemocnění. IMR se využívá pro hodnocení výsledků a efektivity programů zaměřených na zvládání symptomů (nemoci) a podporu zotavení. Řadí se tedy do kategorie nástrojů měřících výsledky zotavování. I přesto, že se IMR jeví jako slibná metoda pro zlepšení

některých výsledků, některé důležité otázky týkající se implementace vyžadují další výzkum (McGuire et al., 2014)

Questionnaire About the Process of Recovery

S dotazníkem zaměřujícím se na proces zotavování (dále QPR) přišli autoři Neil et al. v roce 2009. QPR je krátký dotazník o 22 položkách, vyvinutý ve spolupráci s uživateli sociálních služeb. Jeho původním cílem bylo hodnotit proces zotavení z psychózy. Dotazník vznikl na základě hloubkových rozhovorů o zotavení a byl zpracován do sebehodnotícího nástroje. QPR obsahuje dvě subškály zaměřené na intrapersonální a interpersonální aspekty zotavení. Dotazník se ukázal jako spolehlivý a validní nástroj vhodný k podpoře klientů při stanovování a hodnocení cílů zotavení a může být využíván jak v rutinním hodnocení služeb, tak v rámci výzkumných studií zaměřených na zotavení z psychózy. Existuje také v české adaptaci.

Mental Health Recovery Star

Široce využívaným nástrojem v komunitní péči je také Mental Health Recovery Star (dále MHRS). MHRS spadá do kategorie nástrojů mapující procesy či fáze zotavení. Ke dnešnímu dni existuje jeho čtvrtá verze. MHRS neboli hvězda obnovy zahrnuje 10 oblastí, které hodnotí a je jimi: zvládání duševního zdraví, fyzické zdraví, životní dovednosti, přátelé a komunita, využívání času, vztahy, návykové chování, domov, identita a sebeúcta a důvěra a naděje (Triangle Consulting Social Enterprise Limited, 2008). Výsledky jsou vizuálně znázorněny ve formě deseticípé hvězdy, kde každá z deseti os odpovídá jedné doméně. Klienti hodnotí svůj pokrok na stupnici od 1, což je počáteční fáze zotavení (tzv. uvíznutí) do 10, které značí plné zotavení (tzv. sebeřízení). Každou z os lze přirovnat žebříku. Konceptně nástroj pacientům umožňuje vizualizovat jejich pokrok a oblasti, které potřebují další podporu. I přesto, že se jedná o hojně využívaný nástroj jeho psychometrické kvality jsou některými studiemi hodnoceny jako sporné a někteří autoři ho nedoporučují pro klinické využití (Killaspy et al., 2012). Jiné studie poskytují naopak důkazy o jeho vhodnosti pro služby zaměřené na zotavení (Dickens et al., 2012).

Další nástroje pro měření zotavování z duševních onemocnění

Zmíněné nástroje nicméně nejsou jedinými nástroji pro měření procesu či výsledku zotavování. Mezi další využívané nástroje patří dále například Mental Health Recovery

Measure (dále MHRM). MHRM je oblíbený nástroj pro své zaměření na proces zotavení a měření osobních i duchovních aspektů zotavení (Young & Bullock, 2003). Následné studie ukázaly, že MHRM je spolehlivý a validní nástroj s vysokou vnitřní konzistencí, test-retest spolehlivostí a schopností zachytit změny v procesu zotavení. Prokázal silnou konvergentní validitu s dalšími měřeními a je vhodný pro klinickou praxi i výzkum (Sklar et al., 2013).

Dalším poměrně užívaným nástrojem je tzv. Stages of Recovery Instrument (dále STORI). Ten se využívá zejména pro sledování pokroku zotavování v čase a hodnocení jednotlivých fází zotavení (Andresen et al., 2006). STORI obsahuje 50 položek rozdělených do pěti subškál, přičemž každá subškála reprezentuje jednu fázi zotavení. Položky byly vytvořeny na základě deseti klíčových témat identifikovaných pro každou fázi. Respondenti hodnotí své odpovědi na šestibodové škále. STORI vykazuje silnou konvergentní validitu s dalšími nástroji podobného typu, dostatečnou vnitřní konzistenci i vysokou test-retest spolehlivost (Sklar et al., 2013). Závěrem lze říci, že existuje široká škála nástrojů, ať už zaměřených na měření procesu, fází či výsledků zotavování z duševních onemocnění, přičemž každý z nich se zaměřuje na specifické aspekty tohoto komplexního procesu. Výběr vhodného nástroje závisí na konkrétních cílech hodnocení, kontextu a potřebách jednotlivce či služby.

2.8 Zotavování ze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je specifickým fenoménem, stejně tak jako proces zotavování z něj. Tím, že syndrom vyhoření není klasifikován jako duševní onemocnění nelze na něj spolehlivě aplikovat funkční strategie, které jsou využitelné pro zotavování ze závažnějších duševních onemocnění. Zároveň ale vzhledem k tomu, že je syndrom vyhoření výsledkem dlouhodobé zátěže pracovního rázu, preventivní techniky spojené s průběžným zotavování již často nejsou funkční. Na rozdíl od deprese či úzkostí, které mají poměrně jasnou paletu intervenčních postupů, u vyhoření se o tom, co reálně funguje, moc neví. Existuje obrovské množství studií věnujících se příznakům, vývoji a průběhu vyhoření, i tomu, jak mu předcházet. Nicméně tématu samotného zotavování z vyhoření doposud nebyla věnována dostatečná výzkumná pozornost. Lze tedy usuzovat, že osoby procházející syndromem vyhoření nemusí nalézat dostatečnou oporu v tom, co by jim mohlo z vyhoření pomoci.

Rešerše k tomuto tématu probíhala za pomoci klíčových slov: burnout recovery, burnout rehabilitation, burnout intervention. Počet kvalitních studií, které byly nalezeny se pohybují v rámci nižších desítek. Je nutné nicméně podotknout, že nebyla nalezena žádná studie, jejíž výzkumný záměr by se blížil tématu této práce – tedy zkoumání zotavovacích aktivit a potřeb

v rámci zotavovacího procesu. Nejblíže se tematicky blíží výzkumná práce Stelly Salminen et al. z finské University v Jyväskylä. Konkrétně se jedná o dvě kvalitativní studie, které se zabývají rehabilitací ze syndromu vyhoření. U obou probíhal sběr dat pomocí rozhovorů a následně byla data zpracována tematickou analýzou. První ze studií si kladla za cíl zjistit, jak klienti procházející si rehabilitačním programem po vyhoření prožívali své zotavení a co považovali za přínosné (Salminen et al., 2015). Druhá studie si kladla za cíl přinést poznatky o procesu zotavení během rehabilitace a dva roky poté prostřednictvím zkoumání projevů tzv. agency, tedy schopnosti naučit se řídit svůj čas, stanovovat si hranice a aktivně rozhodovat o své budoucnosti (Salminen et al., 2017).

U zotavování z vyhoření hraje roli závažnost stavu vyhoření, tedy zda se jedná o vyhoření „mírné“ nebo o vyhoření „klinické“, které vyžaduje vyhledání odborné pomoci. U mírnějších forem vyhoření může být účinnou strategií pro zotavení kratší pracovní pauza, návrat k volnočasovým aktivitám a nastavení pracovních hranic a životního balancu. Takový typ zotavování se může v mnohých aspektech podobat právě zotavování průběžnému. U závažnějších forem vyhoření již tyto strategie často nejsou funkční a proces zotavení se může více podobat zotavování z duševních onemocnění. Součástí toho může být například zapojení do různých programů na odděleních psychiatricko-psychologické péče či jiný typ odborné pomoci. Výjimkou není radikální změna zaměstnání či několikaměsíční pauza od pracovního tempa.

Některé studie nastiňují, že pro proces zotavování není důležité pouze zbavit se symptomů, ale často přichází změny, které mohou ovlivnit nejen pracovní život jedince. Některé teorie tvrdí, že společným jmenovatelem zotavování z vyhoření je schopnost jednotlivce převzít kontrolu nad vlastním životem a podporovat již zmíněné individuální agency (Fjellman-Wiklund et al., 2010; Salminen et al., 2017). V tomto tvrzení lze spatřovat úzkou spojitost s prvkem „empowerment“, který je zmiňován v rámci CHIME modelu pro zotavování z duševních onemocnění nebo také s psychologickou potřebou autonomie či kontroly popisované modelem DRAMMA.

2.8.1 Fáze zotavování ze syndromu vyhoření

Pro praktické účely lze zotavování ze syndromu vyhoření rozdělit do základních tří fází, tedy fáze akutní, střednědobé a dlouhodobé. Akutní fáze zotavování může trvat v rámci dnů až týdnů a je typická pro stabilizaci a snahu pomoci jedinci od psychické či fyzické symptomatiky

syndromu vyhoření. Střednědobá následně trvá v řádu týdnů až měsíců a lze ji specifikovat jako periodu obnovování ztracené energie a znovu-nalézání životního balancu. V dlouhodobějším měřítku se lze poté bavit změně nastavení mysli, vztahu k práci a přehodnocování hodnot.

I přesto, že výzkumů ohledně zotavování ze syndromu vyhoření není příliš mnoho, v proběhlých studiích, primárně kvalitativního rázu, lze nalézt společné prvky jednotlivých fází zotavování. První fází je v mnoha případech přiznání si problému, tedy uznání vlastního vyhoření. To následně spouští proces distancování se od práce, ať už se jedná o pracovní neschopnost či dočasnou změnu prostředí ve formě dovolené nebo například práce na dálku. Další fází je poté fyzická i mentální obnova zdraví, regenerace a relaxace, tedy znovunabití sil. Následuje fáze přehodnocování hodnot, analýza priorit a ideálně změna pohledu na práci a často také hledání nových pracovních možností, ať už v rámci aktuálního zaměstnání nebo mimo. Poslední fází je poté konkrétní změna, tedy náležitá úprava pracovních podmínek. V dlouhodobém měřítku se poté jedná o trvalé uzpůsobení pracovních podmínek a snahu o prevenci relapsu (Bernier, 1998; Fjellman-Wiklund et al., 2010; Hättinen et al., 2004). V čem se tyto studie zároveň shodují je, že zotavování ze syndromu vyhoření není lineární proces. Každý jedinec může různými fázemi zotavování procházet různým tempem, přičemž některé fáze se mohou vracet zpět v cyklickém procesu.

Zároveň členění na fáze není jediným rámcem, který lze u zotavování z vyhoření vnímat. Lze také oddělit různé přístupy k zotavování, které jsou často navázány na jednotlivé fáze zotavování. Jedná se o přístup individuální, organizační a klinický. Každý z přístupů může v rámci procesu zotavování sytit jiné psychologické potřeby a může mít tedy lehce odlišnou funkci. Tyto přístupy budou přiblíženy v následujících podkapitolách.

2.8.2 Individuální přístup k zotavování

Na individuální úrovni je klíčové, aby jednotlivci aktivně pracovali na změnách v životním stylu, přístupu a vztahu k práci. Změna životního stylu může obnášet dodržování spánkové hygieny, pravidelný pohyb a cílené vyčleňování času na koníčky a další volnočasové aktivity. Obecně se lze vrátit zpět k tématu průběžného zotavování, které bylo často před samotným vyhořením nefunkční. Období po prožití vyhoření může být také o hledání cest, jak se efektivně průběžně zotavovat, ve smyslu schopnosti odpojovat se od pracovních nároků, schopnosti relaxovat, budovat mistrovství v mimopracovních aktivitách atd.

Ve vztahu k práci se může jednat o úpravu pracovního času či úvazku, zavedení, realistického plánování úkolů a stanovování cílů. Obecně je klíčová schopnost nastavovat si hranice a dodržovat tzv. work-life balance, tedy rovnováhu mezi osobním a pracovním životem. V rámci tématu této rovnováhy se zdají být důležité dvě klíčové oblasti, kterými je: 1. zapojení (z angl. engagement) do pracovního i nepracovního života, 2. minimální konflikt mezi sociálními rolemi v pracovním a nepracovním životě (Sirgy & Lee, 2018). Při nastavování nového způsobu fungování je klíčový prvek komunikace, a to jak s vedením organizace, ve které zaměstnanec působí, tak s kolegy, kterých se jeho vyhoření a následný proces zotavování dotýká. Neméně častým řešením je nicméně úplná změna oboru, zaměstnavatele či pozice. Zkrátka vyhoření dojde již do takového stadia, kdy již zaměstnanec není schopen vrátit se k původní pracovní náplni a tedy je odchod jediným možným vnímaným řešením.

Při rozvoji vyhoření často bývá nabourána také existenciální rovina, kdy jedinec může začít postrádat smysl ve svých pracovních i nepracovních činnostech. Proto může být proces zotavování právě o znovuhledání vlastních hodnot, cílů a smyslu života. K tomuto procesu mohou být nápomocné seberozvojové aktivity či psychoterapeutická péče. Užitečné může být také osvojení si metod a technik jako je relaxace, techniky všímavosti (z angl. mindfulness) nebo dechová cvičení. Tyto aktivity zároveň pomáhají snižovat stres. Důležitou složkou v procesu zotavování je také psychoedukace ohledně problematiky syndromu vyhoření. Ta poskytuje jednotlivcům znalosti o příznacích vyhoření, možnostech prevence a účinných strategiích pro zotavení.

2.8.3 Organizační přístup k zotavování

Vedle úrovně individuální jsou často nutné změny také na úrovni organizační, bez kterých zotavování zaměstnance z vyhoření nemůže započít. Stejně jako mohou mít organizace značný vliv na well-being zaměstnance v rámci preventivních opatření, tedy různých forem podpory zaměstnanců v rámci well-being programů, mohou organizace podpořit zaměstnance i v rámci intervencí, když už k vyhoření dojde. Mezi tyto intervenční opatření se může řadit například možnost delší dovolené (v rámci týdnů) nebo tzv. sabbatical (v rámci měsíců) volna. Právě zotavování může být jednou z hlavních, nikoliv jedinou, funkcí těchto delších bloků dovolených. Další funkcí sabbaticalů může být například explorace (z angl. exploration) a objevování nových možností či trénink (z angl. practice) nových dovedností (Schabram et al., 2023). Schabram et al. na základě 50 narativních rozhovorů poskytují zajímavá kvalitativní data o tom, že právě sabbatical má funkci zvyšování sebevědomí, upevňování vlastní identity,

příčemž: „období zkoumání a tréninku se ukázaly jako klíčové pro to, do jaké míry sabbatical zásadně změnil jejich sebepojetí a profesní směřování“ (Schabram et al., 2023, s. 441). Někteří jedinci se vrací ke svému původnímu životu a se silnější potřebou rovnováhy, jiní hledají více odpovídající zaměstnání, ať už pozici či zaměstnavatele. U některých osob poté dochází k zásadním rozhodnutím ohledně změn v kariéře.

Dovolené ale nejsou vždy možným řešením u některých profesí, a tak je naprosto klíčová možnost úpravy pracovního režimu a organizační podpory, kam patří například:

- Možnost zkrácení pracovní doby – například přechod na částečný úvazek či formu dohody o provedení práce či o pracovní činnosti; možnost sdílených pracovních pozic. To umožňuje zaměstnancům lépe sladit pracovní a osobní život a snižuje dlouhodobou zátěž, která vede k vyhoření.
- Možnost práce na dálku – hybridní model nebo plná možnost práce z domova může přispět k nižší úrovni stresu, vyšší pracovní autonomii, lepší organizaci času a soustředění (Wells et al., 2023).
- Řízení objemu práce (z angl. workload management) – systematické monitorování a kontrola objemu práce jednotlivců a týmů, přizpůsobení priorit a zavedení mechanismů pro včasné rozpoznání přetížení. Právě to mohou být klíčové kroky nejen pro prevenci, ale i pomoc zaměstnanci, který si prochází vyhořením.
- Zaměstnanecké benefity spojené s podporou duševního zdraví – organizace mohou podpořit duševní zdraví zaměstnanců prostřednictvím nabídky programů pro podporu duševního zdraví, které se mohou skládat např. plně či částečně proplacené psychoterapie, koučinku či poradenství, krizových linek pro zaměstnance (viz EAP), edukace formou workshopů a dalších formátů vzdělávání atd.

Důležité je, aby řešení vyhoření na organizační úrovni nebyla jen jednorázová opatření, ale součástí dlouhodobé strategie podporující udržitelnou pracovní kulturu. To, co nicméně stojí v základu těchto možností je možnost otevřené komunikace. I když organizace mohou zavést různé nástroje pro zvládnání pracovního stresu a prevenci vyhoření, zásadním prvkem úspěchu je samotná komunikace mezi zaměstnanci a vedením. Pokud zaměstnanci necítí, že mohou bezpečně sdílet své obavy, frustrace a potřeby, jakékoli opatření zůstane pouze formalitou a nebude efektivní. Aby byli zaměstnanci ochotni otevřeně mluvit o svém stresu a vyčerpání, musí cítit psychologické bezpečí. Psychologické bezpečí (z angl. psychological

safety) je termín, kterým se do hloubky zabývá Amy Edmondson. Edmondson vnímá psychologické bezpečí jako klima, kde se lidé cítí komfortně při vyjadřování se, sdílení obav či přiznávání chyb bez strachu z ponížení či postihu (Edmondson, 2019). To mimo jiné znamená, že se za sdílení své zkušenosti s vyhořením nebo jiných duševních obtíží nemusí bát negativních důsledků ve formě snížení důvěry ze strany vedení či kolegů, ztráty zaměstnání apod. To, že psychologické bezpečí i pocit být vyslyšen jsou statisticky významně spojeny s nižší mírou vyhoření se ukazuje i výzkumně (Kerrissey et al., 2022).

2.8.4 Klinický přístup k zotavování

Existují nicméně případy, kdy individuální ani organizační opatření v akutní fázi vyhoření nestačí či selhávají a je třeba vyhledat odbornou pomoc. V těchto situacích je na místě nepodceňovat vážnost stavu a včas vyhledat podporu v rámci dostupného zdravotního systému. Nabízí se formy pomoci jako je:

- krizová intervence (telefonická či fyzicky v krizovém centru),
- psychologická či psychiatrická pomoc,
- stabilizace pomocí medikace (psychofarmaka),
- hospitalizace v krajních případech,
- rehabilitační programy.

Pokud se zaměstnanec nachází ve stavu akutního vyhoření či jiné duševní krize, vyhledání služeb krizové pomoci může být prvním z kroků k zotavení. Telefonické krizové linky nabízí anonymní a okamžitě dostupnou pomoc. V České republice funguje například Linka první psychické pomoci. Výhodou je dostupnost 24 hodin denně, možnost vyhledání telefonické pomoci odkudkoliv a zároveň je vnímanou velkou výhodou právě anonymita (Hoffberg et al., 2020). Alternativou k telefonické krizové intervenci je poté vyhledání služeb krizového centra, která často nabízí odbornou pomoc a stabilizaci bez nutnosti předchozího objednání a ve velkém procentě fungují také 24 hodin. U nás se může jednat například o krizové centrum RIAPS a další pracoviště. Možností může být také kontaktování praktického lékaře, který může nabídnout prvotní zhodnocení stavu, předepsání základní stabilizační medikace a případné doporučení k další odborné pomoci.

Druhou, často vyhledávanou formou pomoci, je poté psychologická či psychiatrická péče. Pokud situace přesahuje možnosti samostatného zvládnutí, je na místě vyhledání profesionální psychiatrické či psychologické pomoci. V mírnějších případech může postačit vyhledání psychoterapeutické péče, která může posloužit k dlouhodobější podpoře při zvládnání

vyhoření, zpracování stresu a hledání cest k zotavení a návratu do pracovního života. V případě závažnějšího vyčerpání a přidružené depresivní či úzkostné symptomatiky může psychiatr doporučit odpovídající léčbu. V akutních případech může být vhodná krátkodobá či střednědobá farmakologická podpora, zejména pokud vyhoření přeroste do hluboké úzkosti, deprese nebo nespavosti. Při závažnějších projevech deprese spojené s vyhořením lze předepsat antidepressiva. Pokud je spojeno vyhoření s úzkostnou symptomatikou, lze zvážit pro dočasné zvládnutí úzkostí předepsání anxiolytik. Pro srovnání spánkového režimu, který bývá s vyhořením často narušen mohou být užitečná hypnotika. Samotná farmakologická léčba však není všespásné řešení a měla by být kombinována s psychoterapeutickou péčí či dalšími formami podpory.

Krajním řešením, od které se snaží obecně upouštět v rámci reformy psychiatrické péče je hospitalizace a celková institucionalizace péče (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, s. 13). Nicméně i přes snahy o síťování pacientů a udržování v komunitní péči jsou případy, kdy může být hospitalizace nevyhnutelná. Pokud je vyhoření extrémní a doprovázené např. sebevražednými myšlenkami nebo úplnou ztrátou funkčnosti, může být hospitalizace nezbytná pro započetí procesu zotavování. Hospitalizace může sloužit k intenzivní stabilizaci pacienta bez tlaku sociálního okolí, ale také ke komplexní diagnostice, nastavení léčby, a to vše za psychoterapeutické podpory, ať už individuální či skupinové. Hospitalizace je často doplněna o edukaci ohledně symptomů vyhoření a dalších duševních obtíží, sdílení mezi pacienty, nácvikem adaptivních strategií zvládnání zátěže, osvojování relaxačních technik či např. technik kognitivně-behaviorální terapie. To vše se záměrem vybavení jedince dovednostmi, které budou působit preventivně proti rozvinutí další epizody vyhoření (tedy relapsu). Zmíněná řešení se ve většině případů týkají akutní fáze vyhoření, a tedy procesu stabilizace a alespoň základního ztlumení nejzávažnějších symptomů vyhoření. Ve střednědobém až dlouhodobém měřítku lze hovořit nejrůznějších formách rehabilitačních programů či návštěvách psychoterapeuta.

2.8.5 Zotavení jako žádoucí výsledek zotavovacího procesu

O tom, co je cílovou stanicí zotavování ze syndromu vyhoření lze diskutovat. V širším slova smyslu lze definovat zotavení jako výsledek zotavovacího procesu, který je charakteristický pro úplné vymizení symptomů, schopnost navrátit se do pracovního či studijního života a bydlet samostatně. S tím je také spojena udržovat přátelské vztahy a zapojovat se do sociálních aktivit. To vše udržované po dobu dvou let (Slade & Longden,

2015). Často bývá zotavení definováno jako návrat do původního stavu. U syndromu vyhoření je nicméně problematické, že návrat do původního stavu nemusí být žádoucí. U mnoha jedinců, kteří prošli syndromem vyhoření, vedla jejich původní pracovní situace a vztah k práci (např. dlouhodobé přetížení, nerealistická očekávání nebo toxické pracovní prostředí) k vyhoření samotnému. Návrat k původním pracovním podmínkám by proto mohl vést k recidivě spíše než k udržitelnému zotavení. Proto by mohlo být užitečnější definovat zotavení z vyhoření nikoliv jako návrat do původního stavu, ale spíše jako přechod k novému, udržitelnějšímu způsobu fungování. Tento přechod může zahrnovat například změnu profesní dráhy, nastavení mysli ohledně práce, zlepšení sebezpečí nebo nastavení hranic mezi pracovním a osobním životem. V tomto smyslu může být měřítkem úspěšného zotavení nikoli návrat k plné pracovní zátěži, ale schopnost pracovat způsobem, který je dlouhodobě udržitelný a nevede k opětovnému vyhoření.

II. Empirická část

Výzkumná část vychází z poznatků popsaných v rámci teoretické části, primárně z druhé kapitoly zaměřené na zotavování. Vzhledem k nedostatku studií v oblasti zotavování z vyhoření byla pro výzkumnou část byla vybrána kvalitativní metodologie, za účelem získat hlubší vhled do problematiky. I přesto, že kombinování kvalitativních metod v rámci jedné práce nebývá standardním postupem, vzhledem k povaze dat a nastaveným výzkumným otázkám byl vybrán tzv. multi-method research design neboli výzkumný design, který kombinuje více typů výzkumných metod. Tento přístup umožňuje triangulaci výsledků, tedy ověření a obohacení zjištění z jedné metody pomocí druhé, a tím poskytuje komplexnější a validnější obraz o zkoumaném jevu.

3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumné části je pomocí tematické analýzy přispět k hlubšímu pochopení individuální zkušenosti zotavení ze syndromu vyhoření a konkrétním zotavovacím aktivitám a zážitkům, psychologickým potřebám a jejich naplňování v procesu zotavení, ale hlavně souvislosti jednotlivých psychologických potřeb s fázemi procesu zotavení. Zároveň jedna část analýzy bude také zaměřena na samotný syndrom vyhoření, jeho příčiny, příznaky a samotnou formu, jakou u daných osob měl.

3.2 Výzkumné otázky

Pro práci byla definována dvě hlavní výzkumná témata, která na sebe plynule navazují, a to syndrom vyhoření a zotavování jako téma druhé. V obou tématech byly stanoveny vždy dvě podotázky. I přesto, že se práce primárně zabývá zotavováním z vyhoření, považuji za stěžejní popsání základních charakteristik samotného vyhoření u respondentů, pro pochopení kontextu a „výchozího“ bodu pro samotných zotavovací proces.

Výzkumné otázky zní:

VO1: Jaká je zkušenost osob se syndromem vyhoření?

- VO1.1: Jaké jsou hlavní vnímané příčiny syndromu vyhoření?
- VO1.2: Jaké příznaky jedinci se zkušeností s vyhořením prožívají?

VO2: Jak se lidé zotavují ze syndromu vyhoření?

- VO2.1: Jaké konkrétní aktivity a prožitky pomáhají jedincům v procesu zotavení ze syndromu vyhoření s ohledem na jednotlivé fáze zotavování?
- VO2.2.: Jaké psychologické potřeby, dle DRAMMA modelu, sytí jednotlivé zotavovací aktivity a prožitky s ohledem na jednotlivé fáze zotavování?

4 Metodika

4.2 Výzkumný soubor

Respondenti*ky byli osloveni na podzim roku 2024. Vzhledem k mému působení na projektu Nevyhasni¹, který se zabývá prevencí syndromu vyhoření a sdružuje tak komunitu osob, které mohou být vhodnými respondenty/respondentkami do výzkumu, byly využity právě jeho sociální sítě a kontakty. Byly tedy vytvořeny informační letáky, které byly vyvěšeny na sociální sítě: Instagram, Facebook a LinkedIn, přičemž respondenti*ky se ozývali přes soukromé zprávy. Inzerát byl také zveřejněn přes můj osobní LinkedIn profil, přes který se také ozvali někteří z respondentů*tek. Podmínkami pro zařazení do výzkumného souboru byla následující kritéria:

- český jazyk jako mateřský jazyk,
- věk 18 let a více,
- zkušenost s klinickým vyhořením z minulosti,
- respondent*ka si neprochází akutní fází vyhoření,
- respondenti*ky byli/y v době svého vyhoření zaměstnaní v komerčním (soukromém) sektoru,
- respondenti*ky² nebyli/y v době vyhoření studenty/studentkami.

Syndrom vyhoření je pro tento výzkum operacionalizován dle MKN-11 jako: „důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut“ (WHO, 2019), přičemž důležitou podmínkou je, že se muselo jednat právě o stres spojený se zaměstnáním, nikoliv jinou životní oblastí.

Výsledný výzkumný soubor je tvořen 10 respondenty, kteří splňují výše zmíněná kritéria. Soubor se skládá ze 6 žen a 4 mužů. Věkově se respondenti pohybují mezi 25 a 52 lety. Průměrný věk respondentů je 36 let. Průměrný věk v době vyhoření byl poté 32 let. Délka zotavovacího procesu byla u respondentů různá od 6 měsíců až po 4 roky, do úplného zotavení. Průměrná délka zotavovacího procesu ze syndromu vyhoření byla u respondentů 1,6 roku. V době vyhoření byly respondenti zaměstnanci buď menších organizací či startupů nebo větších mezinárodních společností. Dva z respondentů byli v době vyhoření podnikateli, dva další poté

¹ www.nevyhasni.cz

² Pro zjednodušení a přehlednost se ve zbytku práce terminologicky pracuje s termínem „respondenti“, ve smyslu všech mužských a ženských respondentů a respondentek výzkumu.

fungovali jako OSVČ, tedy na volné noze. Všichni byli nicméně zaměstnanci v soukromém sektoru v oblasti služeb.

4.3 Metoda sběru dat

Pro sběr dat byly využity hloubkové polostrukturované rozhovory³. Jeden rozhovor trval přibližně 60 minut. První úvodní část se věnovala krátkému shrnutí a představení výzkumu, podmínek a mé role jako výzkumníka. Samotné jádro rozhovoru bylo následně rozděleno na dvě části. První z nich trvala přibližně 15 minut a zaměřila se na zkušenost se syndromem vyhoření, tedy na to, jak syndrom vyhoření, jeho vývoj až do nejakutnější fáze, u dané osoby probíhal. Druhá část jádra rozhovoru, cca 35 až 40 minut, se zaměřila poté na samotné zotavování. Otázky byly směřovány na specifika zotavování, zotavovací aktivity, zážitky a potřeby, ale také zotavovací fáze a další aspekty. Poslední částí byl poté závěr a poděkování.

4.4 Sběr dat

Respondenti byli předem seznámeni s výzkumným záměrem a dalšími informacemi o diplomové práci, včetně zaslání informovaného souhlasu. Před realizováním samotných rozhovorů byli respondenti požádáni o seznámení se se souhlasem a jeho podepsání. Realizační fáze rozhovorů probíhala mezi 1. a 14. lednem 2025. Všechny rozhovory proběhly online přes platformu Google Meet. Z každého rozhovoru byl pořízen zvukový záznam, pro účely následného přepisu do textové podoby. Respondentům byla nabídnuta možnost kontaktovat mě přes emailovou adresu v případě, pokud by si vzpomněli na nějakou skutečnost, která jim nepřišla na mysl v průběhu rozhovoru. Respondenti se zapojili do výzkumu s vědomím toho, že jim za účast nenáleží finanční ani jiná odměna.

4.5 Analýza dat

Pro zpracování dat byl využit Microsoft Excel a pro následnou tvorbu grafického znázornění časové osy (viz obrázek č. 3) byl využit program Canva⁴. Data byla zpracována za pomoci tematické analýzy (dále TA). TA je metoda pro identifikaci, analýzu a interpretaci vzorců či témat v datech. Jejími hlavními výhodami je flexibilita, strukturovanost a možnost využití v různých teoretických rámcích a aplikacích (Braun & Clarke, 2006). V rámci TA se postupuje od deskripce, přes interpretaci až ke vztažení výsledků analýzy k existujícím teoriím

³ Seznam otázek rozhovoru lze nalézt v neveřejných přílohách práce.

⁴ www.canva.com

a poznatkům. Dle metodologie pro tematickou analýzu jsem postupovala v šesti krocích definovaných Braunovou a Clarkovou (Braun & Clarke, 2006). Prvním z nich bylo seznámení se s daty v rámci jejich přepisu a následného opakovaného čtení. Druhým krokem bylo kódování, které mi umožnilo smysluplnou deskripci. Cílem bylo lepší zorientování se v datech a zachycení základních témat. Po provedení kódování jsem se přesunula již na abstraktní úroveň, kde došlo k prvotnímu generování a pojmenovávání obecnějších témat a podtémat. V dalším kroku jsem postoupila k dalšímu vývoji a revizi stávajících témat, která byla buď ponechána, sloučena či opuštěna. V pátém kroku jsem témata následně zpřesňovala, se snahou identifikovat „jádro“ tématu. Posledním krokem bylo poté sepsání výsledků, kde byly představeny ústřední vzorce v datech, kategorie a jádro tématu (Braun & Clarke, 2006).

Díky flexibilitě TA lze přistupovat k analýze dat různými způsoby. Co se týče přístupu k datům v rámci práce, tak u všech podotázek kromě podotázky VO2.2. bylo přistupováno k analýze induktivně, tedy „zdola nahoru“, kdy: „data slouží jako výchozí bod pro identifikaci významu a jejich interpretaci“ (Camic, 2021, s. 17). Kódy a kategorie se tedy rozvíjí přímo z dat. Zároveň u těchto prvních třech podotázek byla analyzována spíše sémantická úroveň, tedy explicitní významy na manifestní rovině. Ukázkou postupu tvorby kódů a kategorií induktivním přístupem předkládám níže v tabulce č. 1.

Tabulka 1

Ukázka postupu tvorby kategorií a kódů (induktivní přístup)

Výpověď respondentky 01	Zotavovací aktivita/zážitek	Kategorie	Kód
No já bych vám tam dala jako klíčový moment. Za tím momentem vyhoření určitě klíčový moment, pomoc – psycholog. Nebát se prostě psycholog, psychiatr a to považuju za takový můj první nádech, první malý krůček. Řekla bych sdílení toho tím, že jsem s nima mluvila o tom, jo to byl, to byl klíčový moment. Potom. No možná ten další klíčový moment, jako bylo určitě to volno, které bylo krátké, ale navedlo mě to jako na...pomaličku mě to navedlo na ten jiný život, že ten život není jenom o práci. Jako chce to volno. Prostě to, kdybych měla fakt někomu doporučit, co dělat, tak odříznout se,	Za tím momentem vyhoření určitě klíčový moment, pomoc – psycholog.	Odborná péče	Psychoterapeutická péče
	... psychiatr a to považuju za takový můj první nádech, první malý krůček.	Odborná péče	Psychiatrická péče
	No možná ten další klíčový moment, jako bylo určitě to volno, které bylo krátké, ale navedlo mě to...	Pracovní	Plné pracovní odpuštění (dovolená či nemocenská)

zmizet a prostě volno...volno vypnout. No a potom ten poslední byla ta výpověď v té práci, ale to je až teďka zpětně březem. Dlouho ještě já jsem se tam ještě dlouho trápila mezitím no.	No a potom ten poslední byla ta výpověď v té práci, ale to je až teďka zpětně březem	Pracovní	Odchod ze zaměstnání
--	--	----------	----------------------

Naopak u poslední podotázky VO2.2. bylo postupováno deduktivně, tedy, data byla vztahována k existujícímu rámci (tedy DRAMMA modelu) a zároveň bylo odkročeno od sémantické roviny na úroveň latentní. Proběhla analýza implicitní, skryté úrovně. Ukázkou deduktivního přístupu k hodnocení psychologických potřeb naplňovaných jednotlivými zotavovacími aktivitami přikládám opět níže, v tabulce č. 2. Ke každé aktivitě či zážitku, v této práci s daty ve formě kódu, byla přiřazena jedna nebo více potřeb, které sytí a zároveň i fáze, ve které se tato potřeba a aktivita vyskytla

Tabulka 2

Ukázka postupu hodnocení psychologických potřeb (deduktivní přístup)

Kategorie zotavovací aktivity/zážitku	Kódy	Psychologická/é potřeba/y	Fáze
Pracovní	Odchod ze zaměstnání	Odpoutání + autonomie	Akutní až střednědobá
Pracovní	Omezení pracovního přetížení	Odpoutání + autonomie	Akutní
Pracovní	Plné odpoutání (dovolená či nemocenská)	Odpoutání + relaxace + autonomie	Akutní
Pracovní	Úprava pracovního režimu	Odpoutání + autonomie	Střednědobá až dlouhodobá
Pracovní	Nové zaměstnání či návrat do původního	Smysl + autonomie	Střednědobá až dlouhodobá

4.6 Etika výzkumu

Syndrom vyhoření sice není psychiatrickou diagnózou, nicméně u některých osob může velmi závažnou formu se silnou depresivní či úzkostnou symptomatikou, která v mnohých případech vede k vyhledání odborné pomoci (ať už telefonicky, ambulantně nebo formou hospitalizace). Zároveň mnohé osoby mohou mít přidružené diagnózy jako je právě deprese, úzkostné poruchy či poruchy spojené se stresem. Vzhledem k tomu se respondenti dají

považovat za zranitelnou skupinu osob. S ohledem na to byla podána žádost ke Komisi pro etiku ve výzkumu Filozofické fakulty, Univerzity Karlovy (viz příloha 2). Tato žádost byla komisí schválena bez výhrad (viz příloha 3).

Jelikož se práce zaměřovala na proces zotavení u osob, které by neměly být aktuálně v akutní fázi vyhoření, nebylo nepředpokládáno, že by rozhovory a otázky, které jsou v něm zahrnuty, měly vyvolat silnější emoční reakce. Pro případ, že by se tak stalo a rozhovor by u některého z respondentů vyvolal silnou emoční reakci, respondenti byli obeznámeni s možnostmi pro vyhledání krizově-intervenční péče. Kontakty na krizovou intervenci byly zprostředkovány prostřednictvím informovaného souhlasu, který odkazoval na:

- Linku první psychické pomoci: 116 123
- Krizové centrum RIAPS: +420 222 586 768
- Ambulanci krizového centra Bohnice: +420 284 016 110

Jak již bylo zmíněno, data byla sbírána po podepsání informovaného souhlasu (viz příloha 1). Všichni respondenti vyslovili svůj souhlas s nahráváním rozhovorů a následným přepisem do textové podoby. Přepis byl proveden mnou bez podpory dalších osob. Samotné nahrávky budou uchovány po dobu 1 roku a následně budou smazány. Data ve formě nahrávek a přepisů jsou uložena ve složce počítače, zabezpečené heslem⁵. Při přesunu z jednoho zařízení je s materiály manipulováno pomocí USB disku pro maximální ochranu.

Získaná přepsaná data byla následně anonymizována, a to pomocí odstranění veškerých identifikátorů, které by pomohly ztotožnit respondenty:

- jméno a příjmení – místo jména a příjmení byl každému respondentovi přiřazen kód (Respondent*ka 01, Respondent*ka 02, ...),
- pozice – konkrétní pozice osoby nebude zmíněna, bude pouze rozlišeno typově o jakou pozici se jedná,
- organizace/zaměstnavatel – místo názvu organizace bude uveden pouze počet zaměstnanců dle velikosti (např. 1-20, 21-50, 51-100...) a také odvětví, ve kterém se organizace pohybuje (služby, výroba apod.).

V rámci rozhovorů se část otázek zaměřuje na získání dat ohledně toho, zda má osoba nějakou psychiatrickou diagnózu (z minulosti nebo i v současnosti). Tento údaj je důležitý pro znalost případných komorbidit syndromu vyhoření. Na to navazují také otázky na případnou

⁵ Anonymizované přepisy rozhovorů jsou součástí neveřejných příloh.

medikaci (z minulosti nebo v současnosti), která může být důležitým faktorem v procesu zotavení. Pro citlivost těchto informací byla při sběru a uložení zaměřena maximální pozornost na ochranu dat. Při anonymizaci byly poté pečlivě zváženy veškeré možné identifikátory pro možné ztotožnění osoby.

Získaná data posloužila primárně mě, jako autorce diplomové práce při analýzách a sestavování výstupů, za podpory vedoucí diplomové práce Mgr. Ivany Šípové, Ph.D. Všechny zmíněné osoby jsou vázány mlčenlivostí. Celkový účel práce je primárně výzkumný, s možností dále s daty pracovat při zodpovídání dalších výzkumných otázek, krom těch, které byly definovány pro tuto práci.

5 Výsledky

V této kapitole budou shrnuty výsledky TA, která posloužila pro zpracování dat z rozhovorů. V první podkapitole budou shrnuty výsledky spojené s první výzkumnou otázkou, tedy: Jaká je zkušenost osob se syndromem vyhoření? Druhá podkapitola poté přiblíží výzkumná zjištění ve spojitosti s druhou výzkumnou otázkou: Jak se lidé zotavují ze syndromu vyhoření?

5.2 Výzkumná otázka č. 1: Jaká je zkušenost osob se syndromem vyhoření?

V rámci první výzkumné otázky byly stanoveny dvě základní podotázky, které budou podloženy výsledky analýzy v následujících dvou podkapitolách.

5.2.1 Příčiny syndromu vyhoření

První podotázka zní: Jaké jsou hlavní vnímané příčiny syndromu vyhoření? V rámci analýzy bylo detekováno 5 hlavních kategorií (viz tabulka č. 3).

Tabulka 3

Kategorie příčin vyhoření, kódy a ukázky z rozhovorů

Kategorie	Kódy	Ukázky z rozhovorů
Organizační	Pracovní zátěž a tempo	"Finální hřebíčky byly určitě pracovní tempo... Konkrétně pracovní tempo u mě znamená 7 dní v týdnu, 12ky až 13ky.", " Spousta přesčasů, vyčerpání, taková ta frustrace, která se projevovala jako různě..."
	Firemní prostředí a komunikace	"...to bylo tak jako strašně toxický pracovní prostředí, že jsem, jako si myslela, že se mi to fakt už celý jenom zdá.", " ...byly tam hrozný zmatky v komunikaci."
	Interpersonální vztahy na pracovišti	"...nám se vlastně měnilo vedení toho projektu, kdy přišel člověk prostě takovej hodně...všechno viděl černobíle, hodně cílil prostě na výkon a hrozně se nás jako testoval. Zároveň to bylo takové jako manipulátorský člověk, se kterým se mi nedělalo dobře.", "...Už toho bylo moc spoustu věcí jsem si nevěděla rady nemě neměla jsem žádnýho mentora nebo někoho, s kým bych to jako mohla konzultovat..."
	Finanční ohodnocení	"...No asi jako na jednu stranu to, že ta práce co dělám tak ona není asi úplně dobrá, co se týče finanční stránky, takže já potom mám tendenci si nabírat další a další projekty."
	Nejistota a časté změny	".... protože tam bylo strašně moc jako těch věcí jako nejasných a trošku se v tom plavalo.", "...bylo to náročné ta práce a bylo to náročné i v tom, že já jsem neměla jako jasně definovaný zodpovědnosti."

Kategorie	Kódy	Ukázky z rozhovorů
Intrapsychická	Nároky na vlastní osobu	"...já jsem si vybuodovala trošku takový ten pocit, že jako musím být jako perfektní.", "...že jako musím ještě víc jako zabrat, abych mu dokázala, že něco umím."
	Naplňování sebehodnoty skrze práci a silná pracovní identita	"Když jsem tohle tempo jel, že jako stojím za něco...", "Chtěl jsem být ten, kdo se všechno naučí a kdo jako ukáže všem, že na to má."
	Nedostatečný work-life balance	"A zároveň jsem nějak jako neměl žádnou duševní hygienu žádnou.", "No já si myslím, že jsem měla jakoby velmi nevybalancovaný život."
	Odmítání či slepota vůči řešení	"Měla jsem v tu chvíli dojem, že jako prostě takový to jako že nic nedává smysl, že to prostě musím jenom vydržet...", "...a furt jsem si říkala, že ještě jako chvílku vydržím a už to nemůže být horší."
	Přesvědčení o imunitě vůči vyhoření	"Jsem si řekl, tak to nejsem já. Já nejsem žádný zdravotník a ani není mi 50.", "...protože jsem si myslela, že člověk vyhoří z toho, když dělá jako nějakou práci, která ho nebaví nenaplňuje a tak."
Interpersonální	Sociální izolace	"...už tu dobu moc neměl, že bych jako s někým byl nějak intenzivněji v kontaktu.", "...že jsem byla odříznutá od všeho nicméně mohla do kanceláře potom mezi lidi."
	Nepochopení okolí	"...místo toho, aby to jako podržela, tak dost psychicky, ještě to jako srážela níž.", "Moje maminka hodně na mě tlačila, tak mě jako vydírala psychicky."
Volnočasové faktory a životní styl	Nedostatečný odpočinek	"... jakoby neměla třeba potřebu odpočívat.", " Já jsem měl dost problémy se spaním. Víím, že teda jsem se budil třeba po 2-3 hodinách."
	Zanedbávání/absence koníčků	"...tak jsem ani neměla žádný moc koníčky.", "Ty koníčky, který mě naplňovaly na ty jsem neměl čas, no jako kytara, ten zpěv."
	Nezdravý životní styl	"Životní styl toho toho, že prostě se to jako - kafe kouření.", „Jo, necvičil jsem atd. Nepil jsem vodu.“
Externí životní události	Krize vztahů	".....ale tak já jsem prostě podala žádost o rozvod.", "...ve stejný době jsem se i rozcházela se svým tehdejším přítelem, což taky možná mohlo hrát roli."
	Globální krize	"...A taky covid jako to je externí, prostě jakoby vstupný jako proměnná.", "...a pak pak to vlastně všechno skončilo s tím začátkem toho covidu."
	Rodinné události	"To znamená v době covidu jsme teď už s bývalou manželkou čekali dítě...", "...a do toho prostě ještě jako můj táta měl nějak jako zdravotní potíže."
	Finanční a ekonomické potíže	"...takže jsem si musela vzít další hypotéku."

První kategorií je oblast organizační, kde všemi rozhovory prostupovalo téma pracovního nasazení, tempa a celkové pracovní zátěže. A to jak časovou náročností, tak mírou zodpovědnosti, která byla v mnohých případech na účastníky kladena. Dlouhodobě bylo pracovní přetížení a tempo vnímáno jako jeden z hlavních zdrojů vyhoření. V mnohých případech bylo pracovní přetížení doplněné o nedostatečnou komunikaci toho, že respondent nestíhá a cítí se být přehlčen. Jako výrazné téma vystupovalo také prostředí v organizaci, které bylo často až toxického rázu či například nefunkční interpersonální vztahy na pracovišti, ať už ve smyslu jednání s prvky šikany či nedostatku podpory zaměstnance. Jako výrazná zátěž byl vícero respondenty pojmenován finanční tlak, vytvářen nepoměrně nízkým finančním ohodnocením vůči množství práce nebo neustálé organizační změny a nejistota.

V návaznosti na téma pracovního přetížení lze plynule přejít do kategorie příčin volnočasových ve spojení se životním stylem. V důsledku pracovních povinností a jejich množství všichni respondenti zmiňovali nedostatečný odpočinek a spánek, který často byl pro ně fyzicky nemožný nebo mu nepřikládali důležitost. Zároveň také respondenti uváděli omezení koníčků na minimum či jejich úplnou absenci, tzn. že se věnovali pouze pracovním záležitostem. Tento režim byl často navíc doplněn o nezdravý životní styl, tedy užívání návykových látek, nevhodné stravování či zmíněný nedostatek spánku.

Jako další kategorie příčin byla definována oblast intrapsychická, tedy týkající se vnitřních procesů jedince, ať už na úrovni osobnostních tendencí, přesvědčení či sebehodnoty. Respondenty spojovalo přesvědčení o to, že se jich vyhoření nemůže dotknout, tedy jakási vnímaná falešná imunita. Zároveň se opakovalo téma bezvýchodnosti, popírání či slepoty vůči řešení stavu před vyhořením. Respondenti často vnímali svou situaci jako dočasnou, kterou zkrátka „pouze musí vydržet“. V návaznosti na pracovní tlak a přetížení je nutné zmínit, že právě nátlak na sebe byl dalším z faktorů podporujících přetížení jedinců. Opakujícím se motivem bylo také využívání práce pro naplnění vlastní hodnoty skrze pracovní činnosti a příležitosti a silná pracovní identita. Právě u těchto osob, které naplňovaly svou sebehodnotu skrze profesní identitu bylo následné vyhoření o to závažnější, s pocity ztráty identity a trvalo delší dobu.

Nelze opomenout také oblast sociální, která u některých z respondentů hrála klíčovou roli a to, jednak ve smyslu sociální izolace vzniklé v důsledku množství pracovních povinností či vzniklé z důvodu příchodu pandemie covid-19. Respondenti ale také zmiňovali jako silný faktor nepochopení od okolí či nedostatečnou podporu. Ve spojitosti s oblastí sociálních příčin a globálních příčin lze navázat oblastí externích nepříznivých životních faktorů, které hrály roli téměř u poloviny respondentů. Jednalo se například o rozchody či rozvody s partnery, změnu

životní situace, nemoc v rodině apod. Tyto nároky nelze označit jako přímou příčinu vyhoření, pro jejich nepracovní povahu, nicméně hrají důležitou roli v příbězích respondentů pro jejich velký zásah a vliv na každodenní fungování.

5.2.2 Příznaky syndromu vyhoření

Druhou podotázkou pro tuto část analýzy bylo: Jaké příznaky jedinci se zkušeností s vyhořením prožívají? V rámci analýzy bylo detekováno opět 5 hlavních kategorií příznaků (viz tabulka č. 4).

Tabulka 4

Kategorie příznaků vyhoření, kódy a ukázky z rozhovorů

Kategorie	Kódy	Ukázky z rozhovorů
Fyzické	Nevolnosti	"Potom to začalo být jako hodně i jako fyzický, že vždycky, když jsem šla do práce, tak mi bylo špatně.", "...tak mě se chtělo blejt jako opravdu,"
	Bolesti	"...strašně mě bolela hlava...", "potom jako ty třeba jako bolesti břicha nebo nevolnosti, bolest hlavy."
	Insomnie	"Já jsem věděla, že jako potřebuji jít spát, ale mě to prostě nešlo usnout a já jsem reálně prostě spala tak jako třeba 2-3 hod'ky denně"
	Plačtivost	"Dost často jsem klidně jako brečela každý den, kvůli tomu.", "...já jsem brečela na záchodě, jestli jsem na to nemohla ani podívat na tu, na tu firmu, na ty úkoly."
	Vyčerpání, únava a slabost	"Já jsem byla vyčerpaná, jsem byla unavená.", "A taková ta jako slabost jakože jak máš takový ten pocit, jak kdyby na tebe lezla nějaká chřipka."
	Závažné vyčerpání organismu	"No to jsem měl zástavu srdce.", "Ten poslední bod byl v momentě, kdy jsem se probudil a byl jsem úplně jako paralyzsed."
	Další fyzické příznaky	"Do toho prostě mi začli jako hodně padat vlasy.", "...mě se fakt jako reálně prostě hrozně třeba klepaly ruce..."
Intrapsychické	Úzkostně-depresivní symptomatika	"Jako bylo toho jako pocit'ovala jsem jednoznačnou úzkost z toho jako pocitu, že mám pracovat.", "No v těch v těch začátcích to bylo, to bylo víc takový jako depresivní."
	Emoční dopady	"...prostě jako zpruděná, že jsem měla tendence jako vybuchávat a být taková jako příliš jako emoční.", "byly jako určité, prostě jako nervový výlevy v práci..."
	Kognitivní dopady	"...že už jsem přestala mít takový ty...řešící vlastně nápady jo...", "...rozhodně, nesoustředěnost."

Kategorie	Kódy	Ukázky z rozhovorů
Intrapsychické	Amence	"...mě začaly ty momenty té zmatenosti...", "...vůbec nevím, jak se co se děje. Že jsem jako zmatený."
	Sebevražedné myšlenky	"Tak tam byla jedna nejkritičtější fáze, kde se můžeme bavit i o nějakých sebevražedných jakoby myšlenkách.", "Jako byly tam i jako sebevražedné myšlenky."
	Vyčerpání a omezení fungování	"Odcházela jsem na konci srpna absolutně jakoby demotivovaná, vyždímaná...", "...došla domů a vlastně jsem se sesypala jako úplně."
Sociální	Sociální stažení se	"Absolutně jsem se jako izolovala...", "A měl kolem toho celou komunitu lidí, tak já jsem najednou se ani s nimi nechtěl vidět..."
	Starost okolí	"... a tenkrát mamka vlastně řekla, ať okamžitě prostě dojedu na Moravu.", "...už to bylo jako blbý, nedalo se to v uvozovkách maskovat, oni to tam nějak jako věděli..."
Pracovní	Narušený pracovní výkon	"...tam prostě jako agendu, kterou prostě zvládnul za já nevím za...za tejdén, tak já dělal třeba 3 měsíce.", "...ale měla jsem fakt jednou, kdy já jsem nebyla pak už schopná dělat nic,"
	Pracovní neschopnost	"Takže tak v půlce toho července jsem vlastně zavolala šéfovi, že bych potřebovala nemocenskou.", "Takže já jsem potřebovala ono to v reálu bylo asi třeba 3 týdny nedělat vůbec nic."
Životní styl	Nadužívání návykových látek	"A myslím si teda i zpětně, že tam hrál dost roli alkohol...", "...určitě nejezení, pití alkoholu, furt je nějaký kalby..."
	Stravovací návyky	"Tak teď určitě tam bylo jídlo a ztráta jako váhy...", "...měl jsem nadváhu..."

Podotázka zaměřená na příznaky vyhoření si klade za cíl udělat si lepší obrázek o formě a závažnosti vyhoření u jednotlivých respondentů. Analýza ukázala, že se jednalo u většiny respondentů o kombinaci fyzických a psychických symptomů, a další varovných signálů, naznačujících syndrom vyhoření. Všichni, krom jedné respondentky, vykazovali alespoň jeden a více fyzický symptom vyhoření od bolestí, zvýšené plačtivosti či insomnie. Častým symptomem bylo nejen vyčerpání a únava, ale hlavně nevolnosti spojené s představou výkonu práce či reálným výkonem práce, na které poukazovala více než polovina respondentů. U pár respondentů také došlo závažnému vyčerpání organismu, které se projevilo různými způsoby od infarktu myokardu, přes dramaticky zvýšený kortizol po stavy fyzické paralýzy.

Většina respondentů poukazovala také na psychické vyhoření, tedy zasažení intrapsychické úrovně jejich fungování. Nejčastěji referovali na celé spektrum úzkostně-depresivní symptomatiky spojené s prací a její představou, v často až paralyzující intenzitě, která jim znemožňovala výkon práce. Dopad také zaznamenávali, jak v emoční oblasti, kde respondenti popisovali sníženou schopnost regulace emocí či na druhou stranu úplnou emoční

disociaci, tak v oblasti kognitivní, například v souvislosti s neschopností se soustředit, vyšší chybovostí či oslabením rozhodovacích schopností. To úzce souvisí s pracovní oblastí, kde bylo buď odkazováno na snížený či zhoršený výkon nebo na úplnou pracovní neschopnost. Někteří z respondentů také odkazovali na momenty zmatenosti neboli amence v nejakutnějších fázích vyhoření. V neposlední řadě nelze vynechat informaci o tom, že čtyři z respondentů se také potýkali se sebevražednými myšlenkami, bez následného sebevražedného pokusu. To poukazuje na závažnost jejich stavu.

Další oblastí je kategorie příznaků na sociální, interpersonální úrovni, kde lze popsat dva základní fenomény v rámci rozvoje vyhoření. Jedním z nich je sociální izolace, stažení se ze sociální kontaktů. Na druhé straně poté stojí starost okolí, kterou nelze popsat jako „symptom“, nicméně se vyskytovala u několika z respondentů. Právě blízké osoby v jejich okolí si všimly, že se daná osoba řítí do problému a snažily se nabídnout podporu.

Poslední kategorií je oblast životního stylu, do kterého se u některých respondentů rozvinuté vyhoření také propsalo, a to buď v oblasti užívání návykových látek, tedy konzumace alkoholických látek nebo v oblasti stravovacích návyků, které následně vedly k úbytku či přírůstku váhy.

5.3 Výzkumná otázka č. 2: Jak se lidé zotavují ze syndromu vyhoření?

Druhá výzkumná otázka jde již více po samotné podstatě zotavování, které je hlavním tématem této práce. V rámci tématu toho, jak se lidé zotavují ze syndromu vyhoření budou popsány výsledky analýzy zúžené na základní 2 podotázky:

- VO2.1: Jaké konkrétní aktivity a prožitky pomáhají jedincům v procesu zotavení ze syndromu vyhoření s ohledem na jednotlivé fáze zotavování?
- VO2.2.: Jaké psychologické potřeby, dle DRAMMA modelu, sytí jednotlivé zotavovací aktivity a prožitky s ohledem na jednotlivé fáze zotavování?

5.3.1 Zotavovací aktivity a prožitky, které pomáhají jedincům v procesu zotavení v jednotlivých fázích

První podotázka si klade za cíl popsat jednotlivé aktivity a prožitky, které jednotlivcům pomáhají v procesu zotavování. Pro účely analýzy je zotavovací aktivity chápány jako činnosti, které pomáhají jednotlivcům odpojit se od pracovních stresorů a obnovit ztracenou energii (Sonnentag et al., 2022). Zotavovací zážitky se naopak více zaměřují na to, jak se lidé během tohoto času cítí a jak své volno prožívají. Analýza vycházela z původních cca 273 citací

odkazujících k nejrůznějším typům aktivit či zážitků, přičemž 66 z nich lze označit v procesu zotavení za klíčové. To znamená, že:

- je respondent sám označil za „klíčové“ v procesu zotavování nebo,
- byla daná aktivita či zážitek v respondentově výpovědi opakovaně zmiňována (lze doložit citacemi jako je: „bez toho bych to asi nezvládl/a“, „to pro mě fakt bylo strašně důležité“).

V obou výzkumných podotázkách cílených na zotavování z vyhoření se pracuje s konceptem fází. Pro účely analýzy jsou fáze chápány následujícím způsobem:

- **Akutní či krátkodobá fáze:** období cca jednoho týdne až jednoho měsíce, od momentu, který respondent považuje za počátek zotavovacího procesu. V rozhovorech akutní fázi zotavování popisovali respondenti jako odpověď na otázku navazující hned na část o vyhoření: „*Jak byste popsali/a proces vašeho zotavování ze syndromu vyhoření?*“.
- **Střednědobá fáze:** období od cca jednoho měsíce do 6. až 12. měsíce. Jelikož se jedná období nasedající na akutní fázi, v rozhovorech otázky na tuto fázi byly formulovány jako: „*Jak to vypadalo dál? (po akutní fázi)*“, „*Jak jste to měl/a s prací/volným časem/sociálními vazbami...?*“
- **Dlouhodobá fáze:** cca od 12 měsíců dodnes. Otázky z rozhovoru: „*Jak to máte dnes?*“, „*Co Vám pomáhá předcházet opakování vyhoření?*“, „*Jsou nějaké změny, které jste zavedl/a, aby se u Vás vyhoření neopakovalo?*“.

V rámci analýzy bylo popsáno 8 základních kategorií zotavovacích aktivit či zážitků, přičemž některé se specificky vyskytují spíše v konkrétních fázích zotavování, zatímco jiné se prolínají vícero fázemi (viz tabulka č. 5). Nejvíce zotavovacích aktivit a zážitků, tedy cca 120 ze zmíněných 273 citací, bylo respondenty popsáno pro akutní fázi.

Tabulka 5

Kategorie zotavovacích aktivit a zážitků, kódy, fáze a ukázky z rozhovorů

Kategorie zotavovací aktivity/zážitku	Kód	Fáze výskytu	Ukázky z rozhovoru
Pracovní	Plné odpoutání (dovolená či nemocenská)	Akutní	"No já jsem si vzala 4 týdny dovolenou, vypla počítač, vypnula jsem telefon a já jsem byla doma na zahradě.", "Akorát jako nastavit si odpověď nepřítomnosti, zavolat do práce, že jsem nemocný."

Kategorie zotavovací aktivity/zážitku	Kód	Fáze výskytu	Ukázky z rozhovoru
	Omezení pracovního přetížení	Akutní	"No, začala jsem míň a míň pracovat a víc odpočívat.", "Takže ta cesta z toho postupně začala tím, že jsem si teda brutálně snížil workload."
	Odchod ze zaměstnání	Akutní až střednědobá	"Hlavně já už jsem cejtila nějakou změnu v momentě, co jsem řekla, že skončím...že najednou jsem tam cítila takovou tu úlevu.", "...a vlastně do divadla jsem se už nikdy nevrátil."
	Úprava pracovního režimu	Středně až dlouhodobá	"A prostě jsem pracoval třeba v nějakých kavárnách...", "...tak já jsem mohla být jako úplně virtuální..."
	Nové zaměstnání či návrat do původního	Středně až dlouhodobá	"...mi vlastně brácha domluvil, že bych šla dělat vlastně na ten bar...", "...a šla jsem na volnou nohu a tehdy vlastně postupně jsem začala jako pracovat míň."
Intrapsychické	Sebereflexe a uvědomění	Akutní	"...že jsem si uvědomila, že to prostě není to, co jako bych dělala sama pro sebe.", "No a pak právě tady mám ten turning point, tak to bylo v první řadě to uvědomění, že jako s tím sama nehnu..."
	Zpomalení a všímavost	Akutní	"A snažila jsem se třeba soustředit víc na to, co dělám. Že třeba krájím rajčata ...", "ta přítomnost...ty činnosti, úplně takové ty jednoduché, třeba psaní."
	Pojmenování vyhoření	Akutní	"...že mi tam dost jako pomohlo i právě to pojmenování, že to, co prožívám, je vyhoření a ne to, že mi je jako smutno.", "...že jsem pochopil, co mi je, že jsem se to přiznal prostě..."
	Stabilizace, hledání jistoty a řádu	Akutní	"...vrátit se jako někam, kde je jako bezpečno.", "...ale že mám prostě nějakou jako strukturu, takže tady těch jako pár věcí bych řekla, že to byly ty jako klíčové."
	Hledání identity a smyslu	Střednědobá	"...v podstatě nějaká jako práce na něčem, co dává smysl.", "ak samozřejmě se mi jako otevírala nějaká nová cesta, na kterou já už jsem se jako mindsetově jako ladil.."
	Nastavování hranic	Dlouhodobá	"...jsem se naučila postupně po střípkách si skládat ty hranice.", "...snažím se držet si odstup od všeho."
	Sebepoznání a vztah k sobě	Dlouhodobá	"...jsem vlastně za to jako vděčná, protože to byl jako velký restart mého života.", "...jsem konečně si vybudovala vztah jako sama se sebou mám pocit."
Odborná péče	Psychoterapeutická péče	Všechny fáze	"...pomezí prostě jako leden-únor, kdy jsem teda poprvé měla nějakou tu terapii online...", "Tak k té jsem potom chodila, měli jsme online sezení..."

Kategorie zotavovací aktivity/zážitku	Kód	Fáze výskytu	Ukázky z rozhovoru
	Psychiatrická péče	Akutní až dlouhodobá	"V roce 2021 i přechod na psychiatrii...", "Když to vezmu od toho stacionáře, kdy jsem tam teda nastoupila v tom srpnu."
	Psychofarmaka	Akutní	"...mi doporučili jako ty antidepresiva ty 4. generace, že to není jako nic, co by mi mělo ublížit.", "A to mě právě na to konto nasadili antidepresiva, ..."
	Krizová intervence	Akutní	"A on byl ochotný jako mi dát nějakou jako intervenci pro tu danou situaci...", "...nejdřív to byla jako spirála, to znamená návštěva krizového centra."
	Další odborná péče (praktický lékař, nutriční specialista, ...)	Akutní	"...jsem si zašla jako nutriční specialiste...", "Ale tak nějak, když mi bylo ouvej, tak jsem zašla k té doktorce."
Alternativní přístupy	Léčitelé, konstelace, regresní terapie	Akutní až dlouhodobá	"...ono to není úplně jako léčitel, ale vlastně on promačkáváním a postupným tlačáním na určité body.", "...to, že jsem si prošel tou možností být v tý regresi, což mělo úplně jako drtivý...jako nechci říct následky."
Volnočasové	Sportovní aktivity	Akutní až dlouhodobá	" Měla jsem tam jako cvičení, ale doma...", "Já jsem...chodil jsem občas se proběhnout v Berlíně."
	Pohyb v přírodě, procházky, výlety	Akutní až střednědobá	"Já jsem se snažila jako vyhledávat přírodu, být často venku na slunci.", "Chodila jsem na výlety."
	Pasivní regenerace (nicnedělání či kognitivně nenáročné aktivity)	Akutní	"...já jsem hlavně ležel jsem. Koukal jsem do zdi, to bylo nejlepší, příjemnější aktivita.", "...já jsem potřebovala ono to v reálu bylo asi třeba 3 týdny nedělat vůbec nic."
	Koničky	Střednědobá	"Což, což je ta práce na zahradě.", "Takže to bylo, že pár měsíců potom jsem začal nějak víc koničkovat."
	Kreativní činnosti	Střednědobá	"Pak od toho začátku roku, to bylo hodně to malování a tvoření.", "Třeba to tvoření, ergoterapie."
	Relaxační aktivity	Dlouhodobá	"Chodím do sauny.", "Jednou tejdne minimálně nějakéj bazén nebo sauny, nebo nějaký takovýhle věci..."
Sociální	Sociální distanc	Akutní	„Některé asi se vztahy omezila...“, „...mně bylo líp samotné, jestli sebou já s tím nemám problém být sama se sebou“
	Podpora, sdílení a budování vztahů	Akutní až dlouhodobá	„tyhle ty 2 lidi mi pomohli jako s nějakýma úplně prvníma krokama“, „...že vykvetly moje jako rodinný vztahy nebo s rodičema.“
Regenerace a práce s energií	Odpocinek a spánek	Akutní až dlouhodobá	"Ze začátku si myslím, že jsem jako hodně spal třeba ten ten první měsíc. Byl byl hodně odpočinkový.", "Taky jsem hodně odpočívala, jakko ve chvíli, kdy už to pak šlo..."

Kategorie zotavovací aktivity/zážitku	Kód	Fáze výskytu	Ukázky z rozhovoru
	Práce s energií	Dlouhodobá	"...myslet prostě na dobíjení sama sebe.", "...todle managování sám sebe, ať už právě z té jako energetický části."
Techniky zvládání zátěže	Relaxační techniky	Akutní až střednědobá	"Pak většinou bylo právě nějaké to dechové cvičení nebo imaginace nebo něco takového.", "...to stopování myšlenek jako třeba vyjmenovávat předměty, které vidím."
Environmentální	Změna prostředí	Akutní až dlouhodobá	"... jsem se do služebního auta sbalila nejdůležitější věci a vydala jsem se na cestu jako autem ze Španělska do Čech.", "...ale někde už to rozhodnutí se vrátit jako na Moravu bylo."
	Změna životní situace	Dlouhodobá	"A taky jsem zjistil, že bylo dobré se rozvést...", "Přišlo mi, že pak jsem jako skončil v práci a snažil jsem se připravit na to, že začnou studovat v Praze na VŠE."

Hned několik z 8 zmíněných kategorií kopíruje kategorie popsané v kapitole o příčinách vyhoření (např. kategorie organizační/pracovní, volnočasová či intrapsychická). Z toho lze usuzovat, že právě to, co bylo u respondentů příčinou vyhoření lze následně transformovat později do zotavovací příležitosti. Jinak řečeno, že aktivity a skutečnosti, které je do vyhoření dostaly, tak jim z nich i mohou pomoci, pokud změní svůj přístup k nim.

První z oblastí, která se jednoznačně opakovala ve výpovědích všech respondentů byla oblast pracovní už akutní fázi docházelo k rapidním změnám. Právě změny po pracovní rovině se ukázaly jako důležitá součást zotavovacího procesu. Hned několik z respondentů se v raných fázích zotavování rozhodlo pro několikátýdenní dovolenou, pobírali nemocenskou. Právě to jim pomohlo se plně odpoutat do pracovních povinností. Ti, kteří se nepřiklonili k plnému odpoutání od práce, často z důvodu omezené možnosti delšího volna vzhledem k jejich pozici, minimálně u nich došlo k výraznějšímu snížení pracovního přetížení (např. puštěním některých projektů, delegování práce apod.). Polovina z respondentů v akutní fázi či později zvolila variantu úplného odchodu ze zaměstnání, jelikož již neviděli variantu, jak by se mohli opět vrátit k nějakému vyhovujícímu způsobu práce u stávajícího zaměstnavatele. Ve střednědobém horizontu se respondenti typicky zaměřovali na úpravy pracovního režimu, jako je úprava pracovní doby a tempa či změna pracovního prostředí. U respondentů, kteří pobírali delší volno či odešli ze zaměstnání byl důležitým momentem návrat do práce. U těch, kteří se vrátili ke svému původnímu zaměstnavateli byla často tématem úprava pracovního režimu

a přizpůsobení potřebám respondenta, zatímco u těch, kteří nastoupili do nového zaměstnání, častým tématem bylo nalezení nového smyslu a radosti z práce.

Druhou robustnější kategorií je poté oblast intrapsychická, tedy nikoliv zaměřena na zotavovací aktivity, ale spíše na prožitky a klíčové aha-momenty. Akutní fáze byla u většiny respondentů spojena s řadou uvědomění a reflektování vlastní aktuální situace i příčin jejich vyhoření. Na tato uvědomění následně nasedaly právě zotavovací aktivity jako akční kroky vedoucí k efektivnímu zotavení. Po měsících až letech extrémního pracovního tempa, bylo v akutní fázi pro respondenty neméně důležité obecné zpomalení a učení se větší všímavosti vůči přítomnému okamžiku, ale také základní stabilizace a hledání základní jistoty a řádu, který často zmizel s odchodem či pauzou od zaměstnání. Často citovaným momentem bylo také pojmenování vyhoření, které respondenti popisovali jako klíčový moment po porozumění jejich potížím. Tento moment jim pomohl se posunout dále či nastartovat zotavování. K tomuto pojmenování jim nejčastěji pomohl odborník. Ve střednědobém horizontu uváděli respondenti jako důležité hledání identity a smyslu v různých aktivitách – typicky se jednalo respondenty, kteří v rámci příčin svého vyhoření zmiňovali naplňování sebehodnoty skrze práci a silnou pracovní identitu, kterou jako kdyby „ztratili“ při vyhoření. Dlouhodobě bylo pro respondenty důležité téma nastavování hranic, a to jak pracovních, tak nepracovních, které jde ruku v ruce s úpravou pracovního režimu. V neposlední řadě respondenti také zmiňovali budování vztahu k sobě samým a sebepoznání jako pozitivní výsledek nejen vyhoření, ale také celého zotavovacího procesu v rámci, kterého měli příležitost poznat své limity.

Neopomenutelnou, ne-li jednou z nejdůležitějších oblastí, je odborná péče a pomoc, bez které se neobešel žádný z respondentů. Mezi zmiňovanými typy pomoci se objevila nejen individuální psychoterapie, psychiatrická péče (soukromá či hospitalizace) spojená s předepsáním psychofarmak, vyhledání krizově-intervenčních služeb či dalších odborníků (např. praktický lékař či nutriční specialista). Všichni respondenti uvedli, že vyhledali psychoterapeutickou péči – většina z nich již v akutní fázi, přičemž asi polovina z nich docházela či dochází na terapii i nadále po zastabilizování. Čtyři z respondentů také vyhledali péči psychiatra a byla jim předepsána medikace pro zmírnění rozvinuté úzkostně-depresivní symptomatiky. Speciální kategorií, která byla vyčleněna z kategorie odborné péče jsou alternativní přístupy k léčení. K vyhledání alternativní léčby se uchýlili čtyři z respondentů, přičemž vyhledávali různé typy péče od tzv. regresní terapie, rodinných konstalací, kineziologie až po různé jiné léčitele.

Pátou oblastí je kategorie volnočasová, která byla u respondentů bohatá svou rozmanitostí. Právě na volnočasové aktivity měli respondenti více prostoru z důvodu eliminace pracovních povinností. Téměř všichni respondenti vnímali věnování se volnočasovým aktivitám jako „návrat“ ke sportu, koníčkům apod., protože v procesu rozvoje vyhoření měli svého volného času minimum. Společným jmenovatelem u všech respondentů byly jednoznačně sportovní aktivity jako je běh, cvičení, jóga, surf nebo jízda na kole, které se vyskytovaly u respondentů v různých fázích v různé intenzitě. Vedle sportu považovali respondenti za důležitý pro zotavování pobyt v přírodě, procházky a výlety, stejně tak jako koníčky (např. práce na zahradě, ...) či různé kreativní činnosti. Primárně v akutní fázi sedm z respondentů uvedlo jako klíčový zotavovací zážitek možnost „nic nedělat“ či se věnovat kognitivně nenáročným aktivitám (např. koukání na seriály, hraní, ...). Dlouhodobě uváděli respondenti, že do svého života zařadili aktivity, které hodnotí jako relaxační a dovolují jim odpočinout si od všech povinností. Na to úzce nasedá téma regenerace a práce s energií. Právě regenerace a načerpání sil jak fyzických, tak psychických bylo ústředním tématem akutní fáze většiny respondentů. Dlouhodobě se respondenti věnují efektivní práci s energií, tedy na základě intrapsychieho procesu sebepoznání se učí detekovat momenty, kdy energii potřebují dobít a učiní k tomu potřebné kroky.

Velkou kategorií, které je nutno zmínit je oblast sociální, a to ve dvou svých rovinách. První z nich je, že většina respondentů popisovala podporu svého okolí jako stěžejní, a to jak podporu přátel, rodiny i kolegů. Mezi zotavovacími aktivitami se napříč fázemi řadilo společné trávení času, budování vazeb, ale také sdílení informací o vlastním stavu. Druhou rovinou je poté udržování si sociálního odstupu, a to primárně v akutní fázích, kdy respondenti vypovídali, že potřebovali čas pro sebe a odpoutání se od sociálních vazeb na nějaký čas.

Jako samostatná kategorie byly vyčleněny techniky zvládnání zátěže (např. dechová cvičení, autogenní trénink, journaling, ...), které zkoušela či praktikovala polovina respondentů. Většina z nich byla inspirována pro jejich vyzkoušení od svých psychoterapeutů či psychiatrů.

Poslední kategorií detekovanou v tématu zotavovacích aktivit a zážitků jsou environmentální změny, jinými slovy jak změny místa pro život či práci, tak změny životní situace celkově, které byly silným podpůrným faktorem v zotavování. Zatímco změny prostředí (např. cestování, několikaměsíční pobyt v cizině, přestěhování se) respondenti zmiňovali napříč všemi fázemi. Změny v životní situaci (např. rozhodnutí se pro rozvod či rozchod či covid-19) byly naopak specifické pro pozdější fáze zotavování.

5.3.2 Psychologické potřeby dle DRAMMA modelu naplňované konkrétními zotavovacími prožitky a aktivitami v jednotlivých fázích

Poslední podotázkou analýzy bylo: Jaké psychologické potřeby, dle DRAMMA modelu, sytí jednotlivé zotavovací aktivity a prožitky s ohledem na jednotlivé fáze zotavování? Jak již bylo zmíněno, v této části bylo postupováno deduktivně, tedy jednotlivé kódy byly hodnoceny v kontextu DRAMMA modelu. V rámci analýzy bylo pracováno s operacionalizací potřeb tak, jak byly popsány v teoretické části (viz str. 44-47).

Rozpad toho, jakými konkrétními způsoby byly potřeby naplňovány napříč fázemi nabízí tabulka č. 6. Vychází z první části analýzy této práce. Potřeby autonomie, odpoutání relaxace a afiliace se vyskytovaly napříč všemi fázemi. Smysl a mistrovství poté pouze v některých fázích. Zároveň některé ze zotavovacích aktivit či zážitků sytily více potřeb a vyskytují se proto v analýze vícekrát (např. Sportovní aktivity sytí jak potřebu Odpoutání, tak Relaxace či Mistrovství v pozdějších fázích).

Tabulka 6

Psychologické potřeby, zotavovací prožitky a aktivity naplňované v jednotlivých fázích

Psychologická potřeba	Zotavovací aktivity/zážitky (kód) v jednotlivých fázích			
	Napříč fázemi	Akutní fáze	Střednědobá	Dlouhodobá
1. autonomie	<ul style="list-style-type: none"> • Sebereflexe a uvědomění • Práce s energií • Změna prostředí • Odpočinek a spánek 	<ul style="list-style-type: none"> • Stabilizace, hledání jistoty a řádu • Omezení pracovního přetížení 	<ul style="list-style-type: none"> • Hledání identity a smyslu • Úprava pracovního režimu 	<ul style="list-style-type: none"> • Nastavování hranic • Změna životní situace
2. odpoutání	<ul style="list-style-type: none"> • Odpočinek a spánek • Sportovní aktivity 	<ul style="list-style-type: none"> • Omezení pracovního přetížení • Pobyt v přírodě, procházky, výlety • Změna prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> • Úprava pracovního režimu • Kreativní činnosti 	<ul style="list-style-type: none"> • Změna prostředí
2.1. "akutní" odpoutání	/	<ul style="list-style-type: none"> • Odchod ze zaměstnání • Plné odpoutání (dovolená či nemocenská) • Pasivní regenerace (nícnedělání či 	/	/

Psychologická potřeba	Zotavovací aktivity/zážitky (kód) v jednotlivých fázích			
	Napříč fázemi	Akutní fáze	Střednědobá	Dlouhodobá
		kognitivně nenáročné aktivity)		
3. relaxace	<ul style="list-style-type: none"> • Odpočinek a spánek • Sportovní aktivity • Regenerace a práce s energií • Techniky zvládnání zátěže 	<ul style="list-style-type: none"> • Pasivní regenerace (nenedělání či kognitivně nenáročné aktivity) 	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxační aktivity • Koničky 	
4. afiliace	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoterapeutická péče • Podpora, sdílení a budování vztahů 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatrická péče • Krizová intervence 	<ul style="list-style-type: none"> • Viz napříč fázemi 	
4.1. sociální odstup + odborná péče	/	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální odstup • Psychiatrická péče • Krizová intervence 	/	/
5. smysl	/	/	<ul style="list-style-type: none"> • Hledání identity a smyslu • Nové zaměstnání či návrat do původního • Dobročinné a další smysluplné činnosti 	/
6. mistrovství	/	/	<ul style="list-style-type: none"> • Sportovní aktivity • Kreativní činnosti 	

Autonomie

Hned několik z potřeb se dle očekávání prolínalo vícero/všemi fázemi zotavování. Autonomie je jednou z nich. Analýza ukázala, že potřebu autonomie lze považovat za ústřední pojem. Mimo to, že se vedle potřeb odpoutání, relaxace a afiliace vyskytovala napříč fázemi, z výpovědí respondentů můžeme vyčíst, že právě potřeba autonomie a přebrání kontroly nad vlastním životem je proces, na jehož základech stojí proces zotavování. Většina zotavovacích aktivit či zážitků stojí na základě vědomých svobodných rozhodnutí, která jedinci dělali za účelem se zotavit, a tedy je jimi sycena potřeba autonomie. Lze se domnívat, že budování

autonomie bylo podmíněno sérií sebeuvědomění a sebereflexí, která jedincům pomáhala přibližovat se ke udržitelnějšímu a vědomějšímu životu. Právě tyto uvědomění vedly k nastartování transformačního procesu, kterým byl zotavování provázáno.

Z pohledu autonomie byla akutní fáze spojena potřebou a volbou radikálněji omezit pracovní přetížení, stabilizovat se a hledat jistotu a ztracený řád v nepracovních záležitostech. Ve střednědobém horizontu bylo hledání jistoty a řádu vyměněno za hledání nového smyslu a v několika případech také identity. V této fázi již byla většina z respondentů připravena pro implementaci úprav pracovního režimu, které budou lépe odpovídat jejich potřebám a přáním. Potřebu autonomních voleb, které nebudou řízeny pouze pracovním nasazením, si jedinci přenesli i do dlouhodobé roviny. Dlouhodobě pracovali na vědomém nastavování hranic a někteří z nich se dokonce rozhodli pro větší životní změny, jako je například rozvod či rozchod s partnerem.

V datech můžeme pozorovat znatelný vývoj potřeby autonomie od počátečních fází až po dlouhodobý horizont. V akutních fázích byla potřeba autonomie více posunuta do externí roviny, tedy pomoci odborníků. Ti byli vyhledáváni na základě svobodného rozhodnutí, nicméně při následném nastoupení do péče daného odborníka bylo z rozhovorů znatelná důvěra v jejich odbornost a ochota nechat si od nich „poradit“. Časem však docházelo k sebepoznání, zplnomocňování, hledání vlastních limitů a hranic, které se následně proměnilo v plně autonomní akční kroky a dlouhodobou práci na sobě.

Odpoutání

Odpoutání se také silně vyskytovalo napříč všemi fázemi. Z analýzy vyplynulo, že odpoutání se od pracovních a často i mimopracovních stresorů, ať už formou plného odpoutání, ve formě odchodu ze zaměstnání, nemocenské či dovolené nebo také pomocí pasivní regenerace ve formě nicnedělání či kognitivně nenáročných aktivit, bylo nejvýznamnější právě pro akutní fázi. U některých respondentů nebylo zapotřebí tak radikální řešení, a tak došlo pouze k omezení pracovních povinností, které vytvářelo dostatečný prostor pro odpoutání se. Dalšími aktivitami sytícími potřebu odpoutání v akutní fázi byl poté například pobyt v přírodě, procházky či výlety či změna prostředí. Silným prostředkem pro odpoutávání se do povinností byly napříč celým procesem sportovní aktivity, ale také spánek a odpočinek, díky kterému mohli respondenti lépe dobít fyzické baterie. Ve střednědobém až dlouhodobém horizontu

posloužily k odpoutávání se upravené pracovní podmínky, kreativní činnosti či změna prostředí.

Odpoutání se tedy neprojevovalo pouze jako jednorázová reakce na akutní vyčerpání, ale jako dlouhodobá strategie, která umožnila postupné obnovování psychických zdrojů. Zároveň schopnost odpoutávat se od pracovních i nepracovních povinností a schopnost odpočívat je něco, co většina respondentů postrádala před vyhořením, a právě absence těchto schopností se stala jedním z klíčových faktorů pro rozvoj vyhoření.

Relaxace

Relaxace byla třetí, všemi fázemi prospanou potřebou, u které můžeme konstatovat, že šla ve většině případů ruku v ruce s odpoutáním. Relaxační aktivity by se daly rozdělit na dvě kategorie, a to relaxace aktivní a pasivní. Lze říci, že v ranějších fázích se respondenti spíše přikláněli „nízko-prahovým“ pasivnějším aktivitám, jako například zmíněné nicnedělání či další kognitivně nenáročné aktivity či lehké sportovní aktivity, jako je jóga nebo procházky. Napříč fázemi hrál důležitou roli spánek a odpočinek, jako silné podpůrné relaxační faktory. K aktivnějším „vysoko-prahovým“ sportovním aktivitám se přikláněli až v pozdějších fázích, po dostatečném zregenerování a načerpání sil. Na druhou stranu nutno říci, že někteří respondenti byli aktivnější již i v prvních fázích zotavování. Ve střednědobé až dlouhodobé fázi se poté respondenti přikláněli dalším relaxačním aktivitám jako je například chození do sauny, ale také se často vraceli ke svým koníčkům, které byly často v posledních měsících až letech zanedbávány z důvodu množství práce a nedostatku energie na cokoliv jiného. Pro někoho byla relaxačním koníčkem práce na zahradě, pro jiné respondenty vaření či zpěv. Někteří respondentů také využívali technik zvládání zátěže jako jsou různá dechová cvičení, autogenní trénink apod.

Afiliace

Přesto, že potřeba afiliace přetrvávala u většiny respondentů v průběhu celého procesu zotavování, téměř u poloviny z nich se v akutní fázi vyskytla také potřeba sociálního distancu či odstupu a odpoutání také od stávajících sociálních vazeb (což bylo v několika případech spojeno také se změnou prostředí). Tato potřeba odstupu byla velmi typickou pro akutní fázi a v dalších fázích se naopak proměnila v potřebu budování a utužování vztahů. Je nutné zmínit, že odstup se vyskytl pouze u poloviny respondentů. Druhá polovina vykazovala potřebu opory a podpory od blízkých v celém procesu zotavování. Potřeba afiliace byla mimo jiné naplňována

v této fázi také vyhledáním péče odborníků, ve formě psychoterapeutické, psychiatrické či krizově-intervenční péče. Právě tito odborníci mohli respondentům poskytnout důležitou, ne-li nezbytnou oporu pro zvládnutí akutní fáze a nastartování procesu zotavování.

V pozdějších fázích, tedy středně a dlouhodobé byl následně přesunuta potřeba afiliace do oblasti intenzivnějšího sociálního kontaktu, a to ve třech hlavních rovinách. První z nich je potřeba budovat a utužovat stávající vztahy s rodinou, přáteli a partnery. Druhou rovinou je poté opora od blízkých, která pro některé z respondentů byla důležitá v průběhu celého procesu. Třetí rovinou bylo poté navazování nových vztahů, ať už přátelských či romantických. Toto posílení sociálních vazeb bylo pro většinu respondentů také důležitým krokem po měsících až letech zanedbávání přátel, rodiny i partnerů kvůli pracovnímu přetížení, které vyhoření předcházelo.

Smysl

Smysl je jednou ze dvou potřeb, společně s mistrovstvím, která se vyskytovala v datech pouze v určité fázi procesu, a to konkrétně ve fázi střednědobé. Po fázi „akutního odpoutání“ a výraznějších aktivit spojených s odpočinkem a pasivní regenerací, se hned několika respondentům vrátila potřeba nalézt znovu smysl v některých z aktivit. Po intrapsychické rovině se obecně jedinci zabývali hledáním vlastní „ztracené“ identity a smyslu, a to prostřednictvím pracovních i nepracovních aktivit. Po pracovní úrovni se jednalo nejčastěji o nástup do nového zaměstnání, ve kterém respondenti našli novou pracovní identitu a smysl. Po mimopracovní úrovni se jednalo často o dobročinné aktivity (např. ve formě výběru finančních prostředků pro dobrou věc) a další smysluplné činnosti.

Mistrovství

Poslední z potřeb, která byla v rámci dat analyzována byla potřeba mistrovství, která byla v procesu nejméně výrazná. Zdá se, že v akutní až střednědobé fázi měli respondenti fokus zaměřený spíše na odpoutání, zregenerování a později hledání smyslu a budování mistrovství šlo stranou. I přesto se v dlouhodobé fázi potřeba mistrovství vyskytla, a to nejčastěji ve spojitosti se sportovními aktivitami jako je běh například nebo s kreativními činnostmi.

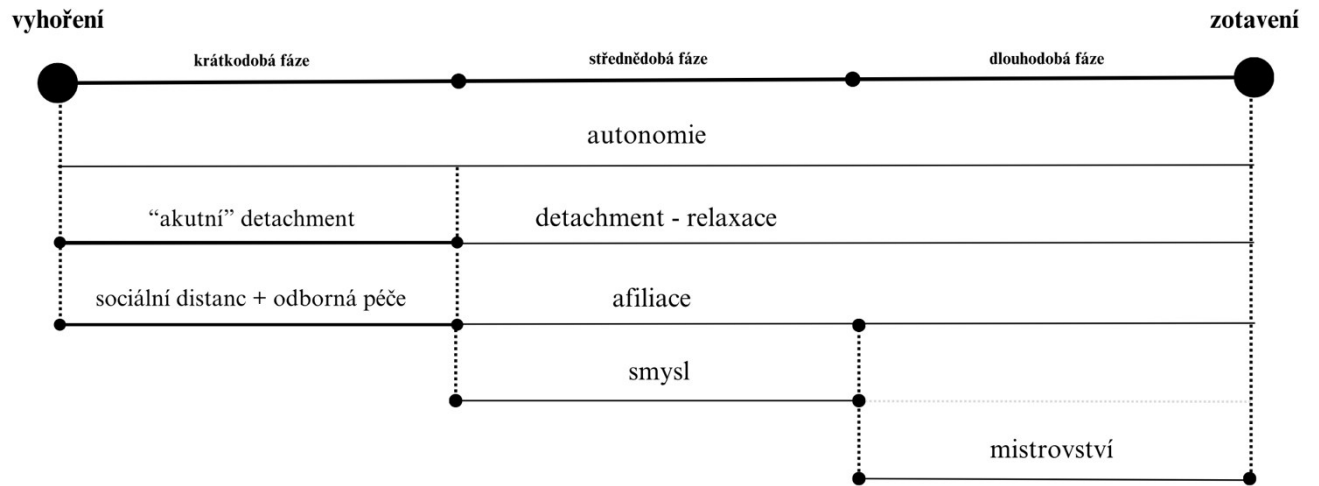
Shrnutí

Pro přehlednost výskytu jednotlivých psychologických potřeb v procesu zotavování byla rekonstruována časová osa, rozdělena do jednotlivých fází (viz obrázek č. 3). Na časové

ose je znázorněno fázování jednotlivých potřeby dle toho, jak se vyskytovaly v jednotlivých fázích procesu.

Obrázek 3

Časová osa psychologických potřeb



6 Diskuse

Vyhoření je fenoménem, který vzniká primárně na základě pracovních stresorů, nicméně jeho následný průběh má přesah do celého života jedince, ne pouze toho pracovního. Stejně tak je tomu u zotavování z něj. Zároveň nelze očekávat, že po několika měsíčním nebo letém rozvoji symptomů vyhoření dojde k plnému zotavení během pár dní až týdnů. Zotavování může trvat v řádech vyšších měsíců až let. Některé studie dokonce ukazují, že u závažných forem vyhoření nemusí dojít k plnému zotavení ani po 4 letech (Dalgaard et al., 2021), což má velké dopady na každodenní fungování jedince.

Na popud nedostatku studií mapujících právě proces zotavování ze syndromu vyhoření vznikla tato diplomová práce. Práce si kladla za cíl uvést tematiku popsáním základních příčin vyhoření a jeho následných symptomů. Nosné těžiště analýzy se však nachází v druhé části mapující jednotlivé zotavovací aktivity, zážitky a následně potřeby, které sytí vzhledem k jednotlivým zotavovacím fázím, tedy krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé.

6.2 Shrnutí výsledků

První výzkumná otázka se věnovala tomu, jak vypadal u respondentů rozvoj vyhoření, tedy jeho příčiny a následně také jeho symptomy. Z hlediska příčin rozvoje syndromu vyhoření respondenti popisovali hned několik oblastí. Jedna z nejvýznamnějších oblastí souvisela s pracovním přetížením, tempem a odpovědností, často doprovázenou nedostatečnou komunikací o vlastním přetížení. Z pracovních faktorů rozvoji vyhoření také přispívalo toxické pracovní prostředí, nefunkční vztahy, finanční tlak a organizační nejistota. U respondentů se silnou pracovní identitou vedlo vyhoření často k o to hlubší krizi. Pracovní oblast ale zdaleka nebyla jedinou vnímanou příčinou. Roli hrál jednoznačně nedostatek odpočinku, spánku, koníčků a sportovních aktivit. Respondenti často věřili, že se jich vyhoření netýká, přehlíželi varovné signály a považovali svůj stav za dočasný, což jim dávalo pocit, že situaci není potřeba řešit. Důležitou roli hrála i sociální izolace způsobená prací či pandemií a obecně chybějící podpora okolí. V neposlední řadě často hráli roli externí faktory jako rodinné problémy či životní změny, které také přispěly k celkovému vyčerpání.

Z hlediska symptomů vyhoření v akutní fázi vyhoření analýza odhalila, že většina respondentů trpěla kombinací fyzických a psychických projevů vyhoření. Mezi fyzickými symptomy se nejčastěji objevovaly bolesti, problémy se spánkem, zvýšená citlivost nebo chronická únava. V některých případech došlo i k vážným zdravotním komplikacím jako jsou

srdeční problémy, hormonální nerovnováha nebo dočasná fyzická paralýza. Velká část respondentů pociťovala silné nevolnosti spojené s myšlenkou na práci či samotným výkonem práce. Psychické dopady zahrnovaly intenzivní úzkosti a depresivní symptomatiku, která v některých případech dosahovala až paralyzující intenzity, která respondentům znemožňovala nebo ztěžovala fungování. Respondenti také popisovali emoční otupělost nebo naopak nekontrolovatelné emoční reakce, problémy se soustředěním, vyšší chybovost a oslabené rozhodovací schopnosti. Někteří v nejhorších fázích vyhoření zažívali zmatenost, přičemž čtyři respondenti se potýkali i se sebevražednými myšlenkami. Sociální důsledky vyhoření se projevovaly izolováním se od mezilidských vztahů a izolací. Na druhé straně ale respondenti vnímali starosti a obavy ze strany blízkých. Dopad byl patrný i v životním stylu – někteří reagovali zvýšenou konzumací alkoholu, jiní změnami ve stravování vedoucími k výrazným výkyvům hmotnosti.

Následně se druhá výzkumná otázka věnovala procesu zotavování, a to nejen zotavovacím aktivitám a zážitkům, ale také psychologickým potřebám, které tyto aktivity a zážitky sytí. Proces zotavování z vyhoření zahrnoval změny a intervence hned v několika klíčových oblastech. Po pracovní rovině se v akutní fázi respondenti přikláněli variantě několikátýdenní dovolené nebo nemocenské, jiní snížili pracovní zátěž, delegovali úkoly nebo změnili zaměstnání. Ti, kteří se později vraceli ke svému zaměstnavateli, často vyjednávali úpravu pracovních podmínek, zatímco ti, kteří změnili práci, hledali nový smysl a radost v rámci nového zaměstnání. Důležitým aspektem byla vnitřní reflexe a sebepoznání. Akutní fáze byla spojena s uvědoměním si příčin vyhoření, ale také pojmenováním vyhoření, často s pomocí odborníků, což umožnilo lépe porozumět vlastní situaci. V dlouhodobém horizontu lidé pracovali na nastavení hranic, změně pracovního tempa a hledání rovnováhy mezi prací a osobním životem. Nezastupitelnou roli hrála odborná pomoc ve formě psychoterapie, psychiatrické péče a v některých případech doplněné o medikaci. Někteří vyzkoušeli i alternativní metody. Respondenti se v průběhu zotavování vraceli ke sportu, koníčkům a pobytu v přírodě, které během vyhoření zanedbávali. V rané fázi byla důležitá i možnost „nicnedělání“ a věnování se nenáročným aktivitám. V průběhu celého procesu byla důležitá podpora rodiny, přátel a kolegů, i přesto že někteří naopak potřebovali dočasný sociální odstup na počátku zotavování. Respondenti si také osvojili techniky zvládnutí stresu a dlouhodobě se učili lépe pracovat se svou energií. Důležitým zotavovacím momentem a zážitkem bylo pro některé respondenty změna prostředí, například přestěhování nebo delší pobyt v zahraničí.

Obecně lze říci, že celý proces zotavení stojí v nalézání rovnováhy, redefinování vztahu k práci a vědomém nastavení hranic, aby se zabránilo opětovnému vyhoření.

Poslední část analýzy, zaměřená na psychologické potřeby v procesu zotavování, kopírující model DRAMMA. Autonomie se ukázala jako ústřední prvek celého procesu. Autonomní volby často vedly k zásadním životním změnám, včetně změny práce či osobních vztahů. Zotavování spočívalo v postupném přebírání kontroly nad vlastním životem skrze vědomá rozhodnutí a jednání, vycházející ze série uvědomění. V akutní fázi šlo především o omezení pracovního přetížení a nalezení stability, zatímco v pozdějších fázích lidé hledali nový smysl a nastavovali si jasnější hranice. Odpoutání od stresorů, zejména pracovních, bylo klíčové zejména v akutní fázi a často probíhalo formou dovolené, nemocenské nebo úplného odchodu ze zaměstnání. Postupem času se odpoutání projevovalo jinými způsoby například přizpůsobením pracovního režimu, kreativními činnostmi nebo pobytem v přírodě. S odpoutáním úzce souvisela relaxace, která zahrnovala, jak pasivní odpočinek jako je spánek nebo nicnedělání, tak aktivní formy relaxace, jako je sport či kreativní zájmy. Afilie, tedy sociální vazby, byly důležité, ačkoliv se v akutní fázi u části respondentů projevila potřeba sociálního odstupu doplněná o vyhledání péče odborníků. Později se afilie naopak ukázala jako klíčová pro obnovu psychických zdrojů, ať už v podobě podpory blízkých, odborné péče nebo budování nových vztahů. Smysl a jeho hledání se objevili hlavně ve střednědobé fázi, kdy lidé znovu objevovali svou identitu skrze práci, dobročinné aktivity nebo osobní projekty. Mistrovství se poté objevilo až v dlouhodobé fázi, kdy lidé začali prohlubovat své schopnosti v oblastech jako sport či kreativní tvorba. Celkově zotavení zahrnovalo postupnou transformaci, od akutního odpoutání od pracovních aktivit i sociálních vazeb, přes hledání smyslu až po dlouhodobou stabilizaci a vědomé nastavení hranic, které pomáhalo zabránit opětovnému vyhoření.

6.3 Propojení výsledků s dosavadním výzkumem

Vzhledem k nedostatku studií mapující téma zotavování ze syndromu vyhoření a roli psychologických potřeb v tomto procesu je náročné porovnávat výsledky této práce s existujícími studii. I přesto, lze nalézt studie a teorie svou povahou podobné a kopírující alespoň částečně výsledky tohoto výzkumu.

Výsledky této práce ukázaly, že tématem, které provází celý proces zotavování z vyhoření je psychologická potřeba autonomie a přebírání odpovědnosti za vlastní život.

Potřeba autonomie je ústředním tématem hned několika dalších teorií, v čele s SDT (Deci & Ryan, 1980). SDT říká, že člověk má potřebu autonomně volit své životní směřování a má potřebu být průvodcem vlastní činnosti. Tedy řídí své jednání vlastními zájmy a hodnotami. Právě to lze vnímat jako jeden ze základních procesů i na pozadí zotavování z vyhoření. Jedinci často po dlouhých letech fungování v autopilotním režimu, pod tíhou pracovních povinností a plných kalendářů, znovunalézají nový balanc a smysl, nejen v pracovních činnostech, ale i mimopracovních, na které do té doby „neměli čas“. Přebírají více kontroly nad řízením vlastního času, který už nepodléhá pouze diktátu pracovních povinností, ale učí se začleňovat právě volnočasové činnosti a aktivity.

Těmto výsledkům odpovídají také zjištění již zmíněné studie v teoretické části od Salminen et al., s názvem: „*Moje pohoda v mých rukou*“ (z angl. „My Well-Being in My Own Hands“) (Salminen et al., 2015). Klíčovým zjištěním kvalitativní studie bylo, že účastníci si uvědomili vlastní odpovědnost za své zdraví a aktivně převzali kontrolu nad svým zotavením. Pro tento proces přebírání kontroly využili autoři pojem „agency“, konkrétně agency osobní: „to se týká kontroly nebo vlivu, který jednotlivci uplatňují na své vlastní fungování a na události v prostředí“ (Salminen et al., 2015, s. 739). Klienti si v rámci procesu uvědomují, že oni sami musí pečovat o své duševní a tělesné zdraví (např. dříve rozpoznat symptomy, hledat pomoc, změnit přístup k sobě). Právě to jsme mohli vidět u respondentů v rámci této práce. V rámci kategorie popisovaných intrapsychických zotavovacích aktivit a zážitků jedinci zmiňovali jako klíčové body zotavování momenty sebereflexe, uvědomění o svém minulém i současném životě a také proces sebepoznání a budování vztahu k sobě.

V neposlední řadě lze v souvislosti s tématem autonomie zmínit model CHIME, který popisuje tzv. zplnomocnění jako jeden ze základních pěti procesů pro úspěšné zotavení (Leamy et al., 2011). Zplnomocnění (z angl. empowerment) je v kontextu CHIME modelu spojen s budováním osobní odpovědnosti a kontroly nad vlastním životem, což jde ruku v ruce s potřebou autonomie. Tato práce potvrdila, že budování vlastní odpovědnosti a kontroly je základním kamenem individuálního procesu zotavení. Tento proces byl u všech respondentů (minimálně v akutní fázi) podpořen odborníky přes psychoterapii či psychiatrii. Následně byl ale často založen na individuální práci jedince na sobě.

Druhou potřebou, pro kterou lze nalézt silnou výzkumnou oporu je potřeba odpoutání, která je základním kamenem průběžného zotavování při prevenci vyhoření. Výsledky ale potvrzují, že schopnost se „odpojovat“ je klíčovou schopností nejen pro předcházení vyhoření,

ale také pro zotavovací proces, když už k vyhoření dojde (Sonnentag & Fritz, 2015). Odpoutávání se v procesu zotavování může uplatňovat různými způsoby. V akutní fázi se často projevuje formou dovolené, nemocenské či odchodem ze zaměstnání, zatímco ve střednědobé a dlouhodobé fázi se posouvá spíše ke každodenním „mikrozotavením“ preventivního charakteru, například prostřednictvím sportu, pobytu v přírodě či kreativních aktivit. Schopnost aktivně se odpoutávat od práce je proto nejen klíčovým krokem k překonání akutní fáze vyhoření, ale také prevencí jeho návratu v budoucnosti.

Co se týče specifík celého procesu zotavování – respondenti této studie potvrdili/y, že se nejednalo o lineární proces (Bernier, 1998; Fjellman-Wiklund et al., 2010; Hättinen et al., 2004). Často zmiňovali, že fáze zlepšení byly následovány fázemi zhoršení, momenty připravenosti na návrat k práci, následovány pocity úzkosti a nepřipravenosti. I přes nelineárnost a rozkolísanost tohoto procesu nicméně většina z respondentů došla do uspokojivé fáze zotavení.

6.4 Silné stránky a limity studie

I přesto, že se práce zaměřuje primárně na proces zotavování, díky své kvalitativní povaze nabízí detailnější vhled do tematiky syndromu vyhoření, jeho příčin a symptomů. Zvolený výzkumný design umožňuje věnovat pozornost nejen jednotlivým příčinám, symptomům vyhoření a následným zotavovacím aktivitám a zážitkům, ale také procesu a vývoji jednotlivých aspektů v čase. Práce zaplňuje výzkumnou mezeru v oblasti klinického vyhoření a zotavování z něj. Pomáhá lépe porozumět podpůrným faktorům v rámci procesu zotavování, jinými slovy porozumět, pojmenovat a systematicky seskupit data do kategorií a popsat, co „pomáhalo“ a co naopak ne. V datech lze vidět vzorce, které se opakují napříč výpověďmi, což vypovídá o sdílených zotavovacích strategiích. Na druhé straně byly u respondentů značné individuální odchylky v popisovaných strategiích, z čehož lze usuzovat, že je proces zotavování individuální, a tak se vždy bude u jednotlivých respondentů lišit v určitých aspektech. Za silnou stránku práce považují také (na kvalitativní studii) uspokojivý počet respondentů a téměř rovnoměrné rozložení mužů a žen.

Definování autonomie jako klíčového faktoru může být přínosnou informací pro přemýšlení o dalším výzkumu nebo modelování doporučení pro osoby, které si vyhořením prochází. Autonomie se ukazuje jako klíčový faktor nejen v procesu zotavení z vyhoření, ale i v širším kontextu současné a budoucí práce. Představuje nejen ochranný preventivní faktor,

ale i klíčový prvek v organizačních opatřeních, které umožňují efektivní zvládnání pracovní zátěže a budování odolnosti vůči stresu. Cílené intervence by proto měly podporovat autonomní rozhodování a poskytovat zaměstnancům nástroje, které jim umožní přebírat kontrolu nad svou pracovní i osobní situací. Tím se může zvyšovat jejich schopnost dlouhodobě fungovat bez negativních dopadů na duševní zdraví.

Na druhé straně vedle silných stránek práce nelze opomenout ani její limity. Stejně jako u většiny kvalitativních výzkumů i tato práce se i tato práce setkává s limity jako je menší zobecnitelnost či riziko subjektivního zkreslení osobou výzkumníka. Obecným velkým limitem je náročnost časová – při sběru dat, provádění rozhovorů, transkripci a výsledné analýze. Nelze opomenout také náročnost vedení výzkumných rozhovorů pro výzkumníka. Není vždy jednoduché držet respondenta u tématu, zamezit příliš širokým rozbíhavým odpovědím, ale zároveň se dostatečně doptat na jednotlivé výzkumné otázky.

Z konkrétnějších limitů této studie lze zmínit na úrovni výběru respondentů homogenitu vzorku. Jako jedno z kritérií bylo stanoveno, že respondenti byli zaměstnání v době vyhoření v soukromém sektoru, nicméně by se daly stanovit i další vylučující kritéria pro zaručení větší homogenity. Mezi tyto kritéria by se dala zařadit velikost organizace, ve které byl zaměstnanec zaměstnán v době vyhoření (např. startup či menší organizace, střední nebo velká organizace) nebo pozice (např. zda se jedná o řadového zaměstnance, manažera, podnikatele nebo osobu na volné noze). Za možný limit na úrovni sběru lze považovat poté nároky na introspekci jednotlivých respondentů. Tím, že se jednalo o hloubkové rozhovory, které do detailu prozkoumávají individuální zkušenost, pro respondenty mohlo být z různých důvodů těžké si na některé aspekty vzpomenout, speciálně v případech, kdy vyhoření probíhalo již před delší dobou.

Zároveň se práce zaměřovala na to, jak proces zotavování probíhal u jednotlivých respondentů a na základě toho popisuje témata, která daty prostupují. Nezaměřuje se už ale na skutečnost, zda byly zotavovací aktivity a zážitky a celkově proces zotavování respondenty považován za efektivní a dotazování nebylo směřováno k tomu, jestli by udělali dnes něco jinak a pokud ano, tak co. Na úrovni analýzy dat lze poté spatřovat limit ve výběru vhodného designu. Zvolený design pracuje s tematickou analýzou, která byla vybrána jak nejvhodnější vzhledem k její flexibilitě. Je nicméně možné, že existuje potenciálně i vhodnější výzkumný design, který by mohl být použit pro analýzu tohoto typu dat.

6.5 Návrhy na další výzkum

Vzhledem ke komplexní povaze příčin vyhoření a následného zotavování z něj lze spatřovat prostor pro další kvalitativní zkoumání tohoto fenoménu například využitím interpretativní fenomenologické analýzy nebo zakotvené teorie. Co se týče dalších témat, která by mohla být zajímavá pro další zkoumání, tak by se dalo výzkumně zaměřit na fáze zotavování a jejich vnímání jednotlivými respondenty nebo zda se liší se proces zotavování mezi jednotlivými profesními skupinami. Obecně se tato studie zaměřovala na soukromý sektor, zbývá ale stále prozkoumat sektor veřejný. Následně by bylo možné porovnat, zda se výsledky analýzy liší a v čem. Zajímavé by také bylo podívat se na data v kontextu věku nebo pohlaví.

I přes nepochybné výhody kvalitativního výzkumu existuje velký prostor i pro zkoumání formou kvantitativních designů. V tématice vyhoření a zotavení z něj by bylo užitečné využít některé ze zmíněných dotazníkových metod v teoretické části, ať už MBI, BM nebo BAT, za účelem měření vyhoření nebo RAS na objektivnější měření reálné míry zotavení ze syndromu vyhoření.

Jedna z respondentek také zmiňovala, že docházela do stacionáře a procházela si 6týdenním programem. Pro kvalitativní i kvantitativní zkoumání by bylo zajímavé prozkoumat zkušenost osob, které docházely do podobného typu programu a zhodnotit tak efektivitu a přínos těchto programů pro osoby procházející si vyhořením. Stejně tak – vzhledem k faktu, že všichni respondenti docházeli na individuální psychoterapii, existuje zde prostor pro porovnání efektivity individuální psychoterapeutické péče u fenoménu syndromu vyhoření (např. porovnání kognitivně-behaviorální terapie vs. dynamických směrů).

7 Závěr

Práce se zaměřila na málo probádané téma zotavování ze syndromu vyhoření, který v důsledku rostoucích nároků na pracovní výkon, rozplývajících se pracovních a osobních hranic a neustále dostupných technologií (a tedy často i neustále dostupné práce) představuje stále větší společenský, psychologický i ekonomický problém. Prevalence duševních obtíží, jako jsou deprese nebo úzkosti, v populaci v posledních letech výrazně narostla a ani syndrom vyhoření není výjimkou z tohoto trendu. Přesto zůstává samotný proces zotavování z vyhoření z velké části nedostatečně prozkoumaný. Proto bylo cílem této práce prozkoumat individuální zkušenosti osob se syndromem vyhoření a zotavováním z něj. Byly popsány na konkrétní zotavovací aktivity a zážitky i to, jaké psychologické potřeby jsou v jednotlivých fázích zotavování (krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé) naplňovány. Jako rámec pro analýzu byl použit model DRAMMA, popisující šest základních psychologických potřeb relevantních pro obnovu duševní pohody – tedy odpoutání, relaxace, afiliace, mistrovství, smysl a autonomie.

Výsledky ukazují, že zotavování je dlouhodobý a nelineární proces, který zahrnuje fyzickou a psychickou regeneraci. Analýza potvrdila, že zotavování není jen návratem ke stavu „před vyhořením“, ale často vede k hluboké změně životního stylu, hodnot a vztahu k práci. Ústřední roli v procesu zotavování hraje potřeba autonomie a přebírání kontroly nad vlastním životem, stejně tak jako potřeba odpoutání od stresorů či relaxace. Nejvíce specifická byla potřebami i aktivitami fáze akutní, kde se potřeby výrazně lišily od fáze střednědobé a dlouhodobé. Role akutní fáze byla stabilizační a akutně odpočinková, na rozdíl od dalších fází, které byly již více o hledání smyslu a budování schopností v určitých oblastech, tedy mistrovství.

Práce přispívá hlubšímu pochopení procesu zotavování a zároveň může nabízet praktické podněty pro tvorbu a modelování podpůrných intervencí či preventivních opatření na úrovni jednotlivců, týmů i organizací. Zároveň otevírá cestu pro další bádání – například zkoumání zotavování v různých profesních skupinách nebo ověřování efektivity konkrétních podpůrných programů. Vedle silných stránek, jako je detailní kvalitativní vhled do tematiky, práce naráží i na určitá omezení, zejména menší zobecnitelnost výsledků a nároky na introspekci respondentů. Tyto limity však nemění nic na tom, že věřím, že práce naplnila svůj cíl, tedy že nabídla hlubší porozumění tomu, jak lidé po vyhoření hledají cestu k obnově, a jaké psychologické potřeby jim v tomto náročném procesu pomáhají.

Reference

- Afari, N., & Buchwald, D. (2003). Chronic Fatigue Syndrome: A Review. *American Journal of Psychiatry*, *160*(2), 221–236. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.221>
- Alarcon, G., Eschleman, K. J., & Bowling, N. A. (2009). Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work & Stress*, *23*(3), 244–263. <https://doi.org/10.1080/02678370903282600>
- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006). Stages of Recovery Instrument: Development of a Measure of Recovery from Serious Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *40*(11–12), 972–980. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion1. *Health Promotion International*, *11*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Arnsten, A. F. T., & Shanafelt, T. (2021). Physician Distress and Burnout: The Neurobiological Perspective. *Mayo Clinic Proceedings*, *96*(3), 763–769. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2020.12.027>
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I., Skoog, I., Träskman-Bendz, L., & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, *17*(1), 264. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4153-7>
- Bakker, A. B., & De Vries, J. D. (2021). Job Demands–Resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, *34*(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>

- Bakker, A. B., & de Vries, J. D. (2021). Job Demands–Resources theory and self-regulation: New explanations and remedies for job burnout. *Anxiety, Stress, & Coping*, 34(1), 1–21. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1797695>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2002). The pursuit of meaningfulness in life. *Handbook of positive psychology*, 608–618.
- Beaton, D. E., Tarasuk, V., Katz, J. N., Wright, J. G., & Bombardier, C. (b.r.). “Are You Better?” *A Qualitative Study of the Meaning of Recovery*.
- Bennett, A. A., Bakker, A. B., & Field, J. G. (2018). Recovery from work-related effort: A meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 39(3), 262–275. <https://doi.org/10.1002/job.2217>
- Bernier, D. (1998). A study of coping: Successful recovery from severe burnout and other reactions to severe work-related stress. *Work & Stress*, 12(1), 50–65. <https://doi.org/10.1080/02678379808256848>
- Blom, V. (2011). *Striving for self-esteem: Conceptualizations and role in burnout*. Department of Psychology, Stockholm University.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Burnout: The Cost of Caring: Maslach, Christina, Zimbardo, Philip G: 9781883536350: Amazon.com: Books.* (b.r.). Získáno 17. listopad 2024, z <https://www.amazon.com/Burnout-Cost-Caring-Christina-Maslach/dp/1883536359>
- Camic, P. M. (Ed.). (2021). *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (Second edition). American Psychological Association.

- Canu, I. G., Marca, S. C., Dell’Oro, F., Balázs, Á., Bergamaschi, E., Besse, C., Bianchi, R., Bislimovska, J., Bjelajac, A. K., Bugge, M., Busneag, C. I., Çağlayan, Ç., Cernițanu, M., Pereira, C. C., Hafner, N. D., Droz, N., Eglite, M., Godderis, L., Gündel, H., ... Wahlen, A. (2021). Harmonized definition of occupational burnout: A systematic review, semantic analysis, and Delphi consensus in 29 countries. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(2), 95.
<https://doi.org/10.5271/sjweh.3935>
- Cooper, C. L. (1998). *Theories of Organizational Stress*. OUP Oxford.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and Individual Differences*, 13(6), 653–665. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90236-I](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90236-I)
- Dalgaard, V. L., Hviid Andersen, J., Pedersen, A. D., Andersen, L. P., & Eskildsen, A. (2021). Cognitive impairments and recovery in patients with work-related stress complaints – four years later. *Stress*, 24(3), 294–302.
<https://doi.org/10.1080/10253890.2020.1797673>
- Dannheim, I., Ludwig-Walz, H., Buyken, A. E., Grimm, V., & Kroke, A. (2022). Effectiveness of health-oriented leadership interventions for improving health and wellbeing of employees: A systematic review. *Journal of Public Health*, 30(12), 2777–2789. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01664-1>
- De Beer, L. T., Van Der Vaart, L., Escaffi-Schwarz, M., De Witte, H., & Schaufeli, W. B. (2024). Maslach Burnout Inventory – General Survey: A Systematic Review and Meta-Analysis of Measurement Properties. *European Journal of Psychological Assessment*, 40(5), 360–375. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000797>
- De Bloom, J., Kompier, M., Geurts, S., De Weerth, C., Taris, T., & Sonnentag, S. (2009). Do We Recover from Vacation? Meta-analysis of Vacation Effects on Health and Well-

- being. *Journal of Occupational Health*, 51(1), 13–25.
<https://doi.org/10.1539/joh.K8004>
- De Bloom, J., Rantanen, J., Tement, S., & Kinnunen, U. (2018). Longitudinal Leisure Activity Profiles and Their Associations with Recovery Experiences and Job Performance. *Leisure Sciences*, 40(3), 151–173.
<https://doi.org/10.1080/01490400.2017.1356254>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1980). The Empirical Exploration of Intrinsic Motivational Processes. In *Advances in Experimental Social Psychology* (Roč. 13, s. 39–80). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(08\)60130-6](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(08)60130-6)
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The „What" and „Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Deligkaris, P., Panagopoulou, E., Montgomery, A. J., & Masoura, E. (2014). Job burnout and cognitive functioning: A systematic review. *Work & Stress*, 28(2), 107–123.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2014.909545>
- Demerouti, E., & Bakker, A. B. (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of stress and burnout in health care*, 65(7), 1–25.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512.
<https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Demerouti, E., Le Blanc, P. M., Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., & Hox, J. (2009). Present but sick: A three-wave study on job demands, presenteeism and burnout. *Career Development International*, 14(1), 50–68.
<https://doi.org/10.1108/13620430910933574>

- Dhabhar, F. S. (2014). Effects of stress on immune function: The good, the bad, and the beautiful. *Immunologic Research*, *58*(2–3), 193–210. <https://doi.org/10.1007/s12026-014-8517-0>
- Dickens, G., Weleminsky, J., Onifade, Y., & Sugarman, P. (2012). Recovery Star: Validating user recovery. *The Psychiatrist*, *36*(2), 45–50. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.111.034264>
- Dimsdale, J. E. (2008). Psychological Stress and Cardiovascular Disease. *Journal of the American College of Cardiology*, *51*(13), 1237–1246. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2007.12.024>
- Dyrbye, L. N., Shanafelt, T. D., Johnson, P. O., Johnson, L. A., Satele, D., & West, C. P. (2019). A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nursing*, *18*(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0382-7>
- Edmondson, A. C. (2019). *The fearless organization: Creating psychological safety in the workplace for learning, innovation, and growth*. Wiley.
- Ekstedt, M., Söderström, M., Åkerstedt, T., Nilsson, J., Søndergaard, H.-P., & Aleksander, P. (2006). Disturbed sleep and fatigue in occupational burnout. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, *32*(2), 121–131. <https://doi.org/10.5271/sjweh.987>
- Ferreira, A. I., & Martinez, L. F. (2012). Presenteeism and burnout among teachers in public and private Portuguese elementary schools. *The International Journal of Human Resource Management*, *23*(20), 4380–4390. <https://doi.org/10.1080/09585192.2012.667435>
- Finney, C., Stergiopoulos, E., Hensel, J., Bonato, S., & Dewa, C. S. (2013). Organizational stressors associated with job stress and burnout in correctional officers: A systematic review. *BMC Public Health*, *13*(1), 82. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-82>

- Fjellman-Wiklund, A., Stenlund, T., Steinholtz, K., & Ahlgren, C. (2010). Take charge: Patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burnout. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 42(5), 475–481.
<https://doi.org/10.2340/16501977-0534>
- Formánek, T., Kagström, A., Cermakova, P., Csémy, L., Mladá, K., & Winkler, P. (2019). Prevalence of mental disorders and associated disability: Results from the cross-sectional CZEch mental health Study (CZEMS). *European Psychiatry*, 60, 1–6.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.05.001>
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165.
<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Freudenberger, H., & North, G. (1992). *Burnout bei Frauen*. Krüger.
- Fritz, C., Lam, C. F., & Spreitzer, G. M. (2011). It's the Little Things That Matter: An Examination of Knowledge Workers' Energy Management. *Academy of Management Perspectives*, 25(3), 28–39. <https://doi.org/10.5465/AMP.2011.63886528>
- Gavelin, H. M., Domellöf, M. E., Åström, E., Nelson, A., Launder, N. H., Neely, A. S., & Lampit, A. (2022). Cognitive function in clinical burnout: A systematic review and meta-analysis. *Work & Stress*, 36(1), 86–104.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2021.2002972>
- Giffort, D., Schmook, A., Woody, C., Vollendorf, C., & Gervain, M. (2014). *Recovery Assessment Scale* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t12324-000>
- González-Romá, V., Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., & Lloret, S. (2006). Burnout and work engagement: Independent factors or opposite poles? *Journal of Vocational Behavior*, 68(1), 165–174. <https://doi.org/10.1016/j.jvb.2005.01.003>
- Gotwals, J. K., Stoeber, J., Dunn, J. G. H., & Stoll, O. (2012). Are perfectionistic strivings in sport adaptive? A systematic review of confirmatory, contradictory, and mixed

- evidence. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 53(4), 263–279.
<https://doi.org/10.1037/a0030288>
- Grossi, G., Perski, A., Osika, W., & Savic, I. (2015). Stress-related exhaustion disorder – clinical manifestation of burnout? A review of assessment methods, sleep impairments, cognitive disturbances, and neuro-biological and physiological changes in clinical burnout. *Scandinavian Journal of Psychology*, 56(6), 626–636.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12251>
- Hätinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Aro, A. (2004). Burnout Patterns in Rehabilitation: Short-Term Changes in Job Conditions, Personal Resources, and Health. *Journal of Occupational Health Psychology*, 9(3), 220–237.
<https://doi.org/10.1037/1076-8998.9.3.220>
- Hill, A. P., & Curran, T. (2016). Multidimensional Perfectionism and Burnout: A Meta-Analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 20(3), 269–288.
<https://doi.org/10.1177/1088868315596286>
- Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of Resources: A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American psychologist*, 44(3), 513–524.
- Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A., & Brenner, L. A. (2020). The Effectiveness of Crisis Line Services: A Systematic Review. *Frontiers in Public Health*, 7, 399.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399>
- Hummelvol, A. K., Karlsson, B., & Borg, M. (2015). Recovery and person-centredness in mental health services: Roots of the concepts and implications for practice. *International Practice Development Journal*, 5(Suppl), 1–7.
<https://doi.org/10.19043/ipdj.5SP.009>
- Hunsaker, S., Chen, H., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in

- Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194.
<https://doi.org/10.1111/jnu.12122>
- Chang, K.-H., Lu, F. J. H., Chyi, T., Hsu, Y.-W., Chan, S.-W., & Wang, E. T. W. (2017). Examining the stress-burnout relationship: The mediating role of negative thoughts. *PeerJ*, 5, e4181. <https://doi.org/10.7717/peerj.4181>
- Chawla, N., MacGowan, R. L., Gabriel, A. S., & Podsakoff, N. P. (2020). Unplugging or staying connected? Examining the nature, antecedents, and consequences of profiles of daily recovery experiences. *Journal of Applied Psychology*, 105(1), 19–39.
<https://doi.org/10.1037/apl0000423>
- Cherniss, C. (1980). *Staff Burnout: Job Stress in the Human Services*. Sage Publications.
- Jackson, E. R., Shanafelt, T. D., Hasan, O., Satele, D. V., & Dyrbye, L. N. (2016). Burnout and Alcohol Abuse/Dependence Among U.S. Medical Students. *Academic Medicine*, 91(9), 1251–1256. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001138>
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116, 118–119, 120.
- Judge, T. A., Erez, A., Bono, J. E., & Thoresen, C. J. (2003). The Core Self-Evaluations Scale: Development of a measure. *Personnel Psychology*, 56(2), 303–331.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.2003.tb00152.x>
- Kajzar, A. (2020). *Překlad a adaptace dotazníku vyhoření (BAT) [Diplomová práce]*. Masarykova Univerzita.
- Kellmann, M., & Kallus, K. W. (Ed.). (2025). *The recovery-stress questionnaires: A user manual*. Routledge.
- Kerrissey, M. J., Hayirli, T. C., Bhanja, A., Stark, N., Hardy, J., & Peabody, C. R. (2022). How psychological safety and feeling heard relate to burnout and adaptation amid uncertainty. *Health Care Management Review*, 47(4), 308–316.
<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000338>

- Killaspy, H., White, S., Taylor, T. L., & King, M. (2012). Psychometric properties of the Mental Health Recovery Star. *British Journal of Psychiatry*, *201*(1), 65–70.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.107946>
- Kujanpää, M., Syrek, C., Tay, L., Kinnunen, U., Mäkikangas, A., Shimazu, A., Wiese, C. W., Brauchli, R., Bauer, G. F., Kerksieck, P., Toyama, H., & De Bloom, J. (2022). Needs-based off-job crafting across different life domains and contexts: Testing a novel conceptual and measurement approach. *Frontiers in Psychology*, *13*, 959296.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.959296>
- Leamy, M., Bird, V., Boutilier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445–452.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>
- Leiter, M. P., Day, A. L., Harvie, P., & Shaughnessy, K. (2007). Personal and organizational knowledge transfer: Implications for worklife engagement. *Human Relations*, *60*(2), 259–283. <https://doi.org/10.1177/0018726706076025>
- Malach-Pines, A. (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, *12*(1), 78–88. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.78>
- Malakh-Pines, A., Aronson, E., & Kafry, D. (1981). *Burnout: From tedium to personal growth*. Free Press.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, *2*(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, Michael. (1996). The Maslach Burnout Inventory Manual. In *Evaluating Stress: A Book of Resources* (s. 191–218). The Scarecrow Press. <https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA37648763>

- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2022). *The burnout challenge: Managing people's relationships with their jobs*. Harvard university press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Maslach, C., & Zimbardo, P. G. (2015). *Burnout: The cost of caring*. Malor Books.
- Mayer, E. A. (2000). The neurobiology of stress and gastrointestinal disease. *Gut*, 47(6), 861–869. <https://doi.org/10.1136/gut.47.6.861>
- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Services*, 65(2), 171–179. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200274>
- Meijman, T. F., & Mulder, G. (1998). Psychological aspects of workload. *Handbook of work and organizational: Work psychology*, 2, 5–33.
- Metlaine, A., Sauvet, F., Gomez-Merino, D., Elbaz, M., Delafosse, J. Y., Leger, D., & Chennaoui, M. (2017). Association between insomnia symptoms, job strain and burnout syndrome: A cross-sectional survey of 1300 financial workers. *BMJ Open*, 7(1), e012816. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012816>
- Ministerstvo zdravotnictví ČR. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*. Ministerstvo zdravotnictví ČR.
- Mueser, K. T., Gingerich, S., Salyers, M. P., McGuire, A. B., Reyes, R. U., & Cunningham, H. (2015). *Illness Management and Recovery Scales* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t21500-000>

- Newman, D. B., Tay, L., & Diener, E. (2014). Leisure and Subjective Well-Being: A Model of Psychological Mechanisms as Mediating Factors. *Journal of Happiness Studies*, 15(3), 555–578. <https://doi.org/10.1007/s10902-013-9435-x>
- O'Connor, D. B., Thayer, J. F., & Vedhara, K. (2021). Stress and Health: A Review of Psychobiological Processes. *Annual Review of Psychology*, 72(1), 663–688. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-062520-122331>
- Oerlemans, W. G. M., & Bakker, A. B. (2014). Burnout and daily recovery: A day reconstruction study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 19(3), 303–314. <https://doi.org/10.1037/a0036904>
- Park, H. I., Jacob, A. C., Wagner, S. H., & Baiden, M. (2014). Job Control and Burnout: A Meta-Analytic Test of the Conservation of Resources Model. *Applied Psychology*, 63(4), 607–642. <https://doi.org/10.1111/apps.12008>
- Petitta, L., & Vecchione, M. (2011). Job Burnout, Absenteeism, and Extra Role Behaviors. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26(2), 97–121. <https://doi.org/10.1080/15555240.2011.573752>
- Pines, A. M., Malakh-Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures* (1. paperback ed.; Rev. ed. of: Burnout. c1981). The FREE Press [u.a.].
- Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. (2023). *Deprese i syndrom vyhoření mají celospolečenské důsledky. Jak zasahují do života Čechů?* (Praha).
- Renaud, C., & Lacroix, A. (2023). Systematic review of occupational burnout in relation to cognitive functions: Current issues and treatments. *International Journal of Stress Management*, 30(2), 109–127. <https://doi.org/10.1037/str0000279>
- Rosenman, R. H., & Friedman, M. (1974). Neurogenic Factors in Pathogenesis of Coronary Heart Disease. *Medical Clinics of North America*, 58(2), 269–279. [https://doi.org/10.1016/S0025-7125\(16\)32158-7](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(16)32158-7)

- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, *80*(1), 1–28.
<https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Salminen, S., Andreou, E., Holma, J., Pekkonen, M., & Mäkikangas, A. (2017). Narratives of burnout and recovery from an agency perspective: A two-year longitudinal study. *Burnout Research*, *7*, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.08.001>
- Salminen, S., Mäkikangas, A., Hätinén, M., Kinnunen, U., & Pekkonen, M. (2015). My Well-Being in My Own Hands: Experiences of Beneficial Recovery During Burnout Rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, *25*(4), 733–741.
<https://doi.org/10.1007/s10926-015-9581-6>
- Salvagioni, D. A. J., Melanda, F. N., Mesas, A. E., González, A. D., Gabani, F. L., & Andrade, S. M. D. (2017). Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLOS ONE*, *12*(10), e0185781. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185781>
- Salzer, M. S., & Brusilovskiy, E. (2014). Advancing Recovery Science: Reliability and Validity Properties of the Recovery Assessment Scale. *Psychiatric Services*, *65*(4), 442–453. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300089>
- Shifrin, N. V., & Michel, J. S. (2022). Flexible work arrangements and employee health: A meta-analytic review. *Work & Stress*, *36*(1), 60–85.
<https://doi.org/10.1080/02678373.2021.1936287>
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, *13*(2), 176–200. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>

- Schabram, K., Bloom, M., & DiDonna, D. (2023). Recover, Explore, Practice: The Transformative Potential of Sabbaticals. *Academy of Management Discoveries*, 9(4), 441–468. <https://doi.org/10.5465/amd.2021.0100>
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the Clinical Validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & Health*, 16(5), 565–582. <https://doi.org/10.1080/08870440108405527>
- Schaufeli, W. B., Desart, S., & De Witte, H. (2020). Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9495. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., Maslach, C., & Jackson, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – General Survey. In *The Maslach Burnout Inventory – Test Manual* (s. 19–26). Consulting Psychologists Press.
- Schaufeli, W. B., Martínez, I. M., Pinto, A. M., Salanova, M., & Bakker, A. B. (2002). Burnout and Engagement in University Students: A Cross-National Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 33(5), 464–481. <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
- Schaufeli, W. B., Taris, T. W., & Van Rhenen, W. (2008). Workaholism, Burnout, and Work Engagement: Three of a Kind or Three Different Kinds of Employee Well-being? *Applied Psychology*, 57(2), 173–203. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00285.x>
- Sirgy, M. J., & Lee, D.-J. (2018). Work-Life Balance: An Integrative Review. *Applied Research in Quality of Life*, 13(1), 229–254. <https://doi.org/10.1007/s11482-017-9509-8>

- Sklar, M., Groessl, E. J., O'Connell, M., Davidson, L., & Aarons, G. A. (2013). Instruments for measuring mental health recovery: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 33*(8), 1082–1095. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.08.002>
- Slade, M., & Longden, E. (2015). Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry, 15*(1), 285. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0678-4>
- Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology, 95*(5), 965–976. <https://doi.org/10.1037/a0020032>
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2007). The Recovery Experience Questionnaire: Development and validation of a measure for assessing recuperation and unwinding from work. *Journal of Occupational Health Psychology, 12*(3), 204–221. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.12.3.204>
- Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework: THE STRESSOR-DETACHMENT MODEL. *Journal of Organizational Behavior, 36*(S1), S72–S103. <https://doi.org/10.1002/job.1924>
- Sonnentag, S., Cheng, B. H., & Parker, S. L. (2022). Recovery from Work: Advancing the Field Toward the Future. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior, 9*(1), 33–60. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-012420-091355>
- Sonnentag, S., Venz, L., & Casper, A. (2017). Advances in recovery research: What have we learned? What should be done next? *Journal of Occupational Health Psychology, 22*(3), 365–380. <https://doi.org/10.1037/ocp0000079>
- Steed, L. B., Swider, B. W., Keem, S., & Liu, J. T. (2021). Leaving Work at Work: A Meta-Analysis on Employee Recovery From Work. *Journal of Management, 47*(4), 867–897. <https://doi.org/10.1177/0149206319864153>

- Triangle Consulting Social Enterprise Limited. (2008). *The Mental Health Recovery Star: User guide*.
- Van Veldhoven, M., & Broersen, S. (2003). Measurement quality and validity of the “need for recovery scale”. *Occupational and Environmental Medicine*, 60(suppl 1), i3–i9. https://doi.org/10.1136/oem.60.suppl_1.i3
- Van Weeghel, J., Van Zelst, C., Boertien, D., & Hasson-Ohayon, I. (2019). Conceptualizations, assessments, and implications of personal recovery in mental illness: A scoping review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 42(2), 169–181. <https://doi.org/10.1037/prj0000356>
- Vandevala, T., Pavey, L., Chelidoni, O., Chang, N.-F., Creagh-Brown, B., & Cox, A. (2017). Psychological rumination and recovery from work in intensive care professionals: Associations with stress, burnout, depression and health. *Journal of Intensive Care*, 5(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s40560-017-0209-0>
- Vela-Bueno, A., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Fernández-Mendoza, J., De La Cruz-Troca, J. J., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2008). Insomnia and sleep quality among primary care physicians with low and high burnout levels. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 435–442. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.10.014>
- Veninga, R. L., & Spradley, J. P. (1982). *The Work Stress Connection: How to Cope With Job Burnout*. Ballantine Books.
- Viljoen, M., & Claassen, N. (2017). Cynicism as subscale of burnout. *WORK*, 56(4), 499–503. <https://doi.org/10.3233/WOR-172518>
- Waldinger, R., & Schulz, M. (2023). *The good life: And how to live it: lessons from the World's longest study on happiness*. Rider.

- Watson, N. F., Badr, M. S., Belenky, G., Bliwise, D. L., Buxton, O. M., Buysse, D., Dinges, D. F., Gangwisch, J., Grandner, M. A., Kushida, C., Malhotra, R. K., Martin, J. L., Patel, S. R., Quan, S. F., & Tasali, E. (2015). Recommended Amount of Sleep for a Healthy Adult: A Joint Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine and Sleep Research Society. *Sleep*, *38*(6), 843–844.
<https://doi.org/10.5665/sleep.4716>
- Wells, J., Scheibein, F., Pais, L., Rebelo dos Santos, N., Dalluege, C.-A., Czakert, J. P., & Berger, R. (2023). A Systematic Review of the Impact of Remote Working Referenced to the Concept of Work–Life Flow on Physical and Psychological Health. *Workplace Health & Safety*, *71*(11), 507–521.
<https://doi.org/10.1177/21650799231176397>
- WHO. (2021, červen 7). *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary Behaviour*.
Www.Who.Int. <https://www.who.int/multi-media/details/who-guidelines-on-physical-activity-and-sedentary-behaviour>
- Winkler, P., Formánek, T., Mladá, K., & Cermakova, P. (2018). The CZEch Mental health Study (CZEMS): Study rationale, design, and methods. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *27*(3), e1728. <https://doi.org/10.1002/mpr.1728>
- Winwood, P. C., Winefield, A. H., Dawson, D., & Lushington, K. (2011). *Occupational Fatigue Exhaustion Recovery Scale* [Dataset]. <https://doi.org/10.1037/t00413-000>
- World Health Organization. (2019). *International classification of diseases, 11th revision (ICD-11)*. <https://icd.who.int/>
- Young, S. L., & Bullock, W. A. (2003). The Mental Health Recovery Measure. *University of Toledo: Department of Psychology, Toledo*.

Seznam obrázků

Obrázek 1 Job Demands-Resources Model	15
Obrázek 2 Konceptuální model propojující volný čas a SWB	40
Obrázek 3 Časová osa psychologických potřeb.....	84

Seznam tabulek

Tabulka 1 Ukázka postupu tvorby kategorií a kódů (induktivní přístup).....	63
Tabulka 2 Ukázka postupu hodnocení psychologických potřeb (deduktivní přístup).....	64
Tabulka 3 Kategorie příčin vyhoření, kódy a ukázky z rozhovorů.....	67
Tabulka 4 Kategorie příznaků vyhoření, kódy a ukázky z rozhovorů.....	70
Tabulka 5 Kategorie zotavovacích aktivit a zážitků, kódy, fáze a ukázky z rozhovorů.....	73
Tabulka 6 Psychologické potřeba a zotavovací prožitky a aktivity naplňované v jednotlivých fázích.....	79

Seznam příloh

Příloha 1.. Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů...	110
Příloha 2 ..Žádost o etické posouzení projektu.....	114
Příloha 3..Posudek předloženého návrhu projektu.....	118

Přílohy

Příloha 1

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů: *Koncept zotavení u osob se zkušeností se syndromem vyhoření: kvalitativní analýza psychologických potřeb*

Informace o výzkumu:

Výzkum je realizován autorkou Barborou Hailandovou v rámci diplomové práce, pod vedením Mgr. Ivany Šípové, Ph.D., s tématem: *Koncept zotavení u osob se zkušeností se syndromem vyhoření: kvalitativní analýza psychologických potřeb*

Účel výzkumu: Cílem práce je přispět k hlubšímu pochopení individuální zkušenosti procesu zotavení ze syndromu vyhoření, konkrétním zotavovacím aktivitám a zážitkům, ale také psychologickým potřebám a jejich naplňování v procesu zotavení.

Přínos a relevance: Přínosy práce spočívají v rozšíření znalostí o účinných individuálních strategiích, které mohou podpořit zotavení zaměstnanců po syndromu vyhoření. Výzkum by mohl zaplnit mezeru v poznání procesu u osob se zkušeností s vyhořením a nabídnout tak vědecké základy pro další kvalitativní i kvantitativní studium. Práce nese také společenský význam. Syndrom vyhoření má dalekosáhlé sociální důsledky, které přesahují individuální zkušenost a ovlivňují širší společenské prostředí. V neposlední řadě může mít práce také praktický přínos, ve formě popsání zotavovacích strategií, které mohou být následně inspirací nejen pro osoby procházející si vyhořením, ale také při modelování intervencí pro podporu zaměstnanců.

Průběh výzkumu: Účast ve výzkumu bude probíhat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které se zaměří na Vaši osobní zkušenost se zotavováním po syndromu vyhoření, a to konkrétně na proces zotavení, klíčové aktivity a zotavovací momenty a fáze. Rozhovor bude trvat přibližně 60 minut online nebo offline a bude nahráván, s vaším souhlasem. Cílem je v rámci této diplomové práce provést 8–10 rozhovorů.

Zapojení do výzkumu:

Podmínky zapojení: Účastníci musí být česky mluvící osoby, starší 18 let, které si v minulosti prošly syndromem vyhoření. Dalšími podmínkami účasti je, že účastník byl během svého vyhoření zaměstnán v komerčním sektoru, nebyl studentem a na základě subjektivního zhodnocení si v době sběru dat již neprochází akutní fází syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je pro tento výzkum operacionalizován dle MKN-11 jako „důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut“, přičemž důležitou podmínkou je, že se muselo jednat právě o stres spojený se zaměstnáním, nikoliv jinou životní oblastí.

Dobrovolnost a právo na odstoupení: Účast v tomto výzkumu je dobrovolná. Můžete se rozhodnout kdykoli výzkum opustit, bez udání důvodu a bez jakýchkoli negativních důsledků. Pokud se rozhodnete svou účast ukončit během rozhovoru nebo po něm, bude váš záznam smazán a data nebudou dále využívána. Za účast ve výzkumu není účastníkům nabídnuta žádná finanční ani nefinanční odměna.

Citlivé údaje a možná rizika účasti:

Vzhledem k povaze tématu se mohou otázky dotknout citlivých aspektů Vaší zkušenosti. Pokud se během či po rozhovoru objeví silná emoční reakce níže uvádíme kontakty na krizově-intervenční pomoc, ať už telefonickou či fyzicky:

- **Telefonická pomoc:** Linka první psychické pomoci: 116 123
- **Krizová centra:** RIAPS (tel. 222 586 768) nebo Krizové centrum Bohnice (tel. 284 016 110)

Práce s daty:

Sběr dat: Data budou sbírána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které budou realizovány autorkou diplomové práce. S Vaším souhlasem budou rozhovory nahrány a následně přepsány do textové podoby. Přepis bude proveden autorkou za pomoci pověřených osob, které budou zavázány mlčenlivostí. Nahrávka bude poté následně uchována po dobu max. 1 roku a následně bude smazána. V rámci práce budou následně využity pouze úryvky z rozhovorů. Kompletní přepisy budou neveřejnou součástí práce.

Uložení a přístup k datům: Data budou uložena na zabezpečeném zařízení (notebook) chráněném heslem, ke kterému bude mít přístup pouze autorka výzkumu. Přístup k neanonymizovaným datům budou mít pouze pověřené osoby zavázané mlčenlivostí, které se budou podílet na přepisu rozhovorů a vedoucí diplomové práce Mgr. Ivana Šířová, Ph.D.

Anonymizace dat: Všechny osobní údaje budou důkladně anonymizovány, aby nebylo možné identifikovat žádného z účastníků, a to skrze odstranění veškerých identifikátorů. Jméno a příjmení bude nahrazeno pseudonymem. Věk bude uveden v širších věkových kategoriích (např. 18–24 let, 25–30 let). Pozice v zaměstnání bude uvedena pouze obecně (např. „zaměstnanec“ nebo „vedoucí“, „OSVČ“). Organizace bude popsána pouze velikostí a odvětvím (např. 51–100 zaměstnanců, sektor služeb).

Využití dat: Veškerá data, která budou v rámci tohoto výzkumu shromážděna budou primárně využita pro odborné a vědecké účely. To zahrnuje například prezentace na odborných konferencích, publikace ve vědeckých nebo odborných časopisech a další formy šíření výsledků výzkumu.

Informace o účastníkovi výzkumu:

- jméno a příjmení:

- datum narození:
- telefon:
- e-mail:

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

- a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);
- b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;
- c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;
- d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

- a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;
- b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Souhlasím s pořízením zvukové nahrávky rozhovoru:

- ANO
- NE
- Jiné

Souhlasím, že mě autorka výzkumu může kontaktovat v budoucnu za účelem navázání další spolupráce:

- ANO
- NE
- Jiné

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytují dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazují se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností. Vše výše uvedené se

řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

.....
Podpis účastníka výzkumu

.....
Podpis autorky výzkumu:

Příloha 2

Žádost o etické posouzení projektu

Popis projektu

Název	Koncept zotavení u osob se zkušeností se syndromem vyhoření: kvalitativní analýza psychologických potřeb
Financován	Projekt bez nákladů
Hlavní řešitel	Barbora Hailandová
Základní součást	Katedra Psychologie FF UK
Kontaktní e-mail	b.hailandova@gmail.com
Telefon	+420 731 652 463
Popis (max. 2000 znaků)	<p>Cílem diplomové práce je prozkoumání individuální zkušenosti osob s procesem a fázemi zotavování (neboli recovery) ze syndromu vyhoření, primárně v mimopracovní neboli volnočasové rovině. Práce si klade za cíl pochopit odlišnosti v jednotlivých fázích zotavení, tedy akutní, střednědobé a dlouhodobé, ve vztahu k šesti psychologickým potřebám DRAMMA modelu tedy odpoutání, autonomie, mistrovství, smysluplnost, afiliaci a relaxaci, které ovlivňují kvalitu prožitku volného času a jeho přínos pro celkovou pohodu či nepohodu.</p> <p>Pro výzkumnou část byla vybrána kvalitativní metodologie, ve formě polostrukturovaných rozhovorů s osobami, které si syndromem vyhoření prošly. Cílem výzkumné části je pomocí tematické analýzy a zakotvené teorie přispět k hlubšímu pochopení: 1. individuální zkušenosti zotavení ze syndromu vyhoření a konkrétním zotavovacím aktivitám a zážitkům, 2. psychologickým potřebám a jejich naplňování v procesu zotavení, 3. souvislosti jednotlivých psychologických potřeb s fázemi procesu zotavení.</p> <p>Téma bylo zvoleno s ohledem na nedostatek literatury v oblasti tzv. recovery experience v kontextu syndromu vyhoření. Práce díky své kvalitativní povaze, může osvětlit samotné zotavování jako vícestupňový proces, ale také širší souvislosti s vnímáním psychologických potřeb a volného času. Výstupy mohou být následně využity jako vstup pro následné kvantitativní analýzy či přímo jako podněty pro navrhování intervencí pro pomoc osobám procházejícím syndromem vyhoření.</p>

Otázky na etické aspekty projektu

1. Zahrnuje váš výzkum lidské účastníky?

ANO

Pokud ANO:

Účastníky výzkumu budou osoby starší 18 let, které si v minulosti prošly syndromem vyhoření. Ambicí je realizovat alespoň 8, optimálně 10 rozhovorů s vyváženým poměrem mužů a žen.

a. Účastní se výzkumu na základě vlastního rozhodnutí?

ANO

Respondenti budou osloveni prostřednictvím projektu Nevyhasni, který se zabývá prevencí syndromu vyhoření a sdružuje tak komunitu osob, které mohou být vhodnými respondenty do výzkumu. Zároveň pro oslovení potenciálních respondentů bude využito také sociálních sítí, prostřednictvím profilů autorky práce (Instagram, Facebook, LinkedIN). Respondenti budou předem seznámeni s výzkumným záměrem a dalšími informacemi o diplomové práci, včetně zaslání informovaného souhlasu, který je přiložen k této žádosti. Před realizováním samotných rozhovorů budou respondenti požádáni o seznámení se se souhlasem a jeho podepsání. Domluvené rozhovory následně budou probíhat fyzicky nebo online. Z každého rozhovoru bude pořízen zvukový záznam. Ty budou následně přepsány a zanalyzovány.

Účastníci musí být česky mluvící osoby, starší 18 let, které si v minulosti prošly syndromem vyhoření. Dalšími podmínkami účasti je, že účastník byl během svého vyhoření zaměstnán v komerčním, tedy soukromém sektoru, nebyl studentem a na základě subjektivního zhodnocení si v době sběru dat již neprochází akutní fází syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je pro tento výzkum operacionalizován dle MKN-11 jako „důsledek chronického stresu na pracovišti, který nebyl úspěšně zvládnut“, přičemž důležitou podmínkou je, že se muselo jednat právě o stres spojený se zaměstnáním, nikoliv jinou životní oblastí.

b. Jedná se o účastníky, kteří nemohou poskytnout informovaný souhlas (včetně dětí a mladistvých)?

NE

c. Patří účastníci mezi zvláště zranitelné osoby nebo skupiny?

ANO

Syndrom vyhoření sice není psychiatrickou diagnózou, nicméně u některých osob může velmi závažnou formu se silnou depresivní či úzkostnou symptomatikou, která v mnohých případech vede k vyhledání odborné pomoci (ať už telefonicky, ambulantně nebo formou hospitalizace). Vzhledem k tomu se participantů dají považovat za zranitelnou skupinu osob.

Nicméně vzhledem k tomu, že práce se zaměřuje na proces zotavení u osob, a tedy syndromem vyhoření si osoby procházely primárně v minulosti, autorka nepředpokládá, že by rozhovory a otázky, které jsou v něm zahrnuty, měly vyvolat silnější emoční reakce. Pro případ, že by se tak stalo a rozhovor by u některého z participantů vyvolal silnou emoční reakci, participantů budou odkázáni na vyhledání krizově-intervenční péči

a. Telefonická: Linka první psychické pomoci: 116 123

b. Fyzicky: Krizové centrum RIAPS: +420 222 586 768 či Ambulance krizového centra Bohnice: (+420) 284 016 110

d. Jsou účastníci pacienti?

ANO/NE

Vzhledem k bodu 1c. je možné, že někteří z participantů v minulosti, před, při nebo po proběhlém syndromu vyhoření byli hospitalizováni v důsledku duševních obtíží.

2. Pracuje váš výzkum s osobními daty účastníků? Shromažďuje a zpracovává tato data?

ANO

Pokud ANO:

- a. **Jaký je proces sběru dat, jejich uložení a ochrany, předávání a následného vymazání dat? Jak budou data uložena (LAN, cloud, atd.)? Jaká bude struktura získávaných dat a jejich ochrana (kódování, anonymizace, atd.)? Jak budou data zpracována a příp. dále využívána?**

Sběr dat: Data budou sbírána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které budou realizovány autorkou diplomové práce. Se souhlasem participantů budou rozhovory nahrány a následně přepsány do textové podoby. Přepis bude proveden autorkou za pomoci pověřených osob, které budou zavázány mlčenlivostí. Nahrávka bude poté následně uchována po dobu 1 roku a následně bude smazána.

Uložení dat: Data ve formě nahrávek a prepisů budou uložena ve složce počítače autorky práce, zabezpečené heslem, které bude znát pouze autorka. Při přesunu z jednoho zařízení do jiného s nimi budou manipulováno pomocí USB disku pro maximální ochranu.

Anonymizace: Získaná přepsaná data budou následně anonymizována, a to pomocí odstranění veškerých identifikátorů, které by pomohly ztotožnit participanty.

- a. **Jméno Příjmení:** Místo jména a příjmení bude přiřazen pseudonym ve formě fiktivního křestního jména.
- b. **Věk:** Místo konkrétní číslovky věku bude participant zařazen do věkové skupiny (např. 18-24 let, 25-30 let, ...)
- c. **Pozice:** Konkrétní pozice osoby také nebude zmíněna. Bude pouze rozlišeno, zda se jednalo o zaměstnance organizace (řadového nebo vedoucího) či osobu samostatně výdělečně činnou.
- d. **Organizace:** Místo názvu organizace bude uveden pouze počet zaměstnanců dle velikosti (např. 1-20, 21-50, 51-100...) a také odvětví, ve kterém se organizace pohybuje (služby, výroba, apod.)

Zpracování a následné využití dat: Data budou zpracována za pomoci tematické analýzy a metody zakotvené teorie. Pro zpracování dat budou využity programy: Microsoft Excel a program pro zpracování kvalitativních dat NVivo.

- b. **Jaká bezpečnostní opatření plánujete k ochraně dat?**

Viz. výše zmíněné.

- c. **Obsahují získávaná data citlivé osobní údaje (např. zdravotní stav, sexuální orientaci, etnickou příslušnost, politické názory, náboženské přesvědčení apod.)?**

ANO

V rámci rozhovorů se část otázek zaměřuje na získání dat ohledně toho, zda má osoba nějakou psychiatrickou diagnózu (z minulosti nebo i v současnosti). Tento údaj je důležitý pro znalost případných komorbidit syndromu vyhoření. V návaznosti se bude autorka dotazovat také na případnou medikaci (z minulosti nebo v současnosti), která může být důležitým faktorem v procesu zotavení.

- d. **Zahrnuje výzkum sledování nebo pozorování účastníků? (např. sledování pohybu osobo, údaje o poloze, IP adresy apod.)?**

NE

e. Bude váš výzkum zpracovávat již dříve získané osobní údaje?

NE

3. Budou získaná data poskytnuta dalším subjektům?

ANO

Získaná data budou sloužit primárně autorce diplomové práce při analýzách, za podpory vedoucí diplomové práce Mgr. Ivany Šípové, Ph.D., která tím pádem bude moci do dat také nahlédnout. Posledními subjekty, kterým budou data zpřístupněna budou přepisovatelé, kteří se budou podílet na procesu přepisu dat z nahrávek. Všechny zmíněné osoby budou vázány mlčenlivostí.

Příloha 3

Posudek předloženého návrhu projektu



FILOZOFICKÁ FAKULTA
Univerzita Karlova

Komise pro etiku ve výzkumu

V Praze dne 20. prosince 2024

Č. j.: UKFF/2757/2025

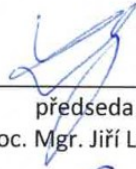
POSUDEK PŘEDLOŽENÉHO NÁVRHU PROJEKTU

Komise pro etiku ve výzkumu FF UK posoudila etickou přípustnost předloženého návrhu projektu *Koncept zotavení u osob se zkušeností se syndromem vyhoření: kvalitativní analýza psychologických potřeb* a to z hlediska jeho celkového zaměření, plánovaných postupů a nástrojů výzkumu, dostatečnosti předpokládané informovanosti účastníků výzkumu a opatření pro ochranu jejich práv a

neshledala žádné rozpory ani nedostatky

vzhledem k požadavkům vyplývajících z právních předpisů České republiky, vnitřních a dalších předpisů univerzity a fakulty a specifických požadavků poskytovatele finančních prostředků a dalších orgánů a institucí, které provedení tohoto posudku nárokují.




předseda komise
Doc. Mgr. Jiří Lukavský, Ph.D.


člen komise

Komise pro etiku ve výzkumu
Filozofická fakulta Univerzity Karlovy
nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1
IČ: 00216208
DIČ: CZ00216208

kev@ff.cuni.cz

<http://www.ff.cuni.cz/fakulta/organy-fakulty/komise-ff-uk/komise-pro-etiku-ve-vyzkumu/>