

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU



Aktivační terapie při syndromu vyhoření.

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Jana Jebavá

Vypracovala:

Iva Boudová

Praha, březen 2011

Prohlašuji, že jsem závěrečnou (bakalářskou/diplomovou) práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje a literaturu. Tato práce ani její podstatná část nebyla předložena k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Trutnově, dne

.....

podpis diplomanta

Evidenční list

Souhlasím se zapůjčením své diplomové práce ke studijním účelům. Uživatel svým podpisem stvrzuje, že tuto diplomovou práci použil ke studiu a prohlašuje, že ji uvede mezi použitými prameny.

Jméno a příjmení:

Fakulta / katedra:

Datum vypůjčení:

Podpis:

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala paní PhDr. Janě Jebavé za vedení mé diplomové práce, za veškeré podnětné připomínky, cenné rady, podporu a všechen čas, který mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat svým kolegyním za ochotnou spolupráci při empirickém výzkumu.

„Není to volný čas, který je hranicí práce, ale je to práce, která je hranicí volného času. Ten se má naplnit uměním, vědou a především filozofií.“¹

Aristotelés

¹ Citát převzat z: <http://citaty.dovrecka.sk/archiv/id-772>

Abstrakt

Název: Aktivační terapie při syndromu vyhoření.

Cíle: Hlavním cílem diplomové práce je uvést do problematiky syndromu vyhoření a prezentovat využití prevence, hlavně uvést aktivační možnosti pohybových aktivit a alternativní terapie (např. muzikoterapie, taneční terapie, divadelní terapie, arteterapie).

Metody: Na základě rešerše z dostupné odborné literatury, kompilace a analýzy získaných poznatků byly pro empirickou část diplomové práce navrženy a zkoumány aplikace, které mohou umožnit zmírnění dopadu „onemocnění“ syndromem vyhoření.

V diplomové práci bylo použito dlouhodobé pozorování skupiny pracovníků - žen ze státní správy z oblasti sociální péče o zdravotně postižené občany a občany sociálně slabé v regionu okresu Trutnov.

Výsledky: Diplomová práce ve své empirické části neboli projektu zpracovává a hodnotí výsledky uvedenými metodami (pozorování, dotazník, zpracování dotazníku). Na základě těchto výsledků jsem zjistila, že 52% respondentek – žen, úřednic státní správy z regionu okresu Trutnov je ohroženo syndromem vyhoření.

Klíčová slova: rizikové faktory, stres, prevence, alternativní aktivační techniky, pravidelné pohybové aktivity.

Abstract

Title: Activation therapy and burnout syndrom

Objectives: The main aim of this thesis is to present the issue of burnout and the use of prevention, especially the activation of physical activity options and alternative therapies (eg, music therapy, dance therapy, drama therapy, art therapy).

Methods: The research of available literature, and compilation and analysis of findings and observations were used in the empirical part of the thesis to design applications that could allow reduce the impact of burnout "disease". There has been used long-term observation of groups of workers - women from the government of social care for the disabled and underprivileged people in the region, district Trutnov.

Results: The empirical part of the thesis(project), develops and evaluates the results of those methods (observation, questionnaire, questionnaire). Based on these results, I found that 52% of female respondents , administration officials from the region of Trutnov District syndrome are at risk of burnout.

Keywords: risk factors, stress, prevention, alternative activation technics, regular physical activity

Obsah:

1. ÚVOD.....	10
2. SYNDROM VYHOŘENÍ.....	12
2.1. Syndrom vyhoření, burnout syndrom – definice.....	12
2.2. Příčiny	13
2.2.1. Stres	14
2.2.2. Frustrace.....	16
2.2.3. Konflikt	17
2.2.4. Přílišná emocionální zátěž	17
2.2.5. Trauma	17
2.2.6. Deprivace	17
2.2.7. Vliv pracovních podmínek	18
2.2.8. Citové vyčerpání.....	21
2.2.9. Další faktory působící syndrom vyhoření	21
2.3. Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření	21
2.4. Projevy	24
2.5. Fáze procesu.....	25
2.6. Jak řešit syndrom vyhoření.....	26
2.7. Prevence proti syndromu vyhoření	27
3. AKTIVAČNÍ TERAPIE JAKO PREVENCE	29
3.1. Mechanismus prevence.....	29
3.2. Druhy aktivačních terapií.....	31
3.2.1. Arteterapie.....	31
3.2.2. Muzikoterapie.....	32
3.2.3. Taneční terapie	32
3.2.4. Dramaterapie	32
4. ZMĚNY VZNIKAJÍCÍ PŘI PRAVIDELNÉ FYZICKÉ ZÁTĚŽI.....	33
4.1. Metabolismus	33
4.2. Vnitřní prostředí.....	34
4.3. Krevní oběh.....	34
4.3.1. Struktura.....	35
4.3.2. Srdeční frekvence	35
4.3.3. Tepový objem.....	36
Tepový objem u aerobně trénujících roste, jak bylo popsáno výše. Při fyzické zátěži pak první roste tepový objem, který může dosáhnout až 200ml (oproti netrénovanému 150) a teprve poté se zvyšuje srdeční frekvence (Havlíčková, 1999).	36
4.3.4. Periferní rezistence	36
4.4. Dýchací aparát	36
4.5. Svalový a podpůrný systém	37

4.6.	Nemoci.....	38
5.	CÍLE A ÚKOLY PRÁCE, HYPOTÉZY	40
6.	METODIKA PRÁCE	41
6.1.	Charakteristika zkoumané skupiny	41
6.2.	Použité metody	41
6.3.	Sběr dat	42
7.	VÝSLEDKY	43
7.1.	Zpracování dotazníku BM	43
7.1.1.	Postup při zpracování.....	43
7.1.2.	Souhrn výsledků	44
7.2.	Zpracování speciální části dotazníku	45
7.2.1.	Otázka č.1: Kolik je Vám let?	46
7.2.2.	Otázka č.2: Jak dlouho pracujete ve státní správě?	47
7.2.3.	Otázka č.3: Jakým způsobem vyplňujete svůj volný čas?	48
7.2.4.	Otázka č.4: Cítíte se odolná vůči pracovním povinnostem?	48
7.2.5.	Otázka č. 5: Čím kompenzujete pracovní vypětí	49
7.2.6.	Otázka č.6: Věnujete se s pravidelností některým aktivitám vyplňujícím volný čas (sport, kultura, rodina, relaxace, jiné)?	50
7.2.7.	Otázka č.7: Provozujete nějakou pohybovou aktivitu? (např. chůze, běh, tanec, plavání, aerobik, volejbal... a další)	51
7.2.8.	Otázka č.8: Jak často praktikujete pohybové aktivity?	52
7.2.9.	Otázka č.9: Jaké máte v zaměstnání podmínky?	53
7.2.10.	Otázka č.10: Jste zaměstnavatelem ohodnocena dle svých představ?.....	54
7.3.	Vyhodnocení dotazníku	55
7.3.1.	Četnost indexu BQ v závislosti na věku respondenta.....	55
7.3.2.	Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na délce zaměstnání.....	57
7.3.3.	Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na pocitu odolnosti vůči pracovním povinnostem	59
7.3.4.	Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na pravidelnosti provozování pohybových aktivit	60
7.3.5.	Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na ohodnocení dle představ respondenta.....	62
7.3.6.	Rozdělení dle závislosti pocitu odolnosti a četnosti praktikování pohybových aktivit.....	64
8.	DISKUSE - VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ	66
8.1.	Hypotéza č.1	66
8.2.	Hypotéza č.2.....	67
8.3.	Hypotéza č.3.....	67
8.4.	Hypotéza č. 4.....	69
9.	ZÁVĚR	71
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	73
	PŘÍLOHY	76

1. Úvod

Téma mé diplomové práce je syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence. Syndrom vyhoření je v naší společnosti stále aktuálnější téma. V dnešní uspěchané době, ve které je kladen velký důraz na kariéru a zvládání co nejvíce věcí v co nejkratším čase, je člověk vystaven neustálému psychickému stresu. Se stresem se setkáváme doma, v rodině, na pracovišti, někdy i ve volném čase. Neustálý život ve stresu může poznamenat člověka a jeho vnímání okolního světa. Proto si myslím, že vybrané téma je velmi důležité.

K výběru tématu mě inspirovalo prostředí, ve kterém pracuji. Jsem zaměstnaná jako referentka lékařské posudkové služby, kde posuzujeme zdravotní stav našich spoluobčanů v návaznosti na různé dávky sociální péče. Práce je někdy velmi náročná. S kolegyněmi se někdy cítíme jako „vyždímaný hadr“ neustálým navalováním administrativy. K tomu se přidává frustrace z neustálých změn v metodice práce, změn zákonů, nedostatečném vedení nadřízených složek, nesouladu ve výkladu zákonů ve spolupracujících organizacích. V současné době i nejistota pracovníků z dalších připravovaných strukturálních změn naší politickou reprezentací.

Pracuji v oblasti, kde syndrom vyhoření může zažít každý. Práce sociálních pracovníků – úředníků státní správy, zabývajících se prací s klienty zdravotně postiženými, jejich pečovateli, rodinami, je velmi náročná. Někteří klienti jsou přímo existenčně závislí jen na sociálních dávkách. Úředníci sociální správy jsou tu hlavně od toho, aby svým klientům v jejich těžké situaci pomáhali, ale mnohdy jsou tak sešňorováni zákony a administrativou, že na vlastní práci s klienty zbývá minimum času. Na jedné straně jsou to úředníci, kteří musí zvládnout svou pracovní náplň, což je především „papírování“, a na druhé straně jsou to velmi empatictí lidé, kteří mají velmi vyvinuté sociální cítění, díky kterému byli pro svou práci vybráni. Své klienty znají a snaží se jim pomáhat v rámci zákonných možností, kterými jsou limitováni. I přes svou snahu pomoci se někdy setkávají s nepochopením, nespokojeností klientů. Asertivní chování pracovníků může pak vyústit v nepřiměřené reakce, agresivitu atd.

I přes všechny problémy, se kterými se pracovníci potýkají, většina svou práci miluje a dává jí vše. Je však potřeba, aby viděli smysl života i jinde než jen v práci. Myslím si, že žít jen svojí prací je dlouhodobě neúnosné. I když se nám daří. V této práci, kde výsledek je nejistý, je důležité umět odpočívat, žít i pro jiné věci, žít pro sebe. Protože se jedná o velmi rizikovou skupinu lidí z hlediska „onemocnění“ syndromem

vyhoření, zajímalo mě, jakými možnými prostředky prevence proti němu bojovat. Studuji školu, ve které se učím vše možné o sportu, zaměřila jsem se v tomto směru na vliv pravidelné fyzické aktivity, jedné z forem aktivačních terapií jako určité prevence vzniku syndromu vyhoření.

Teoretická část je zaměřena na seznámení se s pojmem syndrom vyhoření. Analyzuji syndrom vyhoření, jeho projevy, jaké jsou rizikové faktory a co je vlastní příčinou vzniku syndromu. Zaměřila jsem se na pracovní zázemí a vliv stresu. Druhá část teoretické části se zabývá vybraným preventivním faktorem, což je pravidelná fyzická zátěž. Rozebírá vliv pravidelného cvičení na organismus a pojednává o příslušných adaptačních změnách lidského těla. Závěr teoretické části vysvětluje roli pravidelného cvičení jako preventivního faktoru, který pomáhá zvyšovat odolnost a snižuje tak riziko vzniku syndromu vyhoření. Empirická část má pak teoretickou část podpořit a dokázat, že lidé, kteří pravidelně cvičí, jsou skutečně odolnější a syndrom vyhoření se u nich rozvíjí v menším procentu.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem jsem stanovila hypotézy:

1. Práce ve veřejném sektoru s sebou přináší stres a predispozice k rozvoji syndromu vyhoření. Stresové prostředí vyvolává vznik syndromu vyhoření.
2. Zkoumaná skupina pracujících v sociální sféře má po 5 letech práce tendenci „onemocnět“ syndromem vyhoření.
3. Pravidelné cvičení a další aktivační terapie jsou faktory, které pomáhají lépe zvládat stres a zvyšují odolnost vůči vzniku syndromu vyhoření. Lidé, kteří pravidelně cvičí, se cítí odolnější
4. Pracovníci ve veřejném sektoru podceňují důležitost správného využití volného času pro aktivační terapie jako prevenci syndromu vyhoření.

2. Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je v dnešní době stále známější spojení. Setkáváme se s ním jak v odborných, tak i populárních časopisech. Téma je námětem velkého množství cizojazyčných publikací a v posledním desetiletí se začínají objevovat i publikace českých autorů. „Uvádí se, že až pětina lidí produktivního věku je přetížena a téměř deset procent trpí syndromem vyhoření.“ (Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2010, s. 40) Co je syndrom vyhoření? Co se s tím dá dělat a koho se týká? Na tyto otázky a další se pokusím odpovědět v následujícím textu.

2.1. Syndrom vyhoření, burnout syndrom – definice

Český název syndrom vyhoření je doslovný překlad anglického spojení *burnout syndrom*. *Burn* v angličtině znamená hořet, *burn out* pak znamená vyhořet či dohořet. Pro pochopení vzniku a významu spojení *burnout syndrom* si představme například hořící svíčku. V případě, že ji zapálíme a bude-li mít dostatek zdrojů pro svůj plamen, bude hořet. Ale po určité době, dojde-li jí určitá živina, její plamen se zmenší a postupně vyhasne. V praktickém životě lze hořící plamen přirovnat k lásce. I láska, která začala bláznivým vzplanutím a měla dlouhou fázi šťastného zamilování, může pohasnout a dokonce i vymizet.

A stejně tak je chápán pojem *burnout syndrom*, který poprvé jako odborný termín použil Hendrich Freudenberger ve své stati, kterou publikoval v časopise „Journal of Social Issues“ roku 1974 (Kebza, Šolcová 2003, s. 6). Jedná se o celkové vyčerpání osobnosti, vyčerpání fyzické, psychické i emocionální.

Pro syndrom vyhoření neexistuje žádná ustálená a zcela jednotná definice, avšak mnoho autorů se snaží vyjádřit podstatu tohoto stavu různými slovy:

Henrich Freudenberger

„Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“ (Křivohlavý, 1998, s. 49)

Agnes Pines a Elliott Aronson

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“ (Křivohlavý, 1998, s. 49)

Myron D.Rush

„Stav vyhoření lze definovat jako druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.“ (Rush, 2003, s. 7)

Z výše uvedených definic je zřejmé, že syndromu vyhoření musí předcházet prvotní nadšení a zaujetí pro práci. Lidé, kteří jsou tedy adepty na rozvinutí burnout syndromu, jsou cílevědomí, pracovití a zapálení pro svou práci a pro dosažení svého cíle. Je také známo, že určité profese jsou rizikovější, a to především ty, které jsou spojeny s častou komunikací s lidmi.

Syndrom vyhoření jako diagnostická jednotka existuje, avšak podle ICD² není klasifikována jako nemoc (Stock, 2010). Patří tak pouze do vedlejší doplňkové kategorie a znamená to například, že jeho léčba není hrazena zdravotními pojišťovnami. Dalším důsledkem tohoto faktu je, že lidé postižení syndromem vyhoření se neléčí v poradnách či na klinikách, přestože by to jejich stavu výrazně pomohlo (Kallwass, 2007). Sami nemocní si nemusí uvědomovat, že jejich stav vyžaduje specifickou léčbu. Dalším důvodem může být, že ani lékaři si dostatečně neuvědomují přítomnost a závažnost této problematiky a zpravidla léčí důsledky syndromu vyhoření (např. deprese) a nepronikají do hloubky problému.

2.2. Příčiny

V této podkapitole bych ráda rozebrala několik faktorů, které vedou k rozvoji syndromu vyhoření. Je jasné, že ne všechny faktory působí vždy najednou a stejně tak ne každý

² ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace)

člověk vnímá daný faktor jako problém, avšak každý z níže uvedených faktorů může být buď spouštěcím mechanismem anebo poslední kapkou.

Pokud bychom se však snažili najít a definovat nějaké základní příčiny vzniku syndromu vyhoření, je zde velmi zajímavý rozbor Christiny Maslach, a to zdali se vlastně máme ptát na otázku, *kdo* za to může, či *co* za to může (Maslach, 2003). Jedinec v dané situaci zpravidla poukazuje na to, *kdo* se k němu jak zachoval, či nezachoval, avšak z pohledu nezávislého pozorovatele můžeme jako zdroj negativních emocí spíše označit celou situaci a pak se tedy ptát, *co* tuto situaci způsobilo. Nyní se budeme věnovat několika takovýmto situacím a rozebereme si jejich příčiny a možné důsledky.

2.2.1. Stres

Stres se uplatňuje v rozvoji syndromu vyhoření velmi často, avšak neznamená to, že syndrom vyhoření je způsoben stresem (Potterová, 1997). Příčina syndromu vyhoření je zpravidla mnohem komplexnější, a proto není vhodné při řešení syndromu vyhoření se zaměřit pouze na řešení stresu, to rozhodně není totéž, i přestože je to jeden z nejdůležitějších faktorů.

Může se zdát jednoduché definovat pojem stres, přesto se budu držet odborníků. „*Ke stresu dochází vždy, když vaše tělo nebo váš mozek reaguje na nějakou skutečnou nebo domnělou situaci.*“ (Boenish, Haneyová, 1998, s. 11) Podnět, který vyvolá určitou reakci, se nazývá stresor. V moderní době rychlého života je stres vnímán především jako negativní zátěž organismu, avšak stres může být i pozitivní. Z kvalitativního hlediska odezvy dělíme stres na eustres (pozitivní) a distres (negativní) (Hošek, 1997). Stresory kolem nás udržují naše tělo bdělé, a proto jak uvádí Boenish a Haneyová ve své knize: „*pouze lidé odpočívající na hřbitově jsou zcela zbaveni nutnosti stresu odolávat*“ (1998, s. 9).

Je proto důležité si uvědomit, že stres může být jednak negativní, tak i pozitivní. Navíc, někteří jedinci pro lepší výkon dokonce potřebují určitou míru stresu. Člověk se teprve pod náparem stresu cítí motivován, není znuděn a stres se stává jeho motorem. Vztah výkonnosti jedince a míry stresu pak ukazuje Yerkes-Dodsonův zákon (graf 1) (Stock, 2010, s.19). Proto i nevytíženost a převažující nuda v zaměstnání může vést až k rozvoji syndromu vyhoření, jelikož člověk se může cítit nevytížený, nepotřebný (Kallwass, 2007). Další důležitý fakt je, že stejný stresor působí na různé osoby jinou mírou. Dokonce, je-li pro jednu osobu pozitivní, někdo jiný ho může považovat za negativní. Rozhodující pro konečný stav jedince je poměr a vyváženost negativních a

pozitivních stresorů. Neméně podstatná je také intenzita a trvání stresových faktorů. I pro člověka, který zvládá stresové situace dobře, snad je i vyhledává, existuje určitá míra snesitelnosti. V rozvoji syndromu vyhoření je jedním z nejdůležitějších faktorů právě dlouhodobé vzdorování převažujícím negativním stresorům, kdy se stav může dostat až do situace distresové (tj. patologicky působící stres). Pak negativní stres přesahuje zvládnutelnou hranici (Křivohlavý, 1998). Stres se potom stává chronickým, což znamená, „že stresory působí na člověka nepřetržitě po delší dobu, aniž by dotyčný měl možnost se dostatečně zotavit“ (Stock, 2010, s. 18). Negativní stresory působící na náš organismus pak můžeme rozdělit do tří skupin: stresory fyzické (hluk, hlad), psychické stresory (časová tíseň), sociální stresory (konflikt s kolegy) (Stock, 2010). Stresory můžeme dělit také na akutní a chronické. Akutní stresor (autonehoda, ponižující situace) může při silné intenzitě vyvolat „*posttraumatický stres, který je charakteristický trvalým úzkostným stavem s náhlými reakcemi (zrychlená srdeční činnost, pocení, někdy intenzivní strach...) na jinak běžné zvuky a stimuly*“ (Cungi 2001, s 20). Mohou se dostavit i deprese. Chronické stresory (přetížení, pracovní podmínky) vyvolávají trvalou reakci, která daného jedince vyčerpává.

Pojem stres lze tedy definovat jako zátěžovou situaci a reakce na ni má své specifické fyziologické i psychické příznaky.

Mezi fyziologické příznaky patří:

- pocit závratě
- pocení
- mydriasa
- sucho v ústech
- ztuhlá šíje, ramena
- zrychlené a povrchové dýchání
- zrychlená srdeční akce
- nauzea
- studené a vlhké dlaně
- pocit slabosti v nohou

Mezi psychické reakce na stres patří:

- vytěšňování
- pocit nejistoty, úzkosti

- zapomnětlivost
- pocit napětí a vzrušení
- děsivé sny
- pocit nespokojenosti a nepříjemných zážitků
- podrážděnost
- pocit vlastní nešikovnosti
- nutkání k pláči
- přehnané reakce

(Boenisch, Haneyová, 1998)

Všechny tyto příznaky lze zahrnout do určitého procesu reakce na stresory, který má dle Vágnerové tři fáze (Vágnerová in Jeklová, 2006):

- fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění si dané zátěže
- fáze hledání nejlepší strategie obrany proti stresu
- fáze poslední, která závisí na schopnosti organismu stresu odolávat a je to:
 - zvládnutí stresu – projev obranných mechanismů
 - rozvoj stresu – selhání obranných reakcí

Podobné členění reakce na stresovou situaci uvádí ve své publikaci i Hošek, který stres popisuje jako určitou fyziologickou reakci probíhající jako generální adaptační syndrom (GAS) a reakce má tyto fáze (Hošek, 1997):

- alarm – poplachová reakce organismu
- rezistence – reakce obrany a odolávání
- exhausce – stádium vyčerpání

2.2.2. Frustrace

Frustrace je pojem, který označuje stav neuspokojení. „*Frustrace je situace zmaru.*“ (Hošek 1997, s. 31) V případě, že něco děláme, zpravidla vidíme nějaký cíl. Máme určitý obraz, co bude, až cíle dosáhneme. Může se jednat o náš vlastní dobrý pocit, finanční odměnu či jiný způsob ocenění naší práce. V případě, že odměnu dostaneme, mluvíme o uspokojení (satisfakci). Nedostaneme-li však to, co jsme očekávali, zachvátí nás pocit neuspokojení (frustrace) (Křivohlavý, 1998).

Frustrace je stejně jako stres individuální záležitostí, což je pochopitelné i z důvodu, že každý má očekávání jiná. Člověk pociťuje zklamání, přičemž reakce se případ od případu může různit. U někoho může být reakcí pocit zmaru a rezignace, u někoho

může naopak frustrace stimulovat vytrvalost a posílení úsilí. Důsledky frustrace tak mohou být různé a patří mezi ně již zmiňovaná rezignace, kompenzace (nalezení náhradního cíle), fixace (opakovaná snaha o překonání překážky, stupňování motivace a racionalizace (rozumové zdůvodnění neúspěchu) (Hošek, 1997).

2.2.3. Konflikt

Konflikt neboli rozpor můžeme definovat v několika aspektech našeho života. Může se jednat o konflikt mezi tím, co chci a co mohu, nebo o konflikt mezi lidmi.

Negativní mezilidské vztahy mají velký význam u rozvoje syndromu vyhoření, ať už se uplatňují na pracovišti nebo v rodině. Negativní dopad těchto vztahů nastává tehdy, je-li rozpor závažný a trvá-li velmi dlouho. V případech psychického vyhoření není neobvyklé, že sociální opora daného člověka byla nějakým způsobem narušena, a proto je pochopitelné, že člověk v takovéto situaci má větší tendenci propadat zoufalství a ztrácet smysl života.

2.2.4. Přílišná emocionální zátěž

Zpravidla se jedná o případ, kdy jsou na jednotlivce kladeny vysoké nároky na kladné emocionální vztahy mezi lidmi. Tato přílišná zátěž se typicky vyskytuje u zaměstnanců zdravotních zařízení, u sociálních pracovníků, úředníků a podobně.

2.2.5. Trauma

Pod pojmem trauma si můžeme představit situaci, která vyvolává umělé poškození nebo ztrátu. Mluvíme-li zde o ztrátě, rozumíme tím ztrátu víry, pocitu jistoty. Člověk je velmi ovlivněn vlastními city a ztrácí schopnost soudnosti.

2.2.6. Deprivace

Pojmem deprivace rozumíme stav, kdy naše potřeby nejsou dostatečně uspokojovány. Význam slova potřeba je velmi široký, a proto si *potřeby* rozdělíme do několika skupin hierarchicky, dle jejich naléhavosti jak je rozděluje americký psycholog A.H.Maslow (Nakonečný, 2003):

- základní potřeby – fyziologické (uspokojení hladu, žízně, sexu) a potřeba bezpečí
- potřeby psychologické – potřeby přináležitosti a lásky, potřeby uznání

- potřeby sebeaktualizace – potřeba realizace vlastní osobnosti, růstu, potřeby kognitivní a estetické

V případě rozvoje syndromu vyhoření jsou postiženy nejvíce poslední dvě kategorie. Z hlediska deprivace pak hovoříme o pěti hlavních potřebách, jejichž neuspokojení nás přivádí do stavu pocíťovaného ochuzení. Jedná se o deprivaci spánkovou, emoční (problém vývojové psychologie), senzorickou, sociální a pohybovou (Hošek, 1997). Schopnost čelit nedostatečnému uspokojení určité potřeby je ryze individuální záležitost a závisí na mnoha faktorech jako jsou motivace, trénovanost a další osobní faktory. Je dobré si uvědomit, že v dnešní době má člověk mnohem vyšší nároky a tedy i více potřeb, čímž se stává zranitelnějším vůči deprivaci, neboli neuspokojení některé z nich (Hošek, 1997).

2.2.7. Vliv pracovních podmínek

V tomto bodě můžeme mluvit o jakémisi komplexu faktorů, které ovlivňují naši psychiku, výkonnost a nadšení pro práci.

Podívejme se ale nejprve co pro nás práce znamená. Uvědomme si, že práci trávíme většinu našeho aktivního času. Studování této problematiky ukázalo, že vztah k práci je srovnatelný se vztahem k lidem (Leiter, Maslach, 2005). Je pro nás minimálně stejně důležitý. Dokáže nám znepríjemnit život stejně jako přinést potěšení. Je za potřebí na něm pracovat stejně jako na mezilidských vztazích.

Téměř všichni pracující, u kterých dochází k rozvoji syndromu vyhoření, mají v zaměstnání jeden společný problém a tím je přetěžování (Maslach, 2003). Jedná se především o časové přetěžování ve formě vynucených přesčasů a neustálého nestíhání daných lhůt. Tento stav nastává, jsou-li na pracovníka kladeny nároky, které jsou nesplnitelné v daném časovém období. Problematika nedostatku času je ještě zhoršována narůstajícími a stále se měnícími administrativními požadavky (Čeledová, Čevela, 2009).

Dalším důležitým faktorem jsou nadřizení. Ti mohou mít velký vliv na naše pracovní nadšení ať už v negativním či pozitivním smyslu. Každý z nás zajisté připustí, že kritika ze strany nadřízeného může být prospěšná, jelikož pomáhá zaměstnancům se zlepšit. Pokud jsou ale nadřizení kritičtí až moc, může to mít opačný vliv, protože neustálá kritika podkopává veškeré snažení a podřízený si může připadat neschopný, bezcenný a k ničemu (Potterová, 1997). Bohužel nepřetržitá kritika může přijít i z dalších stran, než jsou nadřizení, a to například ze strany klientů. Efekt je pak úplně

totožný. Pozice nadřízeného by ale měla také zaměstnanci dávat možnost obrátit se na něho například s prosbou o radu, kterou by měl nadřízený poskytnout. Zde může být problémem vytyčit si hranice, kdy je tato prosba oprávněná či nikoli. Příliš kritizující nadřízený může ve svých zaměstnancích vzbuzovat nedůvěru a všeobecně nastartovat špatné vztahy mezi podřízeným a zaměstnavatelem.

Velmi často se vyskytujícím negativním faktorem je nedostatečné uznání. Patří k tomu jednak výše zmíněná frustrace vztažená na pracovní záležitosti a dále také permanentní platové hodnocení v zaměstnání. Bohužel tento problém se týká převážné většiny zaměstnanců, což dokazují neustálé stávky a demonstrace. Ale upřímně, kdo by nechtěl za svou práci dostat víc peněz? Velkým problémem se tento faktor jeví, je-li celková situace rodinného rozpočtu ve špatném stavu. Nedostatek financí se může stát velmi silným stresorem a může přispět k rozvoji syndromu vyhoření.

Dalším problémem může být nedostatečná autonomie³ zaměstnance. Jako příklad lze uvést sociálního pracovníka, který má přesné pokyny, jak postupovat v daných situacích (Maslach, 2003). Avšak, když klasické postupy nefungují, není oprávněn jednat dle vlastního uvážení. Tento fakt může zaměstnance frustrovat, ale také to může snižovat jeho sebevědomí, jelikož danou situaci nemůže vyřešit.

Velmi negativní je situace, je-li pracovník zaměstnán na pozici, která neodpovídá jeho kvalifikaci (Potterová, 1997). Bohužel situace není nikterak výjimečná a častěji postihuje ženy, které nemohou nalézt práci odpovídající jejich vzdělání, a proto jsou nuceny přijmout práci jinou, která jejich kvalifikaci neodpovídá. Ženy jsou pak velmi náchylné k rozvoji syndromu vyhoření, ať už z nedostatečného uznání, nebo čistě jen z důvodu, že daná práce pro ně není dostatečně naplňující.

V neposlední řadě tu jsou spolupracovníci a vztahy na pracovišti. Jak nazvala jednu kapitolu ve své knize Maslach, jsou pracovníci přátelé či nepřátelé? Je velmi obtížné dosáhnout kýženého zlatého středu, kdy by existovala mezi spolupracovníky určitá rivalita, která by vedla ke zlepšení výkonnosti, a zároveň by na pracovišti vládla přátelská atmosféra. Navíc toto není v kompetenci pouze zaměstnavatele, a proto je těžké vymyslet preventivní opatření. Přitom je to jeden z nejzásadnějších faktorů přispívající k rozvoji syndromu vyhoření. Mít ve svých spolupracovnících pouze nepřátele, je velmi nežádoucí situací, protože je tím omezena jakákoli možná mimopracovní sociální interakce, což pro člověka, tvora společenského, rozhodně není

³ Autonomie = funkční samostatnost, svébytnost, nezávislost

prospěšné. Chybí zde určitá kompenzace, kdy i náročný den se může stát slunečným, máte-li po boku přítele. Na druhou stranu přátelství, které přinášejí dlouhé rozhovory, se může zaměstnavateli oprávněně zdát neefektivní a může vlastní pracovníky rušit z vykonávání jejich povinností.

Určitou roli může hrát i prostředí jako takové. Může negativně ovlivňovat naše rozpoložení. Například přiměřené osvětlení, klima či hluk jsou faktory, které se mohou zdát jako banální záležitost, ale pokud nám nevyhovují, mohou mít negativní dopad na naši celkovou náladu a tím ovlivňovat naše jednání (Kavenská, 2009).

Až doteď jsme se zaměřovali především na problematiku pozic podřízených, ale i vedoucí pozice mohou být nositeli faktorů, které přispívají k rozvoji syndromu vyhoření. Je pochopitelné, že na vedoucích místech se uplatňuje především stres, který je zde potřeba vyzdvihnout. Jde o to, že lidé ve vedoucích pozicích mohou cítit příliš velký tlak ze strany svých podřízených, kteří „všechno“ nechávají na vedení. Velmi dobrým příkladem jsou ředitelé škol, kdy jsou na ně kladeny vysoké nároky ohledně vzdělávání, výchovy a bezpečnosti žáků (Maslach, 2003). I přestože je jasné, že ředitel nemůže dohlédnout na každého žáka dané školy (ať už je kapacita školy 100 nebo 1000 žáků), rodiče s největší pravděpodobností se zásadním problémem přijdou za ním, stejně tak jako učitelé, kteří mohou mít problém zase naprosto odlišný. Tento neustálý tlak vede k přetěžování, přemíře stresu a dalším negativním situacím.

Pracovní podmínky bychom mohli označit pojmem „kultura organizace“, spojení používané v České republice od 90.let minulého století, opožděné asi o 20 let oproti vyspělým zemím. Pod tímto pojmem si můžeme představit „*soubor základních předpokladů, hodnot, postojů a chování, které jsou sdíleny v rámci organizace a které se projevují v myšlení, cítění a chování členů organizace a v artefaktech (výtvorech) materiální i nemateriální povahy*“ (Lukášová in Havrdová, 2010, s. 236). Ve spojitosti s tímto pojmem Maslach a Leiter vyvinuli výzkumný dotazník, který umožňuje popsat kulturu dané organizace a odhadnout možné zdroje vzniku syndromu vyhoření u jejich zaměstnanců (Havrdová, 2010), jelikož právě Christina Maslach se zabývá spojitostí syndromu vyhoření se zaměstnáním. Tento dotazník umožňuje zaměstnavatelům zjistit stav na jejich pracovišti a dále dává prostor intervenci či rozvoji preventivním opatřením.

2.2.8. Citové vyčerpání

Až doteď jsme hovořili především o faktorech spojených s prací, ale syndrom vyhoření může nastartovat i citové vyčerpání (Kallwass, 2007). Jedná se například o nevyřešitelnou situaci mezi milenci, kdy jeden si přeje vztah posunout dále, což druhý neopětuje. Ale první je ke své drahé polovině natolik vázán (ať už láskou, nebo strachem ze samoty), že situaci tedy ponechává tak, jak je, avšak dostatečně ho to neuspokojuje. Neřešitelnost situace jedince citově velmi vyčerpává, což se může projevit negativně jednak v zaměstnání a jednak ve vztazích s dalšími lidmi. Citové vyčerpání pak může vést k vyčerpání fyzickému a k rozvoji syndromu vyhoření.

2.2.9. Další faktory působící syndrom vyhoření

Existují i další faktory, které dopomáhají rozvoji syndromu vyhoření. Zmíníme se o takových, které souvisí hlavně s povahou člověka. Jsou to:

- neschopnost přibrzdit – lidé tzv. workoholici
- perfekcionismus
- snaha udělat všechno sám
- přehnaná pozornost věnovaná cizím problémům
- nereálná očekávání
- enormní rutina
- a další (u lidí věřících to pak může být například nesprávný pohled na Boží priority v lidském životě)

(Rush, 2003)

2.3. Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření

Existují určité činitele a rysy, které přispívají k rozvoji vyhoření. Můžeme je nazývat rizikovými faktory. Ty si rozdělíme do dvou skupin, na vnější a vnitřní.

Vnější rizikové faktory představují určité situace a stav okolí pracujícího. Zároveň mezi ně můžeme řadit i typická zaměstnání, ve kterých jsou zaměstnanci rozvojem syndromu vyhoření ohroženi nejvíce.

Riziková povolání:

- lékaři
- zdravotní sestry

- psychologové, psychiatři
- sociální pracovníci
- policisté
- pracovníci nápravných zařízení
- žurnalisté
- politici
- duchovní
- vedoucí pracovníci
- administrátoři
- pedagogové
- podnikatelé a manažeři
- obchodníci
- úředníci

Můžeme si povšimnout některých společných charakteristik, kde na prvním místě je neustálý kontakt s lidmi. V tomto případě je velmi důležitým faktorem nedostatečné ocenění práce za strany klientů nebo vedení. Mezi dalšími můžeme jmenovat nedostatek času nebo personálu, což vede k pracovnímu přetěžování. Mezi vnější rizikové faktory dále patří situace v rodině. V případě špatného finančního zázemí nebo vztahových či zdravotních problémů mohou lidé cítit ještě větší napětí.

Oproti tomu jsou vnitřní rizikové faktory především záležitostí člověka samotného. Rizikovým faktorem je potom člověk s typem lidského chování „A“, které společně s typem „B“ popsal Friedman a Roseman (Křivohlavý, 1998).

Chování typu „A“ je charakteristické energičností a soutěživostí jedince. Lidé jsou pracovití a cílevědomí, přesčasy pro ně nejsou neznámou. Jsou stejně nároční i na ostatní. Velmi často tito jedinci umírají na infarkt myokardu.

Chování typu „B“ se liší tím, že i když jsou jedinci stejně pracovití, úspěch u nich není na prvním místě. Mají více času na rodinu i vlastní odpočinek. Mají větší okruh zájmů a k druhým mají více pochopení. Jen málo z nich umírá na následky infarktu myokardu.

Friedmanovo a Rosemanovo dělení typu chování není jediné, avšak pro pochopení rizikových charakteristik bych ho označila za nejnázornější. Avšak dle výzkumu zveřejněného v časopise *Work & Stress* není chování typu A jasnou predispozicí (Alarcon, 2009). Tito lidé mají tendenci k vysokému výkonu, což je první předpoklad

pro vznik syndromu vyhoření, ale není tolik asociován s možností depersonalizace a emocionálního vyčerpání. Dle výzkumu se jedná spíše o neutrální vztah typu chování A a vzniku syndromu vyhoření.

Dalším vnitřním rizikovým faktorem je nízká odolnost jedince. Co to znamená, je-li člověk odolnější? „*Odolnější lidé vykazují nižší emoční vzrušivost a jejich reakce na stresové podněty bývá méně intenzivní a pomalejší.*“ (Stock, 2010, s. 49) Se zátěží se lépe vyrovnávají a rychleji se zotavují. Podle Antonovského mají odolnější lidé tzv. vědomí souvztažnosti, což znamená, že mají pozitivní pohled na svět a jeho život jim připadá smysluplný. Antonovsky pak definuje smysluplnost života pomocí několika parametrů mezi něž patří: mít cíle a závazky, mít vlastní hodnotový systém, schopnost řízení a ovlivňování vlastní životní role, být si vědom vlastní hodnoty, mít smysl pro humor a mít odstup a nadhled (Stock, 2010). Toto vědomí souvztažnosti je individuální záležitost, kterou jedinec získává během svého života, a to především díky svému okolí. Velmi podobně je pak definován pojem resilience, což v doslovném překladu znamená nesdolnost. Resilience je, podobně jako vědomí souvztažnosti, komplex určitých vlastností člověka (úsudek, nezávislost, kreativita, smysl pro humor), které mu pomáhají lépe zvládat stresové situace, a je to stejně tak schopnost získaná (Stock, 2010).

Mimo výše uvedených typů chování existují další osobnostní charakteristiky a vlastnosti, které jsou pro daného jedince vlastním rizikovým faktorem, lidé ctižádostiví, cílevědomí, odhodlaní, nadměrně samostatní a soutěživí (Rush, 2003). Soutěživost u cílevědomých lidí je v naší společnosti velmi podporována a spousta zaměstnavatelů svým způsobem vybízí své podřízené k tomu ukázat, kdo je zde lepší, což je z hlediska výkonnosti zaměstnanců rozhodně pozitivní, avšak pro člověka s vysokými cíli to může být velmi stresující, a to především trvá-li výzva moc dlouho.

Rizikovým faktorem pro vznik syndromu vyhoření může být také nevhodné emoční nastavení (Černá, 2010). Toto nastavení může být dáno například postojem rodičů k vlastnímu dítěti, které nedostatečně chválí a neustále ho kritizují a vypichují jeho chyby. Takovýto člověk pak může již od dětství mít pocit, že nic neudělá správně a že se musí neustále víc snažit. A může se jednat o velmi inteligentního a šikovného pracovníka, který si ale sám sebou není jistý a proto je vlastními pocity nucen pracovat více, rychleji a lépe.

Určitým vnitřním faktorem je i demografická charakteristika o daném člověku. Můžeme se podívat na několik kategorií, u kterých se vyskytují určité rozdíly v predispozici pro rozvoj syndromu vyhoření:

- věk – u starších jedinců je riziko rozvoje syndromu vyhoření menší
- pohlaví – riziko je pro obě pohlaví podobné, u žen se častěji objevuje emocionální vyčerpání, u mužů je to depersonalizace
- rodinný stav – obecně je riziko vzniku syndromu vyhoření vyšší u jednotlivců, tudíž lidí bez partnera, bez dětí

(srov. Maslach, 2003, Ptáček, Kuželová, Čeledová, 2010)

2.4. Projevy

Pojďme se nyní podívat, jak se člověk, u kterého dochází k rozvoji syndromu vyhoření, cítí a jak tento syndrom vnímá jeho okolí.

Vlastní pocity jedince jsou spojeny s výše uvedenými definicemi. Člověk se cítí vyčerpáný a to jednak tělesně, tak emocionálně. Každá složka má v různých případech jiné zastoupení. Například u zdravotních sester se zpravidla nejprve objevuje pocit fyzické únavy a teprve k tomuto pocitu se přidává únava psychická. Oproti tomu u úředníků, kteří mají sedavou práci, je emocionální vyčerpání v popředí již od začátku. Člověk se tedy cítí unaven, „vyřízen“, vyždímán a opotřebován (Maslach, 2003). Má pocit bezcennosti, slabosti, úzkosti. Ztrácí své iluze a naděje, jeho sny se rozpadají. Člověk je plný pesimismu, cítí se depresivně. Ztrácí své schopnosti pomáhat ostatním. Pociťování negativních emocí jako je frustrace, deprese a nespokojenost se u nich stává chronickou záležitostí (Potter, 1997).

K psychickým pocitům se přidávají i fyzické známky vyčerpání. Člověk je ochablý, apatický. Časté jsou problémy na úrovni vegetativních funkcí, z nichž nejčastěji pozorujeme zažívací obtíže, bolesti u srdce či obtíže dýchací. Velmi častá je bolest hlavy a svalstva. Poruchy spánku, kdy je typicky nejvíce postižena fáze usínání. Člověk se stává náchylnějším k nemocím (Tošner, Tošnerová, 2002). Je také velmi časté využívání chemických prostředků jako řešení negativních emocí, mezi které patří zejména alkohol, léky na spaní, cigarety a další (Potter, 1997). Toto neřeší daný problém, naopak přidává závislost jako problém další.

Okolí daného jedince si pak může všimnout snížení pracovní výkonnosti. Člověk bývá v útlumu, což se týká jeho celkové aktivity, ale především jde o snížení kreativity, iniciativy a spontaneity.

Také vztahy s lidmi jsou zasaženy. Kromě celkového útlumu sociální potřeby pozorujeme podrážděnost, častou přecitlivělost na určité lidi, či témata. Člověk ztrácí zájem o své okolí a není schopen empatie. Chová se nezúčastněně a postupně si kolem sebe vytváří nepřátele díky hromadění drobných konfliktů. Tomuto projevu syndromu vyhoření se říká depersonalizace. „*Je to jako když se jedinec kouká na ostatní lidi skrze zakalené brýle⁴ - a tak si na ně vytváří špatný názor, očekává od nich to nejhorší a dokonce si k nim aktivně vytváří odpor*“ (Maslach, 2003, s. 5)

Určit diagnózu syndromu vyhoření není nikterak jednoduché. Všechny výše popsané projevy se mohou vyskytovat i u jiných životních stavů, od kterých je musíme odlišit. Je proto potřeba se zaměřit i na pacientovu minulost, vyvolávající příčiny nynějšího stavu a další.

2.5. Fáze procesu

Připomeňme si nejprve to, že syndrom vyhoření můžeme chápat jako stav jedince, avšak jedná se o dlouhodobější proces, který k tomuto stavu vede. Syndrom vyhoření může vzniknout pouze na podkladě dlouhodobého působení stresorů, „*důsledky se dostávají postupně*“ (Tošner, Tošnerová, 2002, s. 4) a celý proces může trvat i několik let. Existuje mnoho pojetí, jak se dá tento proces rozfázovat, proto zde uvedeme jen několik modelů.

Fáze dle Edelwich a Brodsky: 5ti fázový proces

- fáze nadšení – idealismus, vysoké očekávání, velké nadšení pro práci;
- fáze stagnace – kdy si jedinec uvědomuje reálná fakta a slevuje ze svých očekávání;
- fáze frustrace – začínají se objevovat pochybnosti o smyslu práce, první projevy fyzických a psychických problémů;
- fáze apatie – frustrace pokračuje, jedinec pracuje pouze tak, jak je nutné;
- fáze intervence – jakákoli změna dosavadního stavu – změna zaměstnání či jiná životní změna.

⁴ Zakalené brýle – v anglickém originále rust-colored glasses

Fáze dle Ch.Maslach: 4fázový proces

- idealistické nadšení a přetěžování;
- vyčerpání fyzické a emocionální;
- dehumanizace – nástroj obranného mechanismu;
- terminální stádium – rozvoj syndromu vyhoření.

(Křivohlavý, 1998)

Tyto dva modely ukazují nejjednodušší pojetí rozfázování celého procesu. Existují však i detailnější členění, například 12ti bodové, které ve své knize uvádí J. W. James.

2.6. Jak řešit syndrom vyhoření

Když už se člověk dostane do stádia rozvoje syndromu vyhoření, není pro něho jednoduchá představa, že existuje cesta z toho všeho ven. Ale doopravdy je možnost pomoci, která však záleží na mnoha faktorech. Nejdůležitější je, aby si dotyčný přiznal, že takový problém má a aby byl rozhodnut a odhodlán s tím něco udělat. Dále záleží na pracovním prostředí, zdali mu umožní a podpoří ho v procesu zotavování se. V neposlední řadě je také důležitá podpora nejbližšího okolí, ať už rodiny či blízkých přátel. Možnosti pomoci pak můžeme rozdělit na pomoc sobě samému a pomoc z okolí.

Jak člověk dokáže pomoci sám sobě? Jak již bylo řečeno, je potřeba si přiznat vlastní situaci a zaměřit se na vlastní osobu. Člověk se musí znovu zamyslet nad smyslem vlastního života a práce (Jeklová, 2006). Najít smysl znamená možnost pro něco žít a pro něco se snažit. Dále je potřeba se zaměřit na vlastní vztahy s druhými, pokusit se je zlepšit a naučit se je využívat jako sociální oporu. Je potřeba naslouchat a spolupracovat s ostatními. Nebát se věřit a přijímat povzbuzení a uznání. V práci je velmi důležité ujasnit si své pracovní úkoly a hranice jejich zvládnutelnosti. Mimo pracoviště je nesmírně důležité naučit se relaxovat. Vyhranit si čas na své zájmy a nejlépe si najít nějakou fyzickou aktivitu, která, jak známo, má všeobecně ozdravné účinky nejen pro tělo, ale i pro psychiku.

Jaké jsou možnosti pomoci okolí? Zde se okolím myslí především spolupracovníci či zaměstnavatel a okruh nejbližších příbuzných a přátel. Zaměstnavatel je povinen řešit problém svého zaměstnance. Zaměstnavatel má poměrně široké spektrum možností k ovlivnění průběhu zotavování. Jedná se především o úpravu pracovních podmínek, kdy

zaměstnavatel ujasní pracovníkovi, co jsou jeho úkoly a domluví se s ním na možnosti jejich plnění. Zaměstnavatel má také možnost vypomoci se změnou pracovního prostředí, například potřebuje-li zaměstnanec více soukromí či naopak. V oblasti prostorů by zaměstnavatel měl také nabídnout svým zaměstnancům možnost krátkodobého odpočinku mimo samotné pracovní křeslo. Je-li zaměstnavatel kreativní, je velmi prospěšné snažit se obohatit práci či setkání různými zajímavými činnostmi. Avšak ani rodina by neměla zaostávat a měla by být oporou pro svého člena. Je nezbytné, aby jedinec pociťoval důvěru, lásku a zájem ze strany vlastní rodiny (Rush, 2003). Naopak není vhodné na člověka v ničem tlačit, je potřeba být trpělivý. Nejen, že správná úloha rodiny pomůže vyhořelému, ale pomůže i rodině jako takové, která určitým způsobem trpí spolu s jedincem postiženým syndromem vyhoření.

Na závěr je důležité si uvědomit, že syndrom vyhoření nemusí mít pouze negativní dopad na jedince. Naopak, může nám i prospět. Celý stav je důsledkem toho, „*že se naše emoce rozhodnou zabrzdit a tak přimět vysoce výkonného a cílevědomého člověka k tomu, aby zastavil dříve, než se fyziky zničí*“ (Rush, 2003, s. 9). Proto je důležité snažit si vzít ponaučení z toho, jak se člověk do daného stavu dostal, a příště se snažit tomu předejít.

2.7. Prevence proti syndromu vyhoření

Existují různé metody a doporučení, jak se vyhnout syndromu vyhoření. Neexistuje však žádný stanovený počet bodů, které je potřeba dodržet. I otázka prevence je velmi individuální záležitostí a záleží také na tom, která zátěž je pro jedince nejkritičtější. Proto zde bude uvedeno několik typů, avšak vězte, že se určitě najdou i další.

- Znat svůj smysl života a najít práci, která nám dovolí seberealizaci.
- Snažte se redukovat stres ať už limitací negativních stresorů nebo přidání pozitivních.
- Vybudujte si a starejte se o svou sociální oporu, ať už je řeč o spolupracovnících či rodinných příslušnících. Budujte dobré vztahy mezi lidmi, neuzavírejte se sami do sebe.
- Neztrácejte humor.
- Zajímejte se o vlastní zdraví, které zahrnuje správnou stravu a aktivní cvičení.

- Relaxujte, což nemusí nutně znamenat lehnout si k televizi. Relaxaci je možno provádět i na samotném pracovišti, což je krátkodobá, avšak v konečném důsledku velmi účinná zbraň proti stresu.
- Neopomínejte partnerské soužití ani své přátele, kteří nám snáze dovolí zapomenout na pracovní vypětí a pomohou nám vnést do života další radosti.
- Je důležité si neustále kolem sebe budovat tzv. sociální síť, která nezahrnuje pouze rodinu a spolupracovníky, ale všeobecné soužití s lidmi kolem vás.

Na závěr této kapitoly bych ráda uvedla několik konkrétních typů, jak se bránit stresu, a to hlavně v zaměstnání.

- Chovejte se přátelsky.
- Plňte úkoly dle jejich důležitosti.
- Stanovte si cílové datum.
- Dopřejte si krátký odpočinek (Boenisch a Haneyová, 1998)
 - Zde bych uvedla několik typů, jak relaxovat, máte-li k dispozici pouze několik minut. Existuje na to několik cvičení, která vám pomohou se uvolnit, na chvíli přestat myslet na práci a pomohou vám tak lépe zvládat pracovní zátěž. Stačí vám k tomu pár minut⁵ či několik sekund⁶.
- Chodte na procházky, třeba i pětiminutové.
- Naučte se říkat NE.
- Zajímejte se o své zdraví, vyhýbejte se studeným obědům na pracovišti.
- Dodržujte časový plán pracovních schůzí, což uvítají i vaši spolupracovníci.
- Neprodlužujte zbytečně své telefonní hovory, jděte přímo k věci.
- Dělejte si v práci přestávky, které využijte k nějaké zábavné činnosti.
- Najděte si emocionální podporu, nějakého přítele, který vám bude naslouchat.

(srov. Jeklová, 2006, Křivohlavý, 1998, Boenisch a Haneyová, 1998, Tošner a Tošnerová, 2002)

⁵ Máte-li pár minut, spojte relaxaci s pohybem. Zkuste se postavit a protáhnout ztuhlé svaly a u toho myslíte na něco hezkého.

⁶ Máte-li pouze několik vteřin, i ty se dají využít na uvolnění napětí. Nejprve se opřete lokty o stůl. Potom položte první tři prsty obou rukou těsně nad obočí. V této pozici zůstaňte alespoň 4 sekundy, zhluboka dýchejte a přemýšlejte o něčem hezkém. Cvičení je velmi jednoduché a může vám pomoci uvolnit napětí vašeho těla.

3. Aktivační terapie jako prevence

V této části bych se chtěla zaměřit na aktivační terapie, jaký je jejich vliv na odolnost člověka, a zdali jsou tyto aktivační terapie možností prevence syndromu vyhoření.

3.1. Mechanismus prevence

Ráda bych se nyní pokusila odpovědět na otázky, jakými mechanismy ovlivňuje pravidelná fyzická aktivita odolnost člověka, a tím působí jako preventivní faktor rozvoje syndromu vyhoření. Některé z těchto mechanismů jsou již částečně podloženy výzkumy, avšak stále je kolem této problematiky spousta nejasných či sporných otázek. Jak bylo uvedeno výše, jedním z nejčastějších a nejvíce se uplatňujících faktorů při vzniku syndromu vyhoření je stres.

Stres lidé prožívali vždy, jen se postupem času mění převažující příčina a forma stresu. Odpověď organismu na stres je vždy stejná: neuroendokrinní odpověď organismu, která spočívá v sekreci glukokortikoidů a katecholaminů z kůry nadledvin a aktivaci sympatického nervového systému (Tsatsoulis, Fountoulakis, 2006). Celá odpověď organismu je důležitá pro umožnění dalšího kroku, který bývá učiněn, je-li jakýkoli živočich ve stresové situaci. Je to příprava na útěk či útok. Dochází především k mobilizaci energetických zásob, zvýšení srdečního výdeje a dalším změnám. Problémem naší společnosti je, že se změnou stresu především na psychický a sociální, se také změnila postupy reakce na stres. Člověk zpravidla ani neutíká, ani neútočí, tudíž nevynakládá žádnou energii a všechny endokrinně připravené podmínky nejsou využity. Dochází tak k redistribuci⁷ energetických zásob, a to především ukládání tzv. viscerálního tuku, což přispívá k obezitě. Toto je ukázka negativního působení stresu na naše tělo. V centrální nervové soustavě má chronický stres také své negativní účinky. Tyto změny jsou také zpravidla v důsledku zvýšené hladiny určitých hormonů vyplavených v reakci na stres. Jedná se například o destrukci buněk v hippokampu, což je struktura limbického systému ovlivňující paměť, kontrolu emocí a odpověď na stres (Tsatsoulis, Fountoulakis, 2006). V důsledku těchto negativních dopadů fyziologické odpovědi na stresové situace byl dokonce popsán fenotyp „stresem indukovaný/pohybově deficientní“⁸. Výzkumy tedy prokázaly, že nedostatek tělesné

⁷ Redistribuce = přerozdělení, změna distribuce

⁸ Přeloženo ze spojení „stress-induced/exercise deficient“ fenotype (Tsatsoulis, Fountoulakis, 2006).

aktivity a přítomnost chronického stresu jsou rizikovými faktory pro mnoho civilizačních chorob a dalších komplikací.

Byly ale také prokázány skutečné pozitivní vlivy pravidelného cvičení na zvýšení odolnosti, a to i psychické. Pravidelné cvičení zlepšuje odolnost vůči stresu a snižuje výskyt úzkosti a depresivních stavů. Různá sledování prokázala, že u lidí provozujících jakoukoli fyzickou aktivitu, je výskyt depresivních stavů méně častý. Podobný účinek fyzické zátěže byl také prokázán při použití fyzické aktivity jako terapie u lidí trpících depresí, u kterých byly projevy deprese sníženy ve větší míře než u lidí léčených pouze klasickou psychoterapií (Křivohlavý, 2001).

Další ochranný vliv pravidelné fyzické aktivity spočívá ve snížení reaktivity organismu vůči působení stresových faktorů (Slepičková, 2000). Tento mechanismus působení fyzické aktivity je stále předmětem zkoumání, ale předpokládá se, že díky cvičení je člověk schopen například lépe vnímat stres jako kontrolovatelnou záležitost (Tsatsoulis, Fountoulakis, 2006).

Pravidelné cvičení také chrání mozek vůči neurodegeneracím, které mohou být způsobeny chronickým stresem. Neurony se stávají více odolné vůči oxidativnímu stresu, jakožto nejdůležitějšímu faktoru vzniku neurodegenerativních onemocnění.

V neposlední řadě je velmi důležité, že sport jako preventivní faktor, je zdrojem zábavy, dobrých pocitů, odpoutání se od pracovních záležitostí, čímž se mysl přestává zabývat stresujícími myšlenkami a jsou zapojovány jiné mozkové partie (Slepičková, 2000). Přítomnost dobrých pocitů při vykonávání fyzické aktivity je spojena s vyplavováním endogenních opiátů⁹, což může vést až k určitému stupni euforie¹⁰, analgezi¹¹ a celkovému zlepšení nálady (Tsatsoulis, Fountoulakis, 2006). Cvičení má také vliv na pocit vnímání sama sebe. Je prokázáno, že lidé, kteří pravidelně cvičí, více tíhnou ke kladnému sebehodnocení. Lidé tento pozitivní vliv vnímají na různých úrovních a patří k nim zvýšení sebedůvěry, povědomí o síle sebekázně, vlastní pocit zdraví, vnímání zlepšení celkového fyzického vzhledu, pocit zvýšené energie a další (Křivohlavý, 2001). Zvyšuje se celková tělesná zdatnost, která je součástí tzv. well-being. Tento pojem je převzat z anglického originálu a není výjimkou, že se používá i v české literatuře v tomto anglickém znění. Není snadné nalézt český ekvivalent, který by vystihoval celý význam daného spojení. Používají se různé pojmy jako jsou pohoda,

⁹ Endogenní opiát = omamná látka tvořená v lidském těle

¹⁰ Euforie = příjemný subjektivní pocit tělesné a psychické pohody

¹¹ Analgezie = ztráta vnímání bolesti

prožitok, pocit blaha, štěstí, radost. Tato celková pohoda člověka má dvě složky: subjektivní (psychická pohoda, sebeúcta, sebeuplatnění, osobní zvládnání) a objektivní (funkční kapacita organismu, zdravotní stav a socioekonomický status) (Kebza, Šolcová 2003b). Tělesná zdatnost zasahuje do obou složek osobní pohody, ať už se jedná o zvyšování pocitu sebeúcty díky cvičení, nebo zlepšení zdravotního stavu.

Hlavní psychologické hypotézy přínosu pravidelného cvičení jsou dvě. *Distraction hypothesis* (v překladu rozptýlení), která chápe cvičení jako zdroj rozptýlení a odpoutání se od stresových situací každodenního dne. *Self-attitude hypothesis* (v překladu postoj k sobě samému) chápe pozitivní vliv pravidelného cvičení především jako výsledek zvýšení sebeúcty a vlastní výkonnosti (Filligim, Blumenthal 1993).

3.2. Druhy aktivačních terapií

Aktivační terapie jsou volnočasové aktivity, které pomáhají zlepšit fyzickou i psychickou kondici. Jsou využívány jako léčebné metody, avšak jejich účinek může být přínosný i pro širokou veřejnost. Mnoho aktivačních terapií je v dnešní době vedeno v podobě skupinových aktivit za přítomnosti specialisty, lektora, a to z důvodu, že je potřeba určitá zevní stimulace. Cílem aktivačních terapií je především jedince potěšit a neměla by ho stresovat. Proto je velmi důležité zvolit vhodnou formu aktivační terapie. Druhů aktivačních terapií je mnoho, např. arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, estetická výchova, taneční terapie, eurytmie, biblioterapie, zážitková terapie, kondiční cvičení, sportovní aktivity, alternativní terapie - čínská medicína, akupresura, akupunktura, tai - chi a další (Zemková, 2010).

Výsledky výzkumu prokázaly pozitivní vliv arteterapie v prevenci syndromu vyhoření (Italia et al., 2007). Výzkum byl prováděn na pracovnících onkologického zdravotního zařízení. Byl zkoumán původní stav syndromu vyhoření, poté byl aplikován arteterapeutický program. Po absolvování tohoto programu byl prokázán snížený stupeň syndromu vyhoření.

3.2.1. Arteterapie

Arteterapii, doslova terapie výtvarným uměním, „*můžeme klasifikovat jako formu psychoterapie, nebo také úžeji, v našem případě, visual arteterapie, kdy prostřednictvím grafické, malířské a sochařské činnosti působí jako prostředek výchovy, sociální integrace*“ (Jebavá, 1997, s.5).

Hlavní cíle arteterapie souvisejí s vlastní osobou, napomáhají uvolnění, poznání vlastního nitra, sebehodnocení a rozvíjejí fantazii a celkovou osobnost. Zároveň může mít pozitivní vliv i na úrovni sociální, protože pomáhá rozvíjet vzájemnou komunikaci a spolupráci v rámci skupiny (Šicková-Fabricsi, 2002).

Rozlišujeme dvě formy arteterapie. Receptivní (pasivní) arteterapie je vnímání výtvarného umění a projev zájmu jako jsou návštěvy galerií. Produktivní (aktivní) arteterapie zahrnuje vlastní aktivní činnost, která vede ke vzniku nového díla za využití různých výtvarných technik.

„Arteterapie je vhodná též pro příslušníky pomáhajících profesí jako podpůrná terapie, prevence tzv. syndromu vyhoření.“ (Šicková-Fabricsi, 2002, s.97) Cílem arteterapie jako prevence je především relaxace a určitá ventilace napětí.

3.2.2. Muzikoterapie

Muzikoterapie, léčba hudbou, je další formou aktivační terapie. Stejně v jako ostatních formách je zde důležité mezioborové propojení, které je nezbytné pro správné navržení terapie a interpretace výsledků. Muzikoterapie může pomoci jedinci v komunikaci, rozvíjí schopnost učení a v neposlední řadě může být zdrojem nových sociálních kontaktů (Kantor, Lipský, Weber, 2009).

3.2.3. Taneční terapie

Tanec je *„neverbální prostředek emocionálního výrazu, který vede k radosti z tělesné pohybové aktivity“* (Bartenieffová in Čížková, 2005, s.32). Tato metoda se také nazývá „pohybovou“ terapií, protože pohyb je nezbytnou součástí. Účastník se pomocí pohybů může vyjadřovat, uvolnit se. Je zde kladen velký důraz na vztah pohybu a emocí, které se do pohybu promítají. Jeden z cílů pohybové terapie je naučit se ovládat napětí ve vlastním těle, zvládat stres a pomáhá kontrolovat impulzivní chování. Snaží se jedinci pomoci najít vztah k sobě samému a přijetí sebe sama (Čížková, 2005).

3.2.4. Dramaterapie

Dramaterapie je další možnou metodou aktivační terapie. Zde je jedinec vtažen do role herce, díky čemuž rozvíjí své schopnosti. Hlavní cíle dramaterapie jsou uvolnění, zvládnání vlastních emocí, získávání nových repertoárů pro život, sociální integrace, učení se kázně (Valenta, 2007). Dále rozvíjí představitost, kreativitu a schopnost ovládnání spontánních reakcí.

4. Změny vznikající při pravidelné fyzické zátěži

Nyní se zaměříme na to, co pro naše tělo znamená pravidelná fyzická zátěž, pravidelné cvičení. Rozebereme především změny adaptační, které souvisí s trénovaností, kdy předpokládáme, že trénovanost je výsledkem právě pravidelného cvičení. „*Adaptace na tělesnou zátěž není jednoduchý fyziologický proces, je to spíše soubor různých typů mechanismů vzájemně na sebe navazujících, které zasahují většinu významných systémů, počínaje adaptací zraku až po zvýšení enzymatických reakcí v mitochondriích v jádrech svalových vláken.*“ (Máček, Radvanský 2011, s. 23) Míra trénovanosti i rozsah adaptačních změn je samozřejmě úzce spjat s porcemi a typem tréninku, a proto všechny změny rozebereme obecně, bez konkrétních hodnot.

4.1. Metabolismus

Při aerobním typu tréninku se ve svalových vláknech množí a zvětšují mitochondrie, které jsou jakousi elektrárnou buňky. Tvoří ATP (adenosin trifosfát), sloučeninu uchovávající energii pro další potřeby buňky. ATP se v mitochondriích tvoří z glukózy za spotřeby kyslíku, což je způsob tvorby energie pro buňku neekonomičtější. Z jedné molekuly glukózy se tak vytvoří 36-38 molekul ATP (Ledvina, 2003). Tento mechanismus buňka využívá, dokud má k dispozici dostatečnou funkci mitochondrií a kyslík. V případě, že aerobní produkce energie není pro buňku dostatečná, a to platí především pro krátké intenzivní zátěže, může být glukóza zpracována ještě anaerobní cestou, která je sice energeticky velmi nevýhodná, zato velmi rychlá. Energetický výtěžek představují pouhé 2 molekuly ATP na jednu molekulu glukózy a ještě k tomu se v buňce tvoří laktát, který způsobuje kyselost prostředí. Tento stav však není pro buňku optimální. Laktát je pak dopraven do jater a je za aerobních podmínek přeměněn zpět na glukózu a může být znovu využit jako zdroj energie. V případě vysokého hromadění laktátu dochází ke značnému poklesu pH, které zapříčiňuje únavu a bolest svalů (Ledvina, 2003). Zmnožení a zvětšení mitochondrií proto může svalovému vláknu spolu s adaptací oběhového a respiračního systému zvýšit kapacitu aerobní cesty zpracování glukózy a zvýšit krátkodobý energetický výkon (Máček, Radvanský, 2011). Navíc buňky více využívají tukových zásob namísto glykogenu.

Shrneme-li tedy hlavní metabolické adaptační změny týkající se jednotlivých buněk, jedná se především o zvýšené využívání lipidů, zlepšení šetřících procesů, zvýšení energetických zásob v buňce a zvýšené využívání aerobní cesty tvorby energie.

4.2. Vnitřní prostředí

Vnitřním prostředím neboli extracelulárním prostředím rozumíme vše, co obklopuje lidské buňky v těle. Jedná se tedy jednak o intersticiální prostředí a jednak o krev, lymfu a mozkomíšni mok. Ve vztahu k pohybové aktivitě budeme hovořit hlavně o krvi, která je hlavním prostředníkem řízení homeostázy, neboli jde o udržování stálosti vnitřního prostředí.

Co se týče parametrů vnitřního prostředí jako jsou ionty, pH, hydratace, jedná se o faktory, které jsou měněny především v důsledku momentálního zatížení. V rámci adaptace se jejich koncentrace a další vlastnosti nikterak nemění. Stejně tak se mění i počty bílých krvinek, které obecně při fyzické aktivitě stoupají. Dochází k vyplavení leukocytů ze sleziny, lymfatických uzlin, z RES (z retikuloendoteliálního systému) a také z kostní dřeně, což je reakce na aktivaci sympatiku a stimulace látkami vyplavovanými z pracujících kosterních svalů (Havličková, 1999). Tato situace však přetrvává maximálně několik hodin a nazývá se pracovní leukocytóza.

Určité adaptační změny však mohou prodělavat červené krvinky a také celkový objem plazmy. Zvýšený počet červených krvinek pozorujeme jako adaptační změnu v případě hypoxického tréninku (Havličková, 1999), kdy jejich absolutní zmnožení je důsledek atmosférické hypoxie, která vede ke stimulaci erythropoézy. Vzniká tak polycytémie, kdy se zvyšuje koncentrace hemoglobinu a spolu s ním se zvyšuje transportní kapacita pro kyslík. Adaptační změna se týká i objemu krevní plazmy, který se zvětšuje. Tento jev je důsledkem přesunu tekutiny z intersticiálního prostoru do oběhu. Zvýší se tak oběhová rezerva, tepový objem a současně s tím i transportní kapacita pro kyslík (Máček, Radvanský, 2011).

4.3. Krevní oběh

V krevním oběhu dochází k mnoha velmi důležitým adaptačním změnám. Výraznější změny souvisejí hlavně s tréninkem vytrvalostním (Havličková, 1999).

4.3.1. Struktura

Srdce jakožto svalovina se mění podobně jako svaly kosterní. Dochází k jeho zesílení neboli funkční hypertrofii. Spolu s hypertrofií se částečně zvětšují i srdeční dutiny. Obě tyto změny se týkají hlavně levé komory, která je již fyziologicky větší pro potřebu vykonávání větší práce proti vysokému odporu periferního krevního řečiště. Dochází také k určité změně architektury kapilár zásobujících srdeční svalovinu a to ve smyslu zlepšení prokrvení, kdy se kapilární síť zahušťuje. Srdce je pak schopno vyvinout větší práci a dosáhnout vyššího tepového objemu, čímž zvyšuje transportní kapacitu pro kyslík.

Při silovém tréninku dochází ke změnám poněkud odlišným. Opět je zde přítomna hypertrofie, a to hlavně levé komory, ale chybí zde regulativní dilatace, a tento stav vede ke zmenšení objemu komory a následně snížení tepového objemu (Havlíčková, 1999). Důvod této změny je, že silová aktivita má hlavně nároky tlakové, což znamená zvýšení systolického tlaku krve, zatímco dynamická svalová činnost má nároky objemové, kdy je závislá na dostatečném minutovém srdečním výdeji (Máček, Radvanský, 2011).

Zmnožení krevních kapilár se týká i periferní části oběhového systému, kdy dochází k lepšímu prokrvování svalů. Všechny výše zmíněné změny jsou reverzibilní, to znamená, že po přerušení pravidelného tréninku se srdce opět zmenšuje.

4.3.2. Srdeční frekvence

Pravidelný trénink vede ke zvýšené aktivitě parasympatického vegetativního systému a později i k poklesu aktivity systému sympatického. Tato změna vede k bradykardii, neboli snížení srdeční frekvence. Jedná se o jakési úsporné opatření, které vede ke snížené spotřebě kyslíku srdeční svalovinou (Máček, Radvanský, 2011). Mechanismus je spojen se zvýšením tepového objemu, protože i při poklesu srdeční frekvence zůstává minutový srdeční výdej stejný dle vzorce pro výpočet $MSV = SF \times TO$ ¹². Maximální srdeční frekvence se s trénovaností nemění, ta spíše souvisí s věkem.

¹² MSV – minutový srdeční výdej, SF – srdeční frekvence, TO – tepový objem

4.3.3. Tepový objem

Tepový objem u aerobně trénujících roste, jak bylo popsáno výše. Při fyzické zátěži pak první roste tepový objem, který může dosáhnout až 200ml (oproti netrénuvanému 150) a teprve poté se zvyšuje srdeční frekvence (Havlíčková, 1999).

Se srdeční frekvencí a tepovým objemem souvisí minutový srdeční výdej, který může být u trénované osoby až o 10l vyšší než u osoby netrénuvané (Havlíčková, 1999).

4.3.4. Periferní rezistence

U silového tréninku se periferní rezistence prakticky nemění, a proto zvýšený tlak při stahu hypertrofické komory vede ke zvýšenému systolickému tlaku. Otázkou je proč dochází k hypertrofii komory a zvyšování systolického tlaku. To je z důvodu útlaku arterií kontrahovanými hypertrofickými svalovými vlákny, jejichž odpor musí proud krve překonat.

Oproti tomu u vytrvalostního tréninku je zvýšený minutový srdeční výdej spojen s periferní vazodilací, což vede k lepšímu prokrvení periferie a to především příčně pruhované svaloviny. Proto nedochází k růstu systolického tlaku. .

4.4. Dýchací aparát

I u respiračního aparátu jsou znatelnější změny především po vytrvalostním tréninku, kdy postupná adaptace vede především ke snížení dechové práce a zvětšení funkční kapacity.

Je zlepšena výkonnost dechových svalů, které jsou pak schopné i dlouhodobější usilovné práce. Je zvýšena pohyblivost bránice, která dovoluje větší roztažení plicního parenchymu.

U trénovaných osob je zvýšen klidový dechový objem. Při fyzické aktivitě se zvyšuje nejprve dechový objem a teprve později dechová frekvence. Tento jev vede k tomu, že klidová dechová frekvence u trénovaného je nižší. Zvětšenému dechovému objemu pak odpovídá i zvětšení vitální kapacity plic, která může vzrůst až na 120-140% normální vitální kapacity plic daného jedince (dle pohlaví, věku, zdravotní dispozici) (Havlíčková, 1999).

Je zlepšena i difúze¹³, jelikož je aktivován vyšší počet alveolů a je tak snížena mrtvá ventilace. Zároveň s větším tepovým objemem a nižší frekvencí je zvýšena extrakce kyslíku ze vzduchu. Využití kyslíku ve vdechovaném vzduchu je takto zvýšeno a rozdíl podílu kyslíku ve vydechovaném vzduchu se u trénovaného pohybujících kolem 14%, zatímco u netrénovaného je to 18% (Máček, Radvansky, 2011).

4.5. Svalový a podpůrný systém

Vytrvalostní trénink ve svalových vláknech zvětšuje a zvyšuje počet mitochondrií a zvyšuje tak kapacitu získání energie oxidativní cestou. Dále se zlepšuje prokrvení svaloviny tvorbou nových kapilár. Zvyšuje se rezerva glykogenu a množí se myoglobin, který slouží jako sklad kyslíku pro svalovou zátěž.

Biochemické změny jsou si mezi jednotlivými druhy pohybových aktivit v mnohém podobné, avšak strukturní změny svaloviny se podstatně liší u zátěže vytrvalostní, rychlostní či silové. U silového tréninku dochází k hypertrofii svalových vláken a při pohybové aktivitě se využívá vláken především bílých, rychle unavitelných. Naopak u aktivity vytrvalostního typu je zvyšována rezistence svalových vláken vůči únavě a při aktivitě se využívá především vláken červených (Havličková, 1999).

Pravidelná přiměřená fyzická aktivita má vliv i na kostní metabolismus. Jak známo, kost se remodeluje v průběhu celého našeho života. V dětství převládá novotvorba, ve stáří pak resorpce a v meziobdobí je ustálena určitá rovnováha. Při pravidelném přetěžování organismu může docházet ke zvýšené resorpci kosti, avšak při přiměřeném zatěžování se denzita kosti zvyšuje, a kost je proto odolnější.

Pozitivní vliv pravidelné fyzické zátěže je zřejmý i u dalších pojivových tkání jako jsou šlachy, vazy a klouby. Vazy a šlachy pravidelným přiměřeným zatěžováním zesilují, jelikož se zvyšuje tvorba kolagenu, která podporuje jejich strukturu. Situace kolem kloubů je poněkud ošemetná, jelikož klouby jsou velmi citlivé na přetěžování. Proto zvýšená aktivita může klouby poškozovat například ukládáním krystalů močoviny a různými zánětlivými procesy.

Je důležité si uvědomit, že metabolismus pojivových tkání, a to pak především kosti, je závislý na regulaci, a to hlavně hormonální. Je tedy jasné, že v případě některé z endokrinních poruch nemusí k výše uvedeným pozitivním změnám pravidelná aktivita

¹³ Difúze = pohyb částic vyvolaný gradientem

vést. Například při trvale patologicky zvýšené hladině parathormonu bude docházet ke zvýšené resorpci kosti nevhledě na aktivitu.

4.6. Nemoci

Pravidelné cvičení slouží také jako preventivní prostředek proti vzniku některých onemocnění. Můžeme zmínit například pozitivní vliv při obraně proti rozvoji aterosklerózy a následnému vysokému riziku vzniku ischemické choroby srdeční (ICHS). Pravidelné cvičení pomáhá regulovat profil krevních tuků a to tak, že snižuje zvýšenou hladinu LDL¹⁴ cholesterolu a zvyšuje hladinu HDL¹⁵, a brání tak ukládání nadbytečného LDL do cévní stěny (Stejskal, 2004). Jak již bylo řečeno, pravidelný pohyb navíc snižuje tepovou frekvenci a krevní tlak, což je preventivní opatření proti dalšímu rizikovému faktoru vzniku ICHS, hypertenzi.

Jako sekundární prevence je pravidelná fyzická zátěž doporučována v mnoha případech onemocnění srdce, cév a také plic. Je to vlastně součást terapie, která je předepisována i astmatikům, lidem s chronickou obstrukční plicní nemocí a dalším pacientům na plicním oddělení. Je prokázáno, že u lidí s plicní insuficiencí, kteří mají nižší saturaci krve kyslíkem a navíc mají zvýšenou dechovou práci, atrofují svaly dolních končetin, kdy jejich hypoxie je jen jedna z mnoha faktorů tohoto procesu (Máček, Radvansky, 2011). Proto je pravidelná fyzická zátěž důležitým kompenzačním mechanismem. U plicních onemocnění je pak často kombinovaná s různou farmakologickou terapií.

V neposlední řadě je pravidelné cvičení ordinováno jako terapie a doporučováno jako prevence proti rozvoji obezity. Pravidelné cvičení zvyšuje metabolismus a tím energetický výdej a snižuje ukládání tuku. Nejenže tento mechanismus brání vzniku obezity, ale již při vyskytující se obezitě ji pomáhá redukovat (Stejskal, 2004).

Obezita je velkou měrou propojena se vznikem diabetu mellitus druhého typu (na inzulínu nezávislý), u kterého při zvýšeném příjmu energie z potravy a nedostatečném výdeji dochází k poruše inzulinových receptorů a rozvoji obrazu cukrovky.

Mohlo by být jmenováno mnoho klinických jednotek, u kterých může fyzická aktivita fungovat jako preventivní faktor, či může být součástí terapie. Toto jen potvrzuje, že pravidelné cvičení by mělo být nezbytnou součástí životního stylu

¹⁴ LDL – lipoprotein o nízké hustotě

¹⁵ HDL – lipoprotein o vysoké hustotě

každého z nás, obzvláště v dnešních podmínkách, kdy v popředí jsou sedavá zaměstnání a výplody moderní technologie jako jsou eskalátory a další.

5. Cíle a úkoly práce, hypotézy

Cílem mého výzkumu je zjistit, zdali jsou státní zaměstnanci vybraného sektoru pod vlivem rizikových faktorů a jsou-li tak náchylní „onemocnět“ syndromem vyhoření. Vzhledem k mému předpokladu, který stavím na vlastní zkušenosti a zároveň je podepřen teoretickými znalostmi, že na tuto otázku bude kladná odpověď, se pokusím zmapovat, jak tito lidé využívají svůj volný čas a zdali dělají něco pro prevenci vzniku syndromu vyhoření. Zaměřím se na preventivní faktor aktivační terapie, který zahrnuje různé kreativní a pohybové aktivity, a pokusím se zjistit, zdali lidé, kteří se věnují podobným aktivitám, jsou odolnější vůči stresu a rozvoji syndromu vyhoření. Tento fakt zakládám na teoretické znalosti prevence syndromu vyhoření, mezi které patří aktivní využívání volného času. Pro posouzení celé situace jsem si stanovila tyto hypotézy:

1. Práce ve veřejném sektoru s sebou přináší stres a predispozice k rozvoji syndromu vyhoření. Stresové prostředí vyvolává vznik syndromu vyhoření.
2. Zkoumaná skupina pracujících v sociální sféře má po 5 letech práce tendenci „onemocnět“ syndromem vyhoření.
3. Pravidelné cvičení a další aktivační terapie jsou faktory, které pomáhají lépe zvládat stres a zvyšují odolnost vůči vzniku syndromu vyhoření. Lidé, kteří pravidelně cvičí, se cítí odolnější.
4. Pracovníci ve veřejném sektoru podceňují důležitost správného využití volného času pro aktivační terapie jako prevenci syndromu vyhoření.

Hlavním úkolem je proto zjistit, zdali se v daném vzorku vyskytuje syndrom vyhoření nebo některé fáze jeho rozvoje. Dalším úkolem bude zjistit, jakým způsobem pracovníci tráví svůj volný čas a jaký postoj mají k aktivačním terapiím. V konečné fázi spojím dané výsledky a budu hledat souvislosti mezi syndromem vyhořením a kvalitou volného času.

6. Metodika práce

V této kapitole představím použité metody výzkumu a teoretické základy, ze kterých jsem při analyzování postupovala.

6.1. Charakteristika zkoumané skupiny

Výběr vzorku byl účelový¹⁶. Jelikož pracuji jako státní zaměstnankyně v sektoru státní správy v oblasti sociální péče o zdravotně postižené občany a občany sociálně slabé v regionu okresu Trutnov, jsem si vědoma, že problematika syndromu vyhoření je zde aktuální. Pracovníci v tomto zaměstnání neustále přicházejí do styku s lidmi zdravotně postiženými, nepřizpůsobivými a zpravidla závislými na sociálních dávkách. Správná a vstřícná komunikace s těmito sociálně slabými jedinci může být někdy obtížná a vyčerpávající. Proto je toto povolání jedním z rizikových faktorů pro rozvoj syndromu vyhoření, jelikož je zde stoprocentně zastoupena hlavní společná charakteristika rizikových povolání a to pravidelný kontakt s lidmi. Na těchto úřednických pozicích převažuje zastoupení žen a malé procento mužů by bylo velmi nereprezentativní, proto svůj vzorek definuji jako ženy - zaměstnankyně státní správy sociálního zabezpečení v Trutnově.

6.2. Použité metody

Výzkum je založen na metodě etnografického výzkumu, který je charakterizován snahou získat celistvý obraz o vybrané skupině populace (Hendl, 2005). Jako dlouholetá zaměstnankyně státního sektoru jsem měla během své praxe dostatečné množství času na to, abych mohla vybraný vzorek pozorovat a poznat jeho určité vnitřní vlastnosti. Mohla jsem pozorovat podoby interakce jednotlivců mezi sebou, způsob jejich myšlení a reakcí. Byla jsem schopna do značné míry porozumět jejich každodennímu životu. Právě pozorování a snaha pochopit vlastnosti dané skupiny patří do procesu etnografického výzkumu. Až na základě určitých znalostí a pochopených mechanismů, které lze nashromáždit pouze dlouhodobým začleněním se do skupiny a pečlivým pozorováním, je možné vytvářet nějaké hypotézy. Díky své praxi a každodennímu

¹⁶ „Účelový výběr je založen pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat.“ (Disman, 2006, s. 112)

pohybu mezi jednotlivkyněmi daného vzorku, jsem mohla tyto hypotézy stanovit a následně je ověřovat.

Jako nástroj výzkumu jsem si zvolila dotazníkovou metodu, ačkoli to není typický nástroj kvalitativního výzkumu, mezi které se etnografický výzkum řadí. Tuto metodu jsem si vybrala především pro její výhody, mezi které patří časová úspora a snazší kvantifikace dat, která byla pro můj výzkum důležitá. Hlavní nevýhodu dotazníkové formy, kterou je menší pružnost a nemožnost reagovat doplňujícími otázkami, jsem se snažila potlačit právě svou znalostí daného vzorku. Dotazník je sestaven ze dvou částí. První část je převzata z knihy Křivohlavého (1998), který prezentuje standardizovaný dotazník. Tento dotazník vytvořila dvojice autorů Ayala Pines a Elliot Aronson a nazývá se BM dotazník (Burnout measure). BM dotazník nám umožňuje zjistit, zdali dotazovaný trpí syndromem vyhoření, popřípadě v jaké fázi tohoto vyhoření se respondent nachází. BM dotazník je veden také otázkami uzavřenými, s výběrem odpovědi ze 7 stupňové škály. Následně je standardizovaným postupem vypočítána hodnota, která je přiřazena k jednotlivým fázím syndromu vyhoření. Druhá část obsahuje otázky uzavřené výčtové a otázky obsahující posuzovací škály. Je zaměřena především na pracovníka a jeho vztah k práci, volnému času a aktivačním terapiím.

6.3. Sběr dat

Výzkum jsem uskutečnila v měsíci březnu 2011. Vytisknutý dotazník jsem osobně předala 57 zaměstnankyním státní správy sociálního zabezpečení okresu Trutnov, a to po předchozí informativní dohodě o uskutečnění tohoto výzkumu. Dotazníky jsem zpět sebrala následující den, abych předešla jeho možným ztrátám. Zpět jsem získala 50 validně vyplněných dotazníků, které budou následně podrobeny statistické analýze a bude z nich vyhodnocována pravdivost zkonstruovaných hypotéz.

7. Výsledky

Dotazník se skládá ze dvou částí. První částí je dotazník Burnout Measure (BM) podle Křivohlavého 1998, kde se vypočítává hodnota BQ, která hovoří o míře postižení syndromem vyhoření. Druhou, speciální část dotazníku, tvoří otázky týkající se věku, délky doby práce ve státní správě, využití volného času, pocitu odolnosti a dalších.

7.1. Zpracování dotazníku BM

Burnout Measure dotazník je standardizovaný dotazník, zpracovaný na základě výzkumů a zkušeností tvůrců. Jeho vyhodnocování je také standardizováno.

7.1.1. Postup při zpracování

Burnout Measure (BM) (Křivohlavý, 1998) se skládá z 21 otázek, na které mohla respondentka odpovídat pomocí stupnice „Jak často máte následující pocity a zkušenosti?“

1	Nikdy
2	Jednou za čas
3	Zřídka kdy
4	Někdy
5	Často
6	Obvykle
7	Vždy

Jednotlivé možnosti se rovnají příslušným číselným hodnotám, které byly následně použity pro vypočítání hodnoty BQ, která udává míru ohrožení syndromem vyhoření.

Vlastní výpočet :

- Vypočítá se *položka A* sečtením číselných hodnoty u otázek č. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21.

$$A = [1]+[2]+[4]+[5]+[7]+[8]+[9]+[10]+[11]+[12]+[13]+[14]+[15]+[16]+[17]+[18]+[21]$$

- Vypočítá se *položky B*, kdy se sečtou hodnoty u otázek č. 3, 6, 19, 20.

$$B = [3]+[6]+[19]+[20]$$

- Dále se vypočítá *položka C* a to tím, že se od hodnoty 32 odečte položka B.

$$C = 32 - B$$

- Součtem položek A + C nám vyjde *položka D*.

$$D = A + C$$

- Celkové skóre (BQ) vypočítáme dělením položky D číslem 21. Tato hodnota BQ je výsledná hodnota psychického vyhoření změřená metodou dotazníku BM (Křivohlavý 1998: 37).

$$BQ = D / 21$$

Tyto hodnoty BQ byly rozřazeny do pěti skupin. Nejnižší hodnoty BQ = 2 a méně značí velmi dobrý výsledek. Jedinec není v tuto chvíli ohrožen syndromem vyhoření. Nejvyšší hodnoty BQ = 5 a více, jsou alarmujícími. U jedince je přítomen syndrom vyhoření s plně rozvinutými příznaky a je zde nutná okamžitá pomoc odborníka (Křivohlavý, 1998: 39).

Hodnota BQ	Výsledek
menší než 2	Dobrý výsledek
2 – 2,99	Uspokojivý výsledek
3 – 3,99	Doporučení k zamyšlení se nad životem a prací, ujasnění si žebříčku hodnot
4 – 4,99	Přítomný syndrom vyhoření
vyšší než 5	Považováno jako havarijní stav, je potřeba jednat a požádat o pomoc

Hodnoty BQ z dotazníku Burnout Measure byly dále porovnávány s určitými otázkami. Při porovnání jsem poukazovala na faktory, kterými může být míra ohrožení syndromem vyhoření ovlivněna.

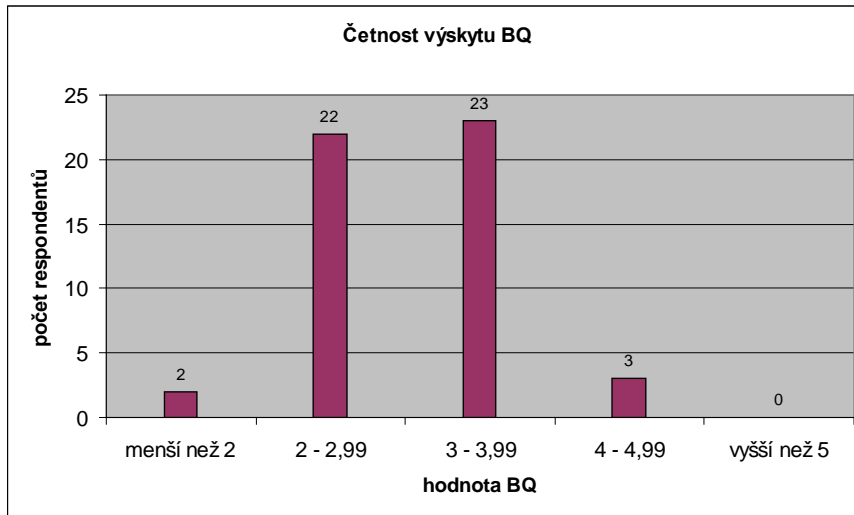
7.1.2. Souhrn výsledků

Dle vyhodnocených výsledků (viz. tab. 1, graf 1, 2) se z celkového počtu 50 respondentek objevuje rozvinutý syndrom vyhoření pouze u 3, tj. v 6% daného vzorku. Havarijní stav nebyl zaznamenán u žádné z pracovnic. Avšak celých 46% dotazovaných se pohybuje na středním stupni, který sice ještě nevypovídá o rozvinutém syndromu vyhoření, ale může být považován za jakýsi předstupeň, který by mohl vyústit v syndrom vyhoření. Na druhé straně 44% pracovnic dosáhlo uspokojivého výsledku a u 4% byl dokonce výsledek dobrý, také jinak nejlepší stupeň.

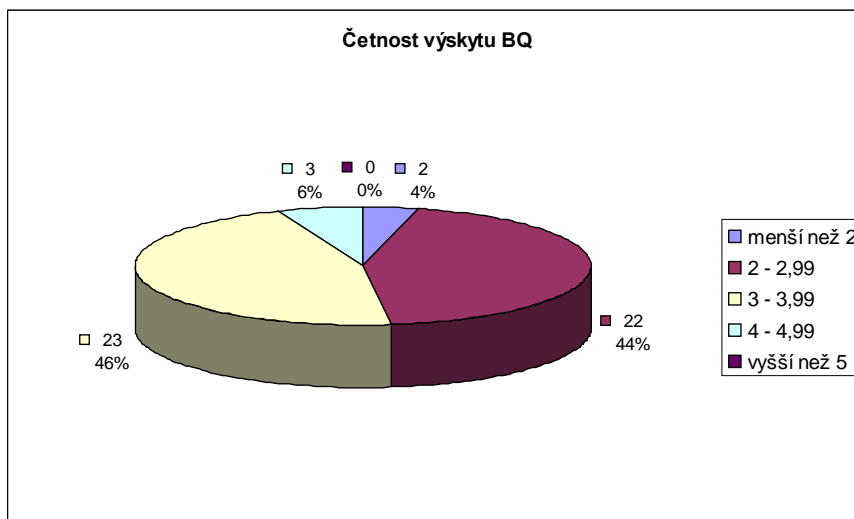
Tabulka 1

hodnota BQ	počet respondentů abs.	počet respondentů %
menší než 2	2	4
2 - 2,99	22	44
3 - 3,99	23	46
4 - 4,99	3	6
vyšší než 5	0	0

Graf 1



Graf 2



7.2. Zpracování speciální části dotazníku

Otázky pro tuto část dotazníku byly vybrány dle zkušeností a předchozích rozhovorů s pracovníky státní správy tak, aby vypovídali o syndromu vyhoření a možných faktorech, které mohou pozitivně či negativně ovlivňovat rozvoj syndromu vyhoření.

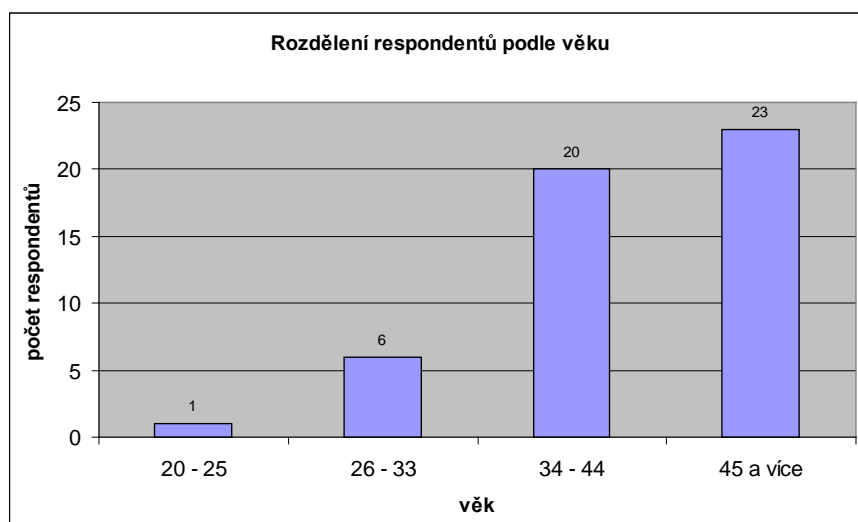
7.2.1. Otázka č.1: Kolik je Vám let?

Tato otázka se týká věku respondentů, který může mít dopad na přítomnost či nepřítomnost syndromu vyhoření. Věkové kategorie jsem rozdělila do 4 skupin (viz tab. 2: podle věku, graf 3, 4). Největší věkovou skupinu tvořily respondenty ve věku 45 let a více a to 46%. Dále byla skupina respondentek ve věku 34 – 44 let se 40%, věkovou skupinu 26 – 33 tvořilo 12% respondentek a nejmladší skupinu 20 – 25 let tvořila 1 respondentka – 2%.

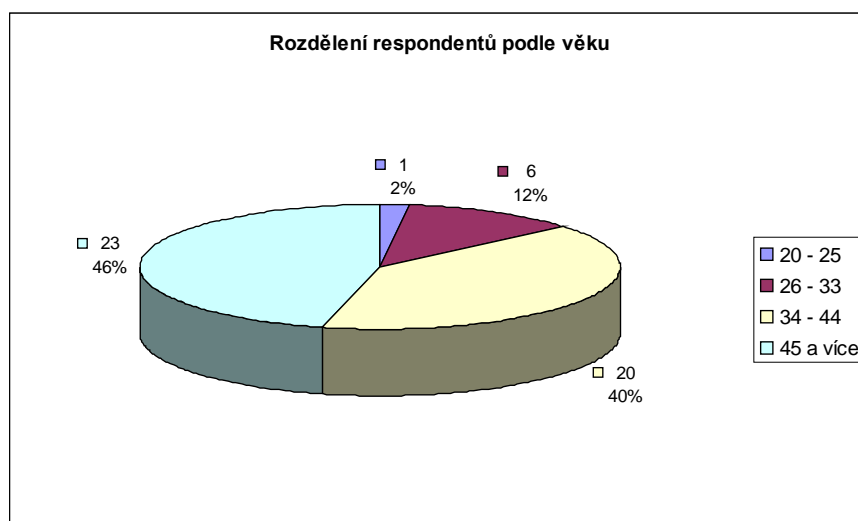
Tabulka 2: podle věku

věk	počet respondentů abs.	Počet respondentů %
20 – 25	1	2
26 – 33	6	12
34 – 44	20	40
45 a více	23	46

Graf 3



Graf 4



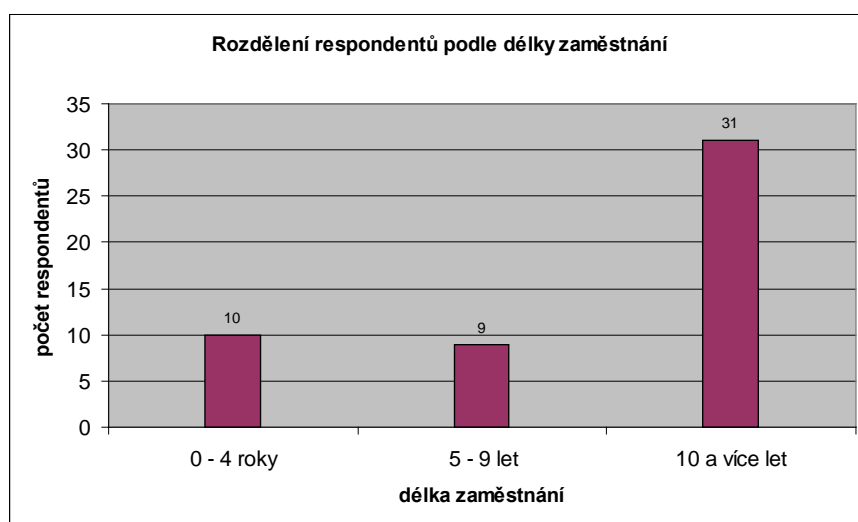
7.2.2. Otázka č.2: Jak dlouho pracujete ve státní správě?

Možnosti odpovědi na tuto otázku jsem rozdělila do tří skupin (viz tab. 3: podle délky zaměstnání, graf 5, 6). Nejvíce zastoupenou skupinou jsou pracovníce, které pracují ve státní správě 10 a více let, což odpovídá 62%, dále pak skupina pracujících 5–9 let, také jinak 18% a poslední 0–4 roky, což činí 20%.

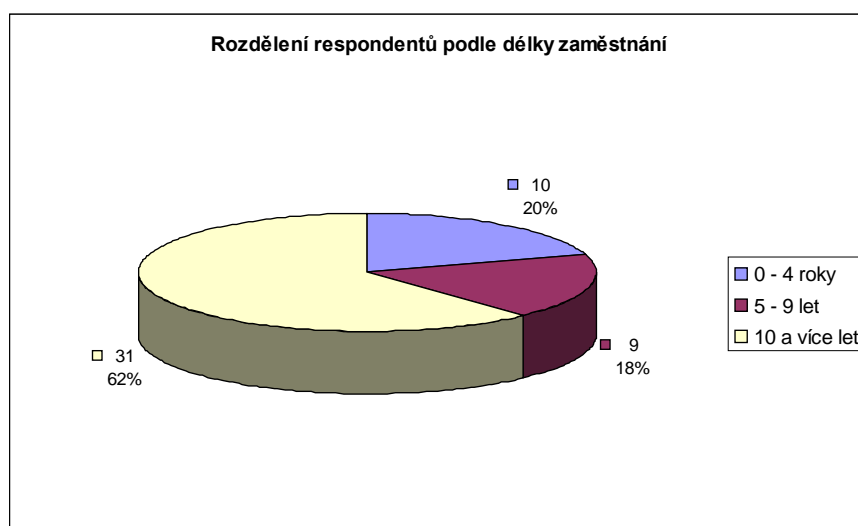
Tabulka 3: podle délky zaměstnání

délka zaměstnání	počet respondentů abs.	počet respondentů %
0 - 4 roky	10	20
5 - 9 let	9	18
10 a více let	31	62

Graf 5



Graf 6



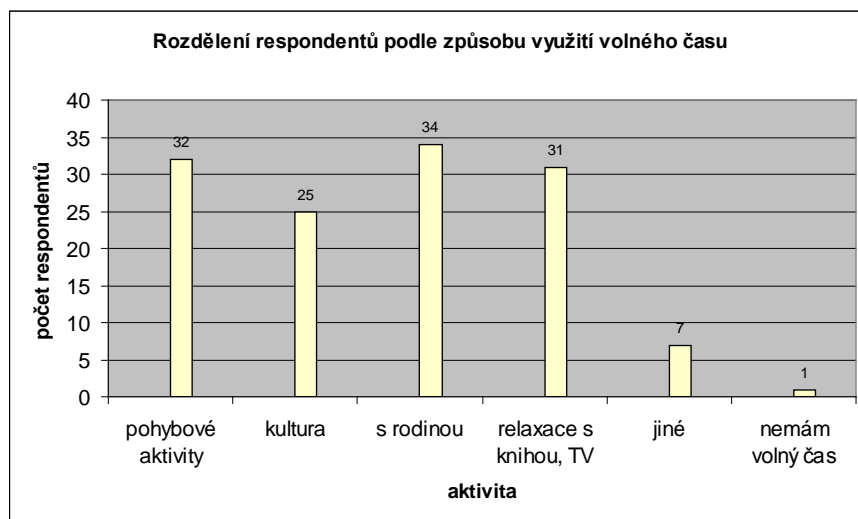
7.2.3. Otázka č.3: Jakým způsobem vyplňujete svůj volný čas?

Na tuto otázku respondenty odpovídaly zpravidla ve více možnostech, proto výsledek není ve 100% (viz tab. 4: podle způsobu využití volného času, graf 7). Nejčastější odpověď byla možnost trávení času s rodinou, kterou zaškrtnulo 34 respondentek. Další dvě velmi četné odpovědi byly pohybové aktivity, kterou zaškrtnulo 32 pracovnic a relaxace s knihou, tv, která byla zaškrtnuta v 31 případech. Možnost vyplnění volného času kulturou vybralo 25 respondentek a 7 jich zaškrtnulo ještě možnost jinou. Pouze 1 respondentka zaškrtnula políčko nemám volný čas.

Tabulka 4: podle způsobu využití volného času

aktivita	počet respondentů
pohybové aktivity	32
kultura	25
s rodinou	34
relaxace s knihou, TV	31
jiné	7
nemám volný čas	1

Graf 7



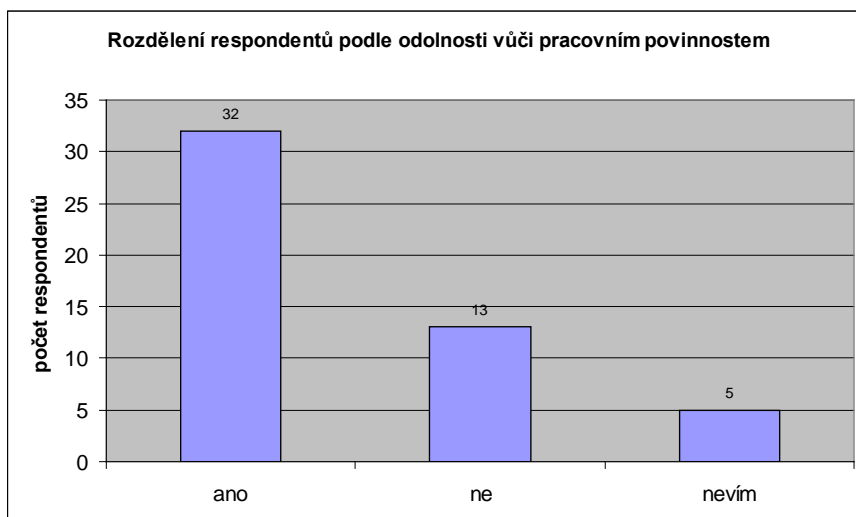
7.2.4. Otázka č.4: Cítíte se odolná vůči pracovním povinnostem?

Na tuto otázku mohly respondenty odpovědět ano, ne, nevím (viz tab. 5: podle odolnosti vůči pracovním povinnostem, graf 8, 9) dle vlastního subjektivního pocitu. 64% respondentek se cítí odolné vůči pracovním povinnostem, 26% se odolné necítí a 10% uvedlo, že neví.

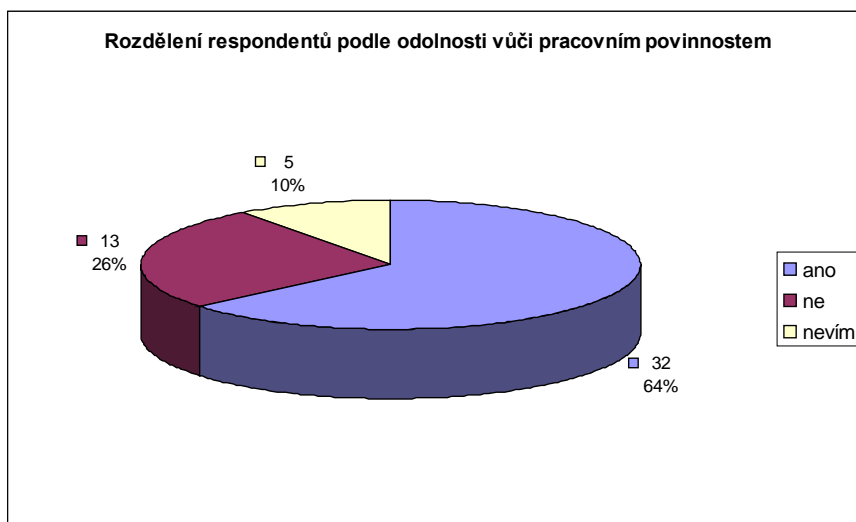
Tabulka 5: podle odolnosti vůči pracovním povinnostem

odolnost	počet respondentů abs.	počet respondentů %
ano	32	64
ne	13	26
nevím	5	10

Graf 8



Graf 9



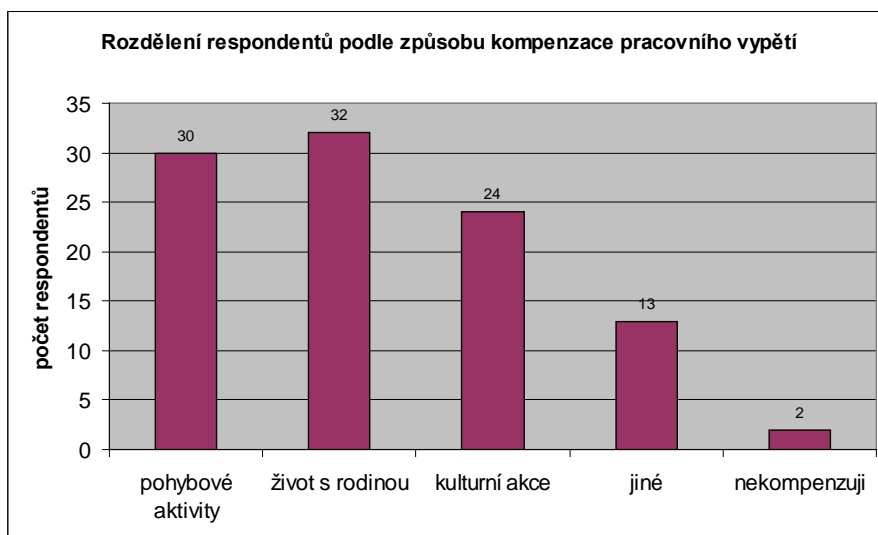
7.2.5. Otázka č. 5: Čím kompenzujete pracovní vypětí

Na tuto otázku měly respondentky možnost vybrat opět větší počet odpovědí než jednu, proto ani ve výsledku není 100% (viz tab. 6: podle způsobu kompenzace pracovního vypětí, graf 10). Nejčtenější kompenzací byla možnost život s rodinou, kterou vybralo 32 respondentek. Pohybovou aktivitu jako kompenzaci využívá 30 dotázaných a kulturní akce navštěvuje 24 dotázaných. 13 respondentek využívá ke kompenzaci jiné možnosti. Pouze 2 respondentky své pracovní vypětí nekompenzují.

Tabulka 6: podle způsobu kompenzace pracovního vypětí

způsob kompenzace	počet respondentů
pohybové aktivity	30
život s rodinou	32
kulturní akce	24
jiné	13
nekompenzují	2

Graf 10



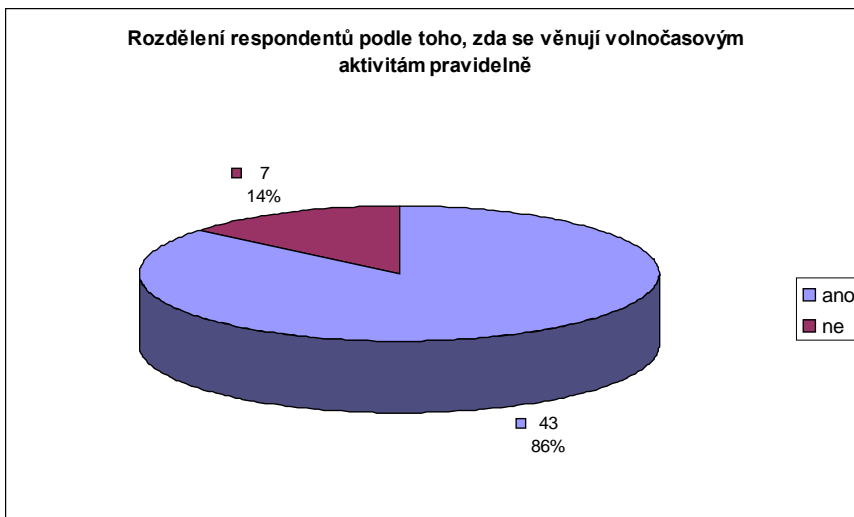
7.2.6. Otázka č.6: Věnujete se s pravidelností některým aktivitám vyplňujícím volný čas (sport, kultura, rodina, relaxace, jiné)?

V této otázce se klade důraz na to, zda se respondentky věnují aktivačním terapiím s pravidelností (viz tab. 7 podle pravidelnosti volnočasových aktivit, graf 11), jelikož ta je důležitá pro pozitivní vliv dané aktivační terapie v delším časovém období. 86% respondentek se věnuje aktivačním terapiím, ať již sportu, kultuře, relaxaci a dalším, s určitou pravidelností. Jen 7 respondentek (14%) se nevěnuje pravidelně nějaké aktivitě vyplňující volný čas.

Tabulka 7: pravidelnosti volnočasových aktivit

pravidelnost	počet respondentů
ano	43
ne	7

Graf 11



7.2.7. Otázka č.7: Provozujete nějakou pohybovou aktivitu? (např. chůze, běh, tanec, plavání, aerobik, volejbal... a další)

Tato otázka se již specificky ptá na pohybovou aktivitu jako možnost využití volného času. Z celkového počtu 50 respondentek 47 (94%) odpovědělo, že provozují nějakou pohybovou aktivitu a jen 3 respondentky (6%) uvedly, že pohybové aktivity neprovozují (viz tab. 8: podle toho, zda provozují pohybové aktivity, graf 12).

Tabulka 8: podle toho, zda provozují pohybové aktivity

provozují pohybovou aktivitu	počet respondentů
ano	47
ne	3

Graf 12



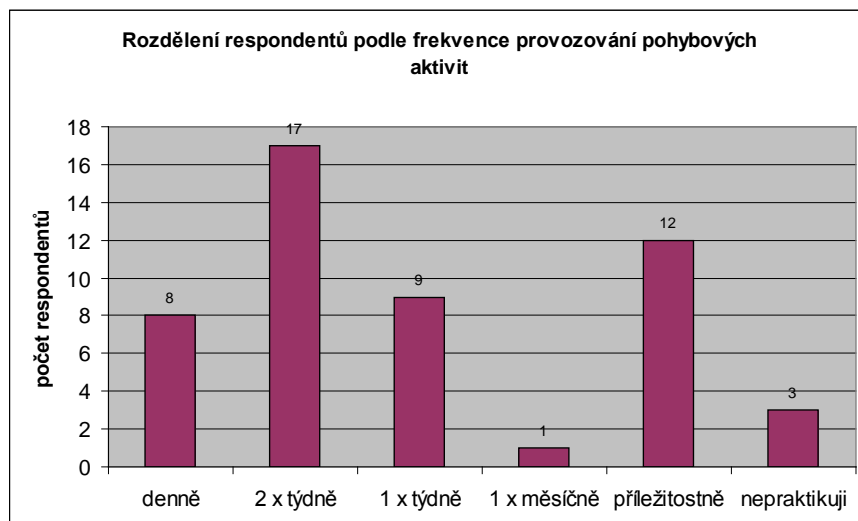
7.2.8. Otázka č.8: Jak často praktikujete pohybové aktivity?

V této otázce se respondentky vyjadřovaly k frekvenci provozování pohybových aktivit (viz tab. 9: podle frekvence praktikování pohybových aktivit, graf 13, 14). Frekvenci jsem rozdělila do 5 kategorií (denně, 2 x týdně, 1 x týdně, 1x měsíčně, příležitostně) a šestá možnost byla pro respondentky, které neprovozují žádnou pohybovou aktivitu. Největší zastoupení měla četnost provozování pohybových aktivit 2 x týdně, které je zastoupeno 34%. 16% provozuje pohybové aktivity denně, 18% 1 x týdně, 2% 1 x měsíčně a 24% příležitostně. 6% (3 respondentky) neprovozují pohybové aktivity vůbec.

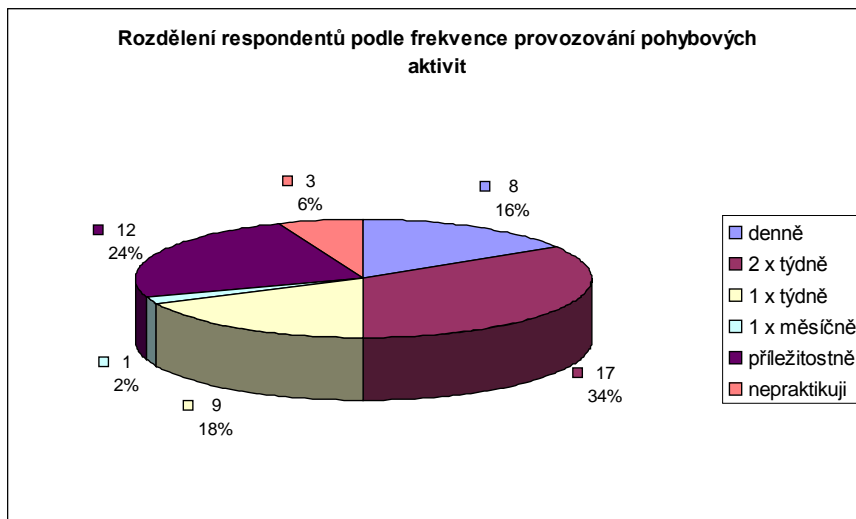
Tabulka 9: podle frekvence praktikování pohybových aktivit

frekvence	počet respondentů abs.	počet respondentů %
denně	8	16
2 x týdně	17	34
1 x týdně	9	18
1 x měsíčně	1	2
příležitostně	12	24
neprovozují	3	6

Graf 13



Graf 14



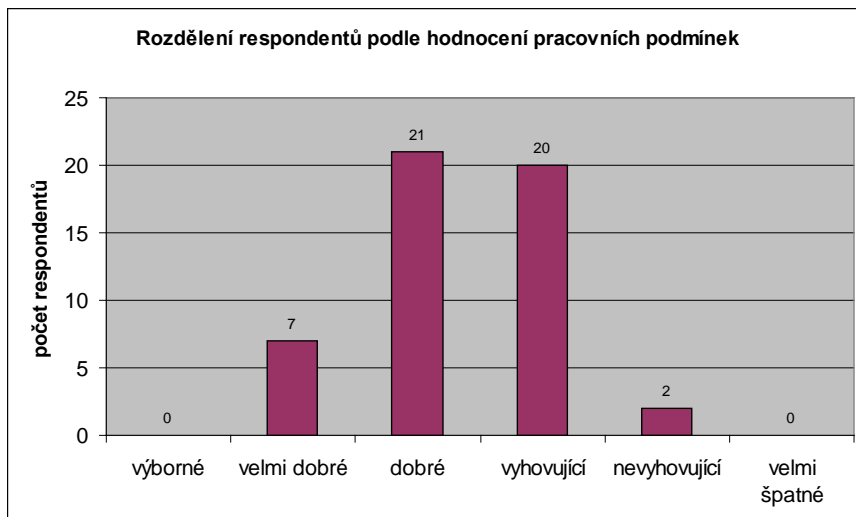
7.2.9. Otázka č.9: Jaké máte v zaměstnání podmínky?

V této otázce se mohly dotazované vyjádřit ke vlastnímu vnímání pracovního prostředí. Pro možnost odpovědi jsem zvolila 6-ti stupňovou škálu pro zhodnocení pracovních podmínek od výborné až po velmi špatné (viz tab. 10: podle hodnocení pracovních podmínek, graf 15, 16). Všechny respondentky se pohybovaly ve středu hodnotící škály. Nejvíce (42%) hodnotí své pracovní podmínky jako dobré, 40% jako vyhovující, 14% jako velmi dobré a 4% jako nevyhovující.

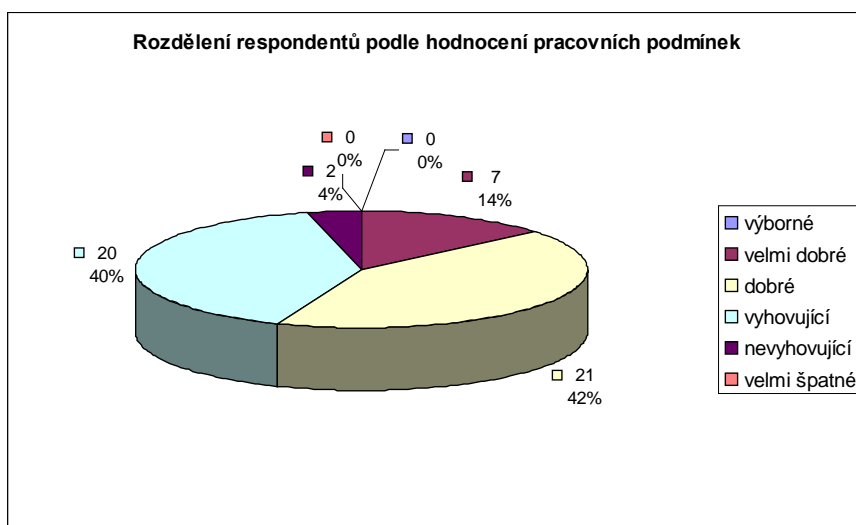
Tabulka 10: podle hodnocení pracovních podmínek

pracovní podmínky	počet respondentů abs.	počet respondentů %
výborné	0	0
velmi dobré	7	14
dobré	21	42
vyhovující	20	40
nevyhovující	2	4
velmi špatné	0	0

Graf 15



Graf 16



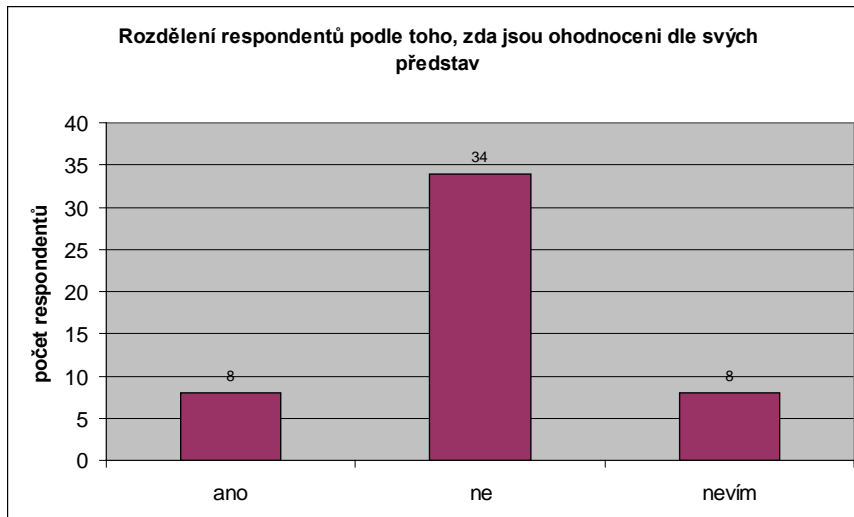
7.2.10. Otázka č.10: Jste zaměstnavatelem ohodnocena dle svých představ?

V této otázce se respondenty vyjadřovaly k hodnocením, která dostávají vzhledem ke svým představám. 68% dotázaných není ohodnoceno dle svých představ, 16% neví a jen 16% je ohodnoceno podle svých představ (viz tab. 11: podle ohodnocení dle představ, graf 17, 18).

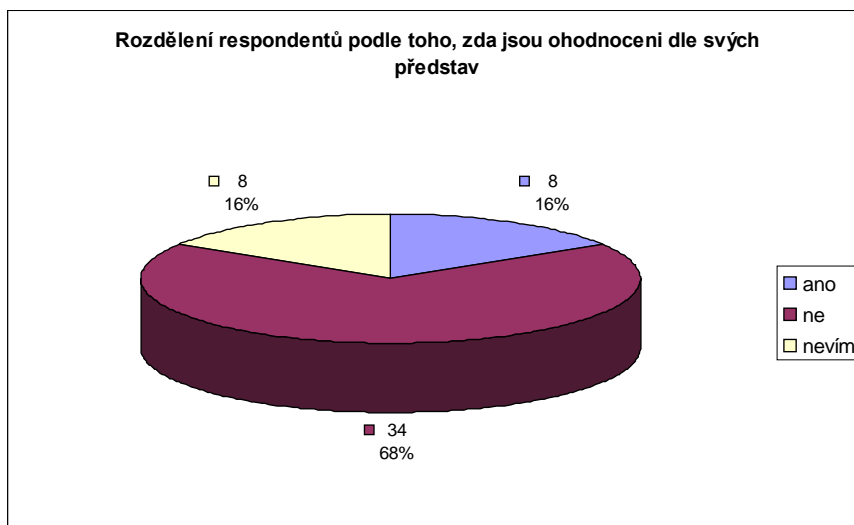
Tabulka 11: podle ohodnocení dle představ

jste ohodnocen dle svých představ?	počet respondentů abs.	počet respondentů %
ano	8	16
ne	34	68
nevím	8	16

Graf 17



Graf 18



7.3. Vyhodnocení dotazníku

Jelikož mě zajímalo, jak výsledky BQ (skóre získané výpočtem dotazníku BM syndromu vyhoření) korespondují s výsledky druhé části dotazníku, vypracovala jsem následující schémata. Rozdělila jsem četnost indexu BQ v závislosti na věku, délce zaměstnání, pocitům odolnosti vůči pracovním povinnostem, ohodnocení dle svých představ a četnosti provozování pohybových aktivit.

7.3.1. Četnost indexu BQ v závislosti na věku respondenta

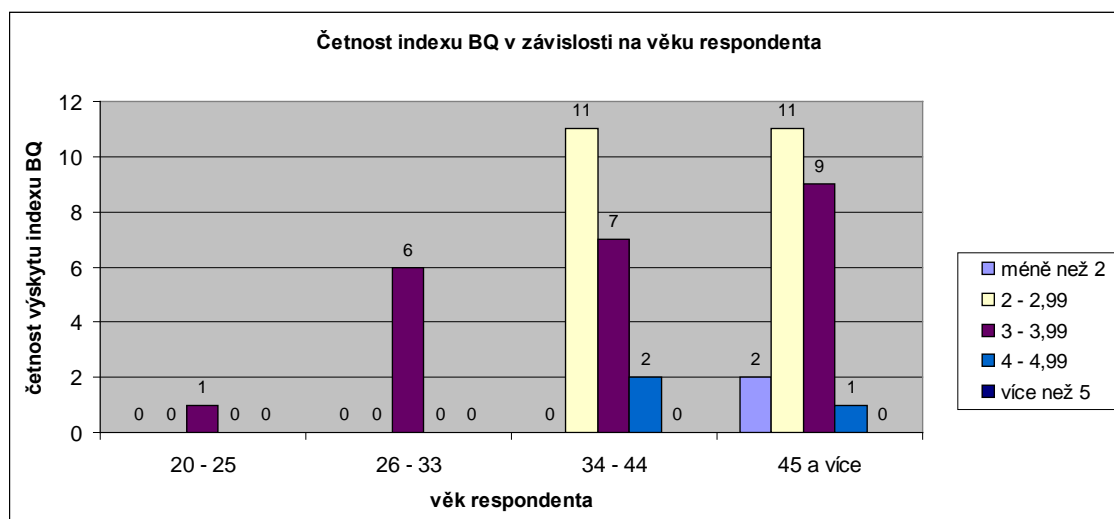
Ve věku 20–25 let byla pouze jedna respondentka, která dosáhla BQ 3 – 3,99 (průměr 3,71), ve věku 25–33 let bylo 6 respondentek s BQ 3 – 3,99 (průměr 3,5). Ve věku 33–

45 je 11 respondentek s BQ 2 – 2,99, 7 respondentek s BQ 3 – 3,99 a 2 s BQ 4 – 4,99. Průměrná hodnota BQ je 3,06. V kategorii 45 let a více je největší zastoupení respondentek a jsou zde zástupci téměř všech rozmezí BQ. Nejvíce, 11 respondentek, je v hodnotách BQ 2 – 2,99, 9 respondentek v hodnotách 3 – 3,99, 2 respondentky BQ méně než 2 a jedna respondentka v hodnotě BQ 4 – 4,99, kdy mluvíme o přítomnosti syndromu vyhoření. Průměrná hodnota BQ je 2,95. (viz. tab. 12: četnost indexu BQ v závislosti na věku raspondenta, graf 19)

Tabulka 12: četnost indexu BQ v závislosti na věku raspondenta

věk respondenta	hodnota BQ				
	méně než 2	2 - 2,99	3 - 3,99	4 - 4,99	více než 5
20 - 25	0	0	1	0	0
26 - 33	0	0	6	0	0
34 - 44	0	11	7	2	0
45 a více	2	11	9	1	0

Graf 19

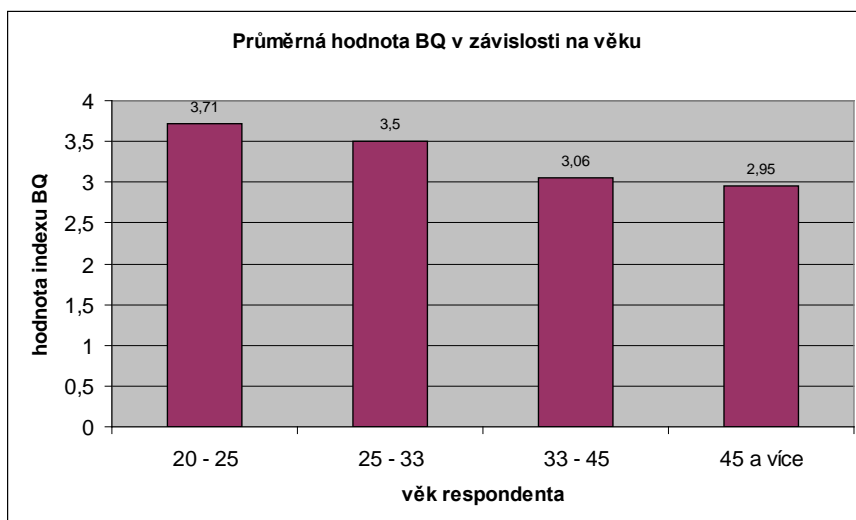


Podle tohoto zjištění výsledky ukazují na lepší BQ skóre u respondentek 45letých a starších (viz. tab. 13: průměrná hodnota BQ v závislosti na věku pacienta, graf 20), což můžeme porovnat i s výše uvedenými teoretickými znalostmi, kdy podle Maslach (2003) je vyšší věk jedince nižším rizikem pro rozvoj syndromu vyhoření. Tento fenomén je přičítán faktu, že starší pracovníci mají více zkušeností, jsou již seznámeni s možnostmi vlastní pracovní pozice a nemají tak vysoká očekávání, po kterých by nastávalo zklamání. Není proto divu, že u respondentek 33 let a mladších se index BQ pohybuje ve středních hodnotách a nikoli v nižších.

Tabulka 13: průměrná hodnota BQ v závislosti na věku pacienta

věk respondenta	průměrná hodnota BQ
20 - 25	3,71
25 - 33	3,5
33 - 45	3,06
45 a více	2,95

Graf 20



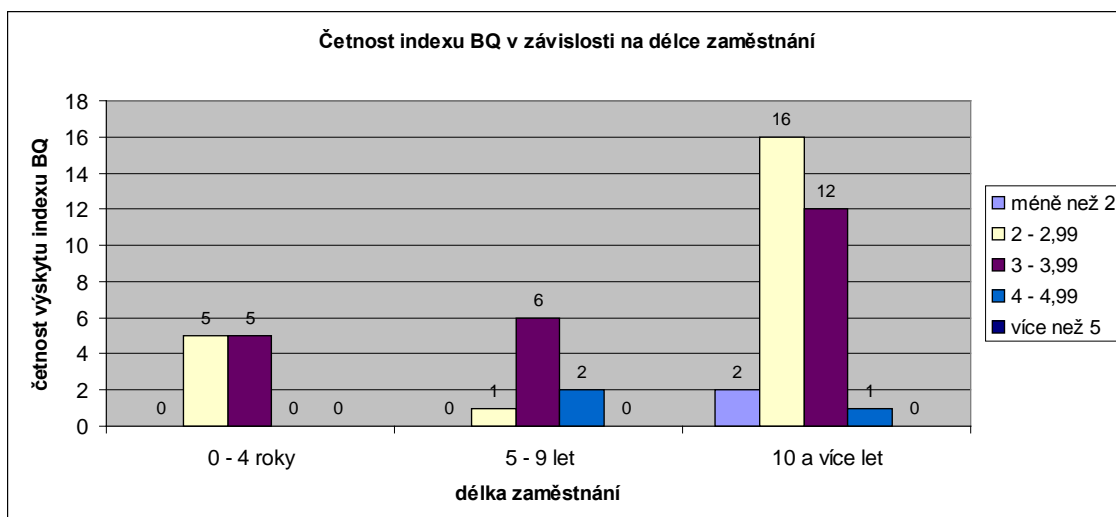
7.3.2. Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na délce zaměstnání

Pracovníků ve státní správě déle jak 10 let je nejvíce a průměrná hodnota jejich BQ je 2,9. Pracovníků, které pracují ve státní správě 5 – 9 let, je ve vzorku 9 a průměrná hodnota jejich BQ je 3,59. Pracovníků, které v tomto zaměstnání pracují 0 – 4 roky, bylo ve vzorku 10 a jejich průměrnou hodnotu BQ je 3,13. (viz. tab. 14: četnost indexu BQ v závislosti na délce zaměstnání, graf 21 a tab. 15: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na délce zaměstnání, graf 22)

Tabulka 14: četnost indexu BQ v závislosti na délce zaměstnání

délka zaměstnání	hodnota indexu BQ				
	méně než 2	2 - 2,99	3 - 3,99	4 - 4,99	více než 5
0 - 4 roky	0	5	5	0	0
5 - 9 let	0	1	6	2	0
10 a více let	2	16	12	1	0

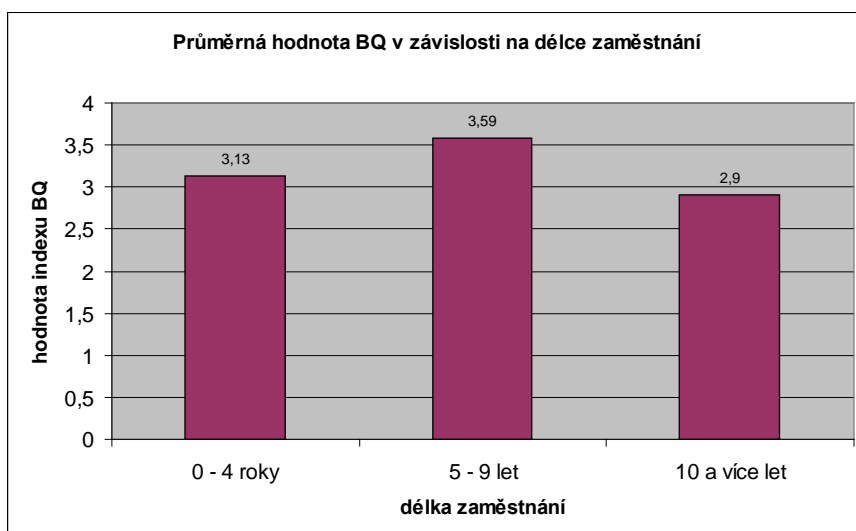
Graf 21



Tabulka 15: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na délce zaměstnání

délka zaměstnání	průměrná hodnota BQ
0 - 4 roky	3,13
5 - 9 let	3,59
10 a více let	2,9

Graf 22



Nejhůře jsou tak na tom pracovníci s délkou praxe 5 – 9 let, které svým průměrem (3,59) spadají do skupiny pracovníků, které by se měly zamyslet nad životem a prací. „Doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot, tj. toho, oč nám v životě jde, co klademe na první, druhé, třetí atp. místo v systému životních cílů...“ (Křivohlavý, 1998, s. 39) Tato skutečnost lze vysvětlit výše uvedeným faktem, že syndrom vyhoření není pouze určitý stav, ale je to proces (Tošner, Tošnerová 2002). Proto můžeme tento fakt chápat jako důkaz toho, že rozvoj syndromu může doopravdy trvat roky. Naopak pozoruje zdaleka nejlepší průměr indexu BQ u pracovníků zaměstnaných ve státní správě 10 let a více

(2,9), což znovu potvrzuje teorii o zkušenějších pracovnících, která byla vysvětlena výše.

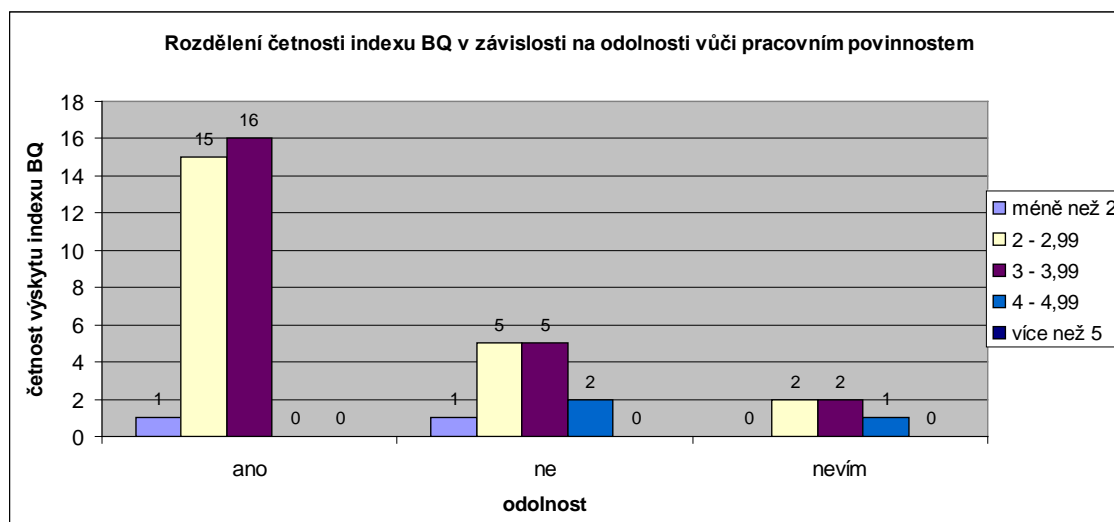
7.3.3. Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na pocitu odolnosti vůči pracovním povinnostem

Průměrné hodnota BQ u 32 respondentek (64%), které se cítí být odolné vůči pracovním povinnostem je 2,96, což značí uspokojivý výsledek. U zbývajících respondentek, které se necítí být odolné nebo neví, je hodnota BQ 3,31 a 3,2. Tato BQ jsou již hodnocena jako hraniční, kdy posuzované ještě nemají syndrom vyhoření, ale už by se měly zamyslet nad životem a prací. V této skupině byly i 3 respondentky, které se pohybovaly v rozmezí BQ 4 – 4,99 a mají již dle dotazníku BM syndrom vyhoření. (viz. tab. 16: četnost indexu BQ v závislosti na pocitu odolnosti vůči pracovním povinnostem, graf 23 a tab. 17: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na pocitu odolnosti vůči pracovním povinnostem, graf 24)

Tabulka 16: četnost indexu BQ v závislosti na pocitu odolnosti vůči pracovním povinnostem

odolnost	hodnota inndexu BQ				
	méně než 2	2 - 2,99	3 - 3,99	4 - 4,99	více než 5
ano	1	15	16	0	0
ne	1	5	5	2	0
nevím	0	2	2	1	0

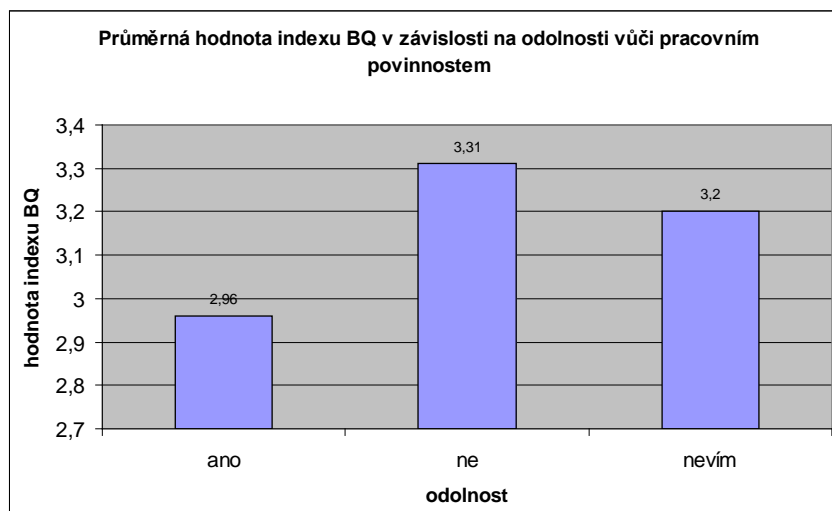
Graf 23



Tabulka 17: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na pocitu odolnosti vůči pracovním povinnostem

odolnost	průměrná hodnota BQ
ano	2,96
ne	3,31
nevím	3,2

Graf 24



Tyto grafy nám ukazují, že většina respondentek si uvědomuje, zdali jim jejich zaměstnání způsobuje problémy, či nikoli. To je velmi pozitivní, protože prvním krokem k řešení jakéhokoli problému je problém uvědomění. V případě, že se pracovnice necítí odolné vůči pracovním povinnostem a přiznají si to, existuje šance, že s tímto faktem budou něco v budoucnu dělat.

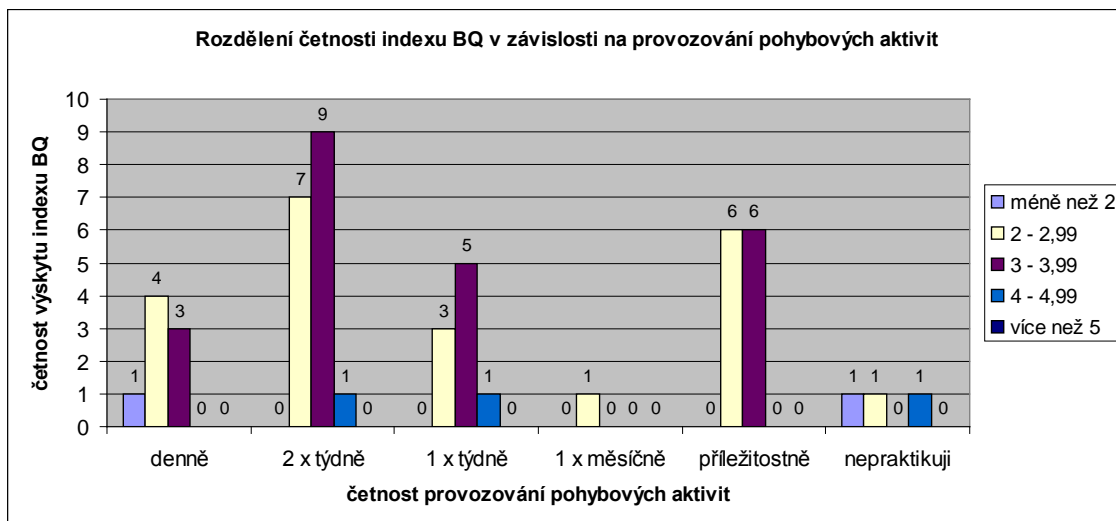
7.3.4. Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na pravidelnosti provozování pohybových aktivit

Nejnižší hodnotu BQ a to 2,78 mají respondentky, které provozují nějakou pohybovou aktivitu denně. Hodnotu BQ 2,85 mají respondentky, které provozují pohybové aktivity 1 x měsíčně, dále BQ 3,04 při příležitostných pohybových aktivitách, BQ 3,15 a 3,30 při aktivizách 1x a 2x týdně. Zajímavá je hodnota BQ u respondentek, které neprovozují pohybové aktivity – 2,93. (viz. tab.18: rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na pravidelnosti provozování pohybových aktivit, graf 25 a tab. 19: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na četnosti provozování pohybových aktivit, graf 26)

Tabulka 18: rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na pravidelnosti provozování pohybových aktivit

četnost	hodnota indexu BQ				
	méně než 2	2 - 2,99	3 - 3,99	4 - 4,99	více než 5
denně	1	4	3	0	0
2 x týdně	0	7	9	1	0
1 x týdně	0	3	5	1	0
1 x měsíčně	0	1	0	0	0
příležitostně	0	6	6	0	0
nepraktikují	1	1	0	1	0

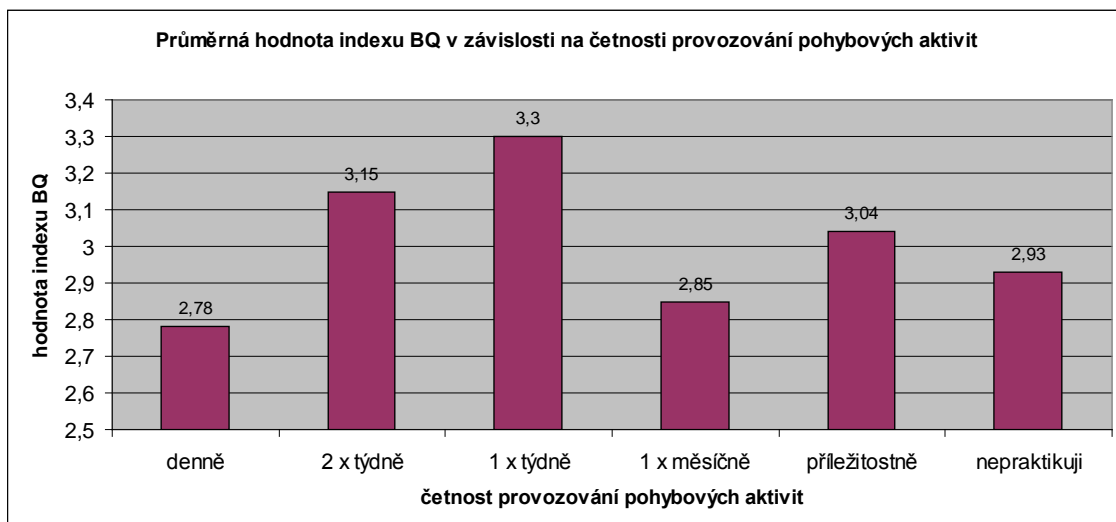
Graf 25



Tabulka 19: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na četnosti provozování pohybových aktivit

četnost	průměrná hodnota BQ
denně	2,78
2 x týdně	3,15
1 x týdně	3,3
1 x měsíčně	2,85
příležitostně	3,04
nepraktikují	2,93

Graf 26



Z teoretických znalostí bylo naše očekávání takové, že pohybová aktivita je preventivním faktorem, avšak pozorujeme přítomnost syndromu vyhoření u pravidelně cvičících respondentek (2x a 1x týdně). Toto zjištění poněkud podlamuje naši teorii, avšak nejedná se o nález neobvyklý. Bylo učiněno nesčetně výzkumů o vlivu fyzické zátěže na stres a ne všechny prokázaly jednoznačně pozitivní vliv pravidelného cvičení.

- Některé výzkumy prokázaly, že u trénovaných osob je i po stresu nižší hladina noradrenalinu v plazmě, avšak subjektivně nálada lepší není (Fillingim, Blumenthal, 1993).
- Jiné výzkumy dokumentují jinou realitu, a to, že trénovaní jedinci mají stejnou fyziologickou odpověď na stres jako netréňovaní, avšak je u nich rychlejší regenerace (Fillingim, Blumenthal, 1993).

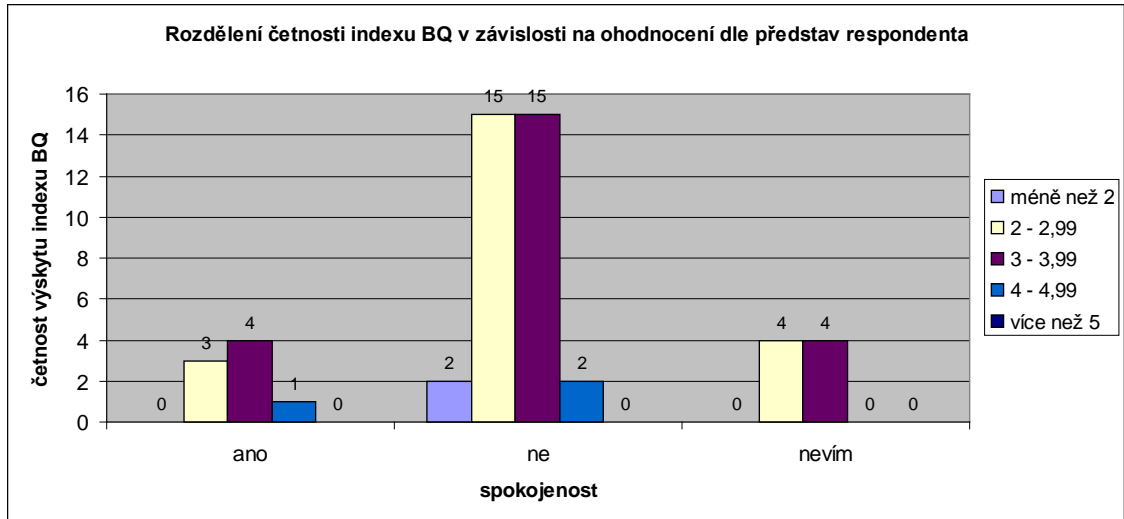
7.3.5. Rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na ohodnocení dle představ respondenta

Nespokojených respondentek se svým ohodnocením dle představ je 68%. Jejich průměrné BQ je 3,02. Spokojených 16% vykazují průměrné BQ 3,26. A ty, co neví, též 16%, s průměrným BQ 3,11. (viz. tab. 20: rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na ohodnocení dle představ respondenta, graf 27 a tab. 21: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na ohodnocení dle představ respondenta, graf 28)

Tabulka 20: rozdělení četnosti indexu BQ v závislosti na ohodnocení dle představ respondenta

spokojenost	hodnota indexu BQ				
	méně než 2	2 - 2,99	3 - 3,99	4 - 4,99	více než 5
ano	0	3	4	1	0
ne	2	15	15	2	0
nevím	0	4	4	0	0

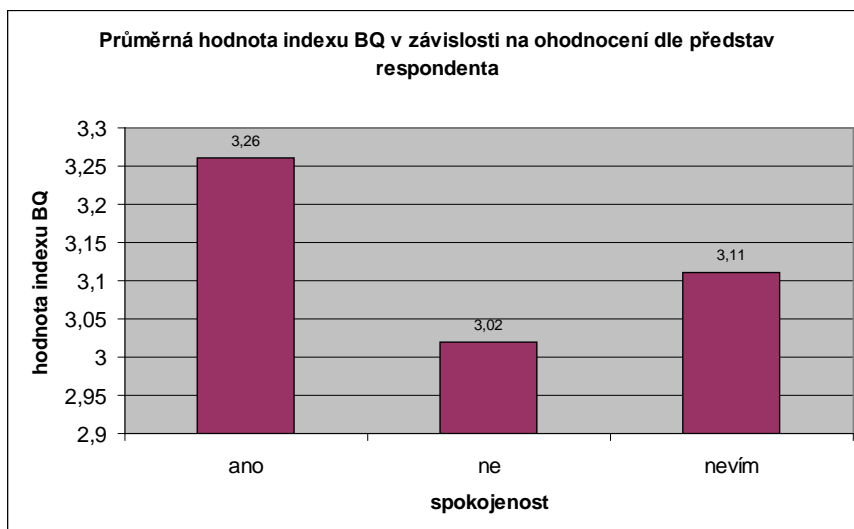
Graf 27



Tabulka 21: průměrná hodnota indexu BQ v závislosti na ohodnocení dle představ respondenta

spokojenost	průměrná hodnota BQ
ano	3,26
ne	3,02
nevím	3,11

Graf 28



Výsledky tohoto srovnání nám říkají, že rozvoj syndromu vyhoření není závislý na ohodnocení pracovníků, ať se jedná o ohodnocení žádoucí či nedostatečné. Toto zjištění nepotvrzuje teoretickou znalost, že nedostatečné pracovní ohodnocení je jedním z rizikových faktorů. V našem vzorku nebyl tento trend naplněn a rozložení predispozic k syndromu vyhoření bylo rovnoměrně rozloženo mezi respondentky spokojené s ohodnocením a nespokojené s ohodnocením.

7.3.6. Rozdělení dle závislosti pocitu odolnosti a četnosti praktikování pohybových aktivit

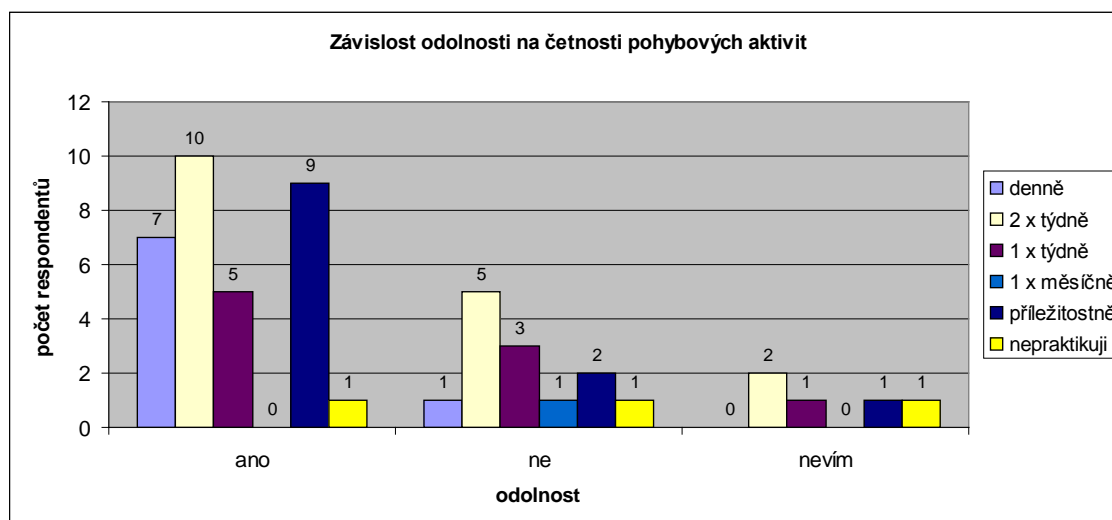
Z 32 respondentek, které se cítí být odolné vůči pracovním povinnostem, jich 7 (21,88%) provozuje pohybové aktivity denně, 10 (31,25%) respondentek 2 x týdně, 5 (15,62%) 1 x týdně, 9 (28,12%) příležitostně a 1 (3,13%) respondentka pohybové aktivity neprovozuje.

Ze zbývajících 18 respondentek, které nevědí nebo se necítí odolné vůči pracovním povinnostem, jich denně provozuje pohybové aktivity jen 1 (5,56%) respondentka. 7 (38,89%) respondentek provozuje pohybové aktivity 2 x týdně, 4 (22,2%) respondentky 1 x týdně, 1 (5,56%) jednou měsíčně, 3 (16,67%) respondentky příležitostně a 2 (11,11%) neprovozuje vůbec žádné pohybové aktivity (viz tab. 22, 23: závislost odolnosti na četnosti pohybových aktivit, graf 29, 30).

Tabulka 22: závislost odolnosti na četnosti pohybových aktivit - počet respondentů absolutně

odolnost	četnost vykonávání pohybových aktivit					
	denně	2 x týdně	1 x týdně	1 x měsíčně	příležitostně	nepraktikují
ano	7	10	5	0	9	1
ne	1	5	3	1	2	1
nevím	0	2	1	0	1	1

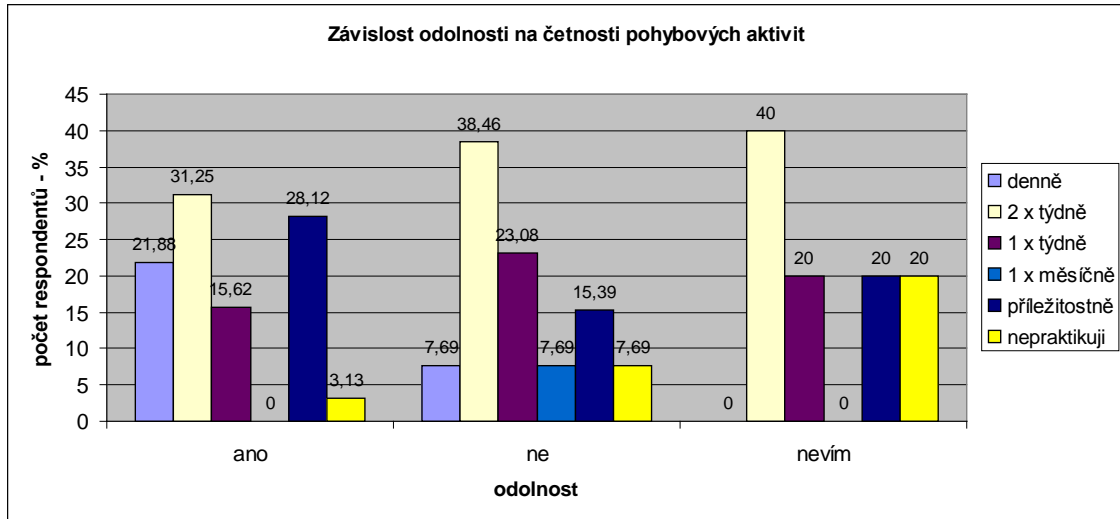
Graf 29



Tabulka 23: závislost odolnosti na četnosti pohybových aktivit – počet respondentů v %

odolnost	četnost vykonávání pohybových aktivit					
	denně	2 x týdně	1 x týdně	1 x měsíčně	příležitostně	nepraktikují
ano	21,88	31,25	15,62	0	28,12	3,13
ne	7,69	38,46	23,08	7,69	15,39	7,69
nevím	0	40	20	0	20	20

Graf 30



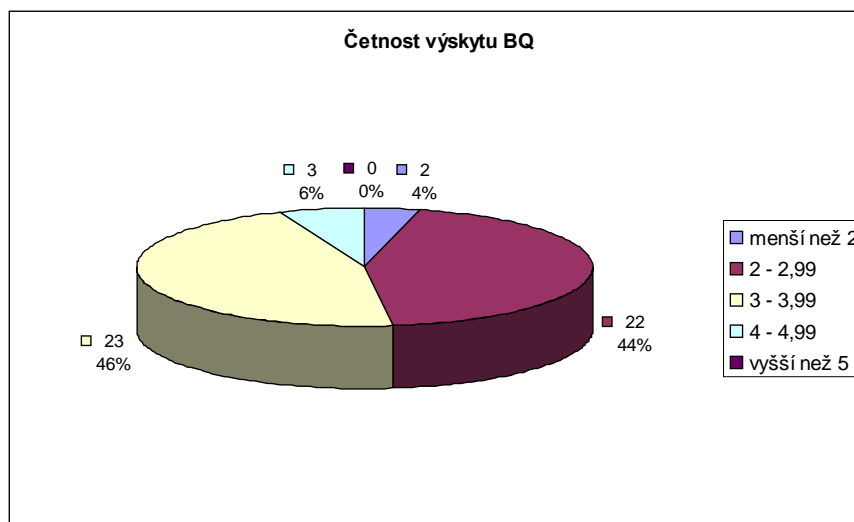
8. Diskuse - vyhodnocení hypotéz

Na závěr se budu věnovat stanoveným hypotézám a jejich eventuálnímu potvrzení či vyvrácení, vzhledem k výsledkům vyhodnocených dotazníků¹⁷.

8.1. Hypotéza č.1

„Práce ve veřejném sektoru s sebou přináší stres a predispozice k rozvoji syndromu vyhoření. Stresové prostředí vyvolává vznik syndromu vyhoření.“

Graf 2



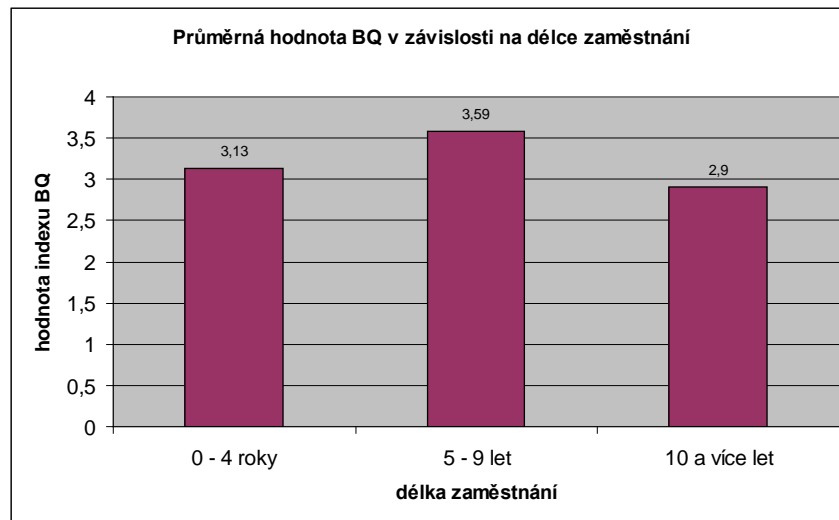
Tuto hypotézu můžeme potvrdit, protože převážná část respondentek - 52% (viz. tab. 1, graf 2) je ve výsledku BQ > jak 3 ohrožena „onemocněním“ syndromem vyhoření. Průměrná hodnota indexu BQ celého vzorku je 3,10. Jedná se o hodnotu vypovídající o ohrožení syndromem vyhoření, kde se doporučuje zamyslet se nad životem a prací. U 52% je výsledek horší jak uspokojivý, i když odolné vůči pracovním povinnostem se cítí více jak 64% dotazovaných pracovnic.

¹⁷ Pro přehled vždy znovu uvádím nejvýstižnější grafy.

8.2. Hypotéza č.2

„Zkoumaná skupina pracující v sociální sféře má po 5 letech práce tendenci „onemocnět“ syndromem vyhoření.“

Graf 22

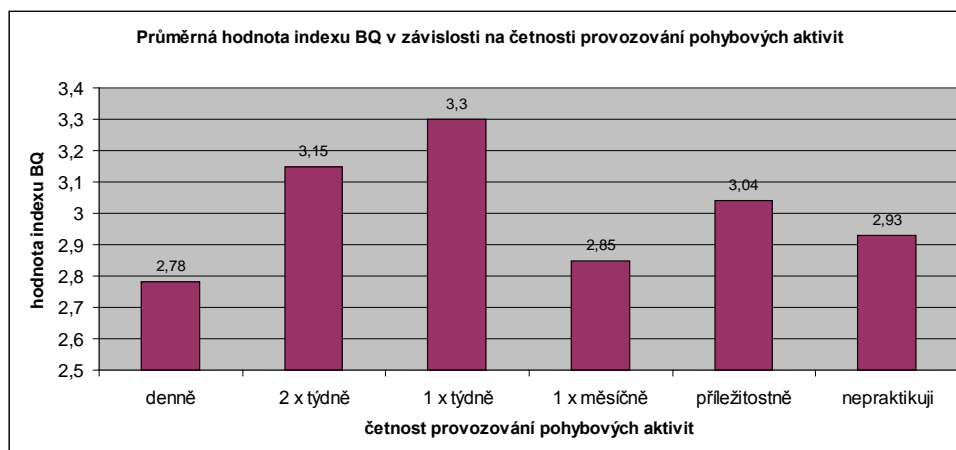


Tuto hypotézu můžeme potvrdit. Pracovnice s praxí ve státní správě 5 – 9 let měly průměrný výsledek BQ 3,59, což byl nejhorší výsledek. Z toho 4% vykazovaly již hodnoty BQ vyšší jak 4 a to svědčí o „onemocnění“ syndromem vyhoření (viz. tab. 14, 15, graf 22).

8.3. Hypotéza č.3

„Pravidelné cvičení a další aktivační terapie jsou faktory, které pomáhají lépe zvládat stres a zvyšují odolnost vůči vzniku syndromu vyhoření. Lidé, kteří pravidelně cvičí, se cítí odolnější.“

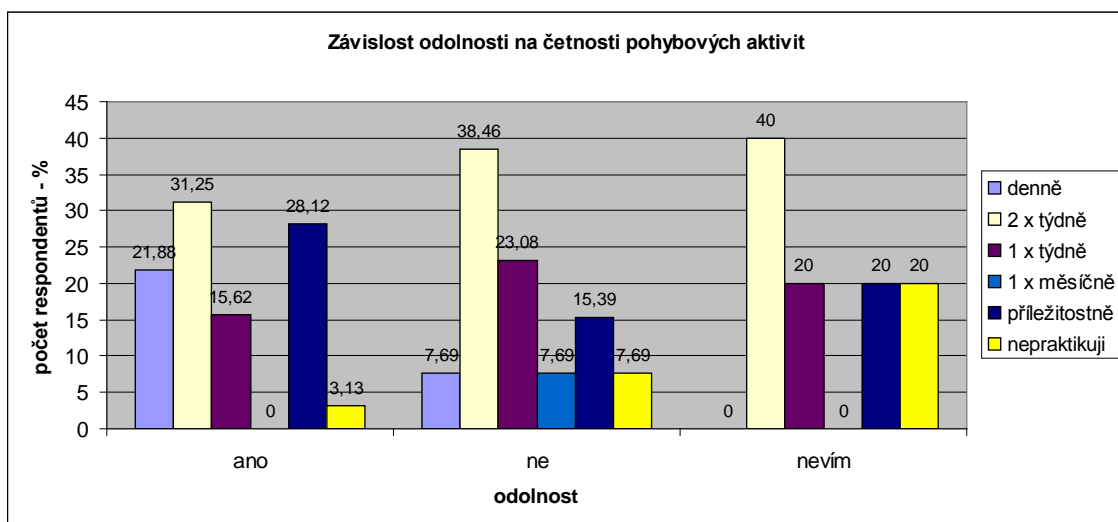
Graf 26



94% všech respondentek provozuje nějakou pohybovou aktivitu, ať již pravidelně nebo nepravidelně (viz tab. 8). Pouhých 6 % neprovozuje žádnou pohybovou činnost. 50% respondentek praktikuje nějakou pohybovou aktivitu denně, 2 x týdně či častěji a dá se mluvit o pravidelné pohybové aktivitě (viz. tab. 9). Jejich průměrná hodnota BQ je 3,03. Hodnota BQ u respondentek, které provozují pohybovou aktivitu příležitostně, popřípadně 1 x za týden či měsíc nebo neprovozují tuto aktivitu vůbec, kdy se nedá mluvit o pravidelné činnosti, je 3,11 (viz. tab. 18, graf 26) .

Z tohoto nálezu můžeme vyvodit, že pravidelné pohybové aktivity a další aktivační terapie pomáhají lépe zvládat stres a zvyšují tak odolnost vůči vzniku syndromu vyhoření. Avšak výzkum neprokázal opačnou závislost a to, že lidé, kteří neprovozují fyzickou aktivitu pravidelně, jsou méně odolní.

Graf 30



Z 32 respondentek, které se cítí odolné vůči pracovním povinnostem, jich pravidelně praktikuje pohybové aktivity ať již denně nebo 2 x týdně je 17, což je 53,13% (průměrné BQ 2,96). 15 (46,87%, kdy průměrné BQ je 3,12) respondentek praktikuje pohybové aktivity jen jednou týdně, příležitostně nebo vůbec (viz. tab. 23, graf 30). Všech 32 respondentek, které se cítí být odolné, kompenzují pracovní vypětí.

18 respondentek, které nevědí nebo se necítí být odolné vůči pracovním povinnostem, má průměrnou hodnotu BQ 3,31. Z toho jich 46% (průměrné BQ 3,48) praktikuje pohybové aktivity pravidelně denně nebo 2 x týdně a 53,85% (průměrné BQ 3,10) nepravidelně 1 x za týden, měsíc, popřípadě příležitostně nebo vůbec.

Uvedená data bohužel mou hypotézu nepodporují. Pouze 53 % z pracovnic, které se cítí odolné vůči pracovním povinnostem, pravidelně praktikuje fyzickou aktivitu a zároveň tuto aktivitu provozuje celých 46% z respondentek, které se odolné necítí nebo

nevědí. Porovnáme-li tato procenta, zjišťujeme, že pravidelná fyzická aktivita nemá zásadní vliv na odolnost vůči zatížení.

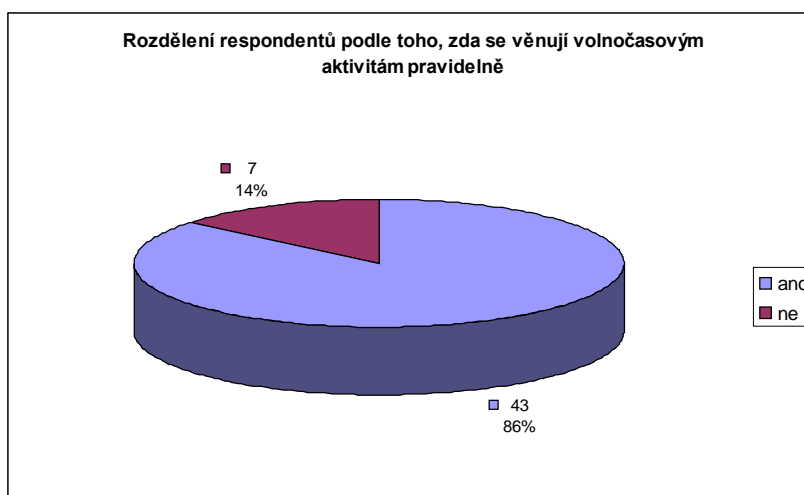
Podíváme-li se pečlivě na graf 30, pracovníce provozující pohybové aktivity denně, mají výrazně podprůměrnou hodnotu BQ, což by napovídalo, že tyto aktivity skutečně jsou preventivní terapií.

Výsledný rozbor této hypotézy může být znehodnocen úzkým zaměřením na jednu z aktivačních terapií. Ve výzkumu se nezabýváme dalšími preventivními terapiemi (např. muzikoterapie, arteterapie), které mohou mít pozitivní vliv na odolnost jedince a zkreslují nám tak údaje o respondentkách, které se cítí odolné, ale neprovozují jako svou aktivační terapii pohybovou aktivitu.

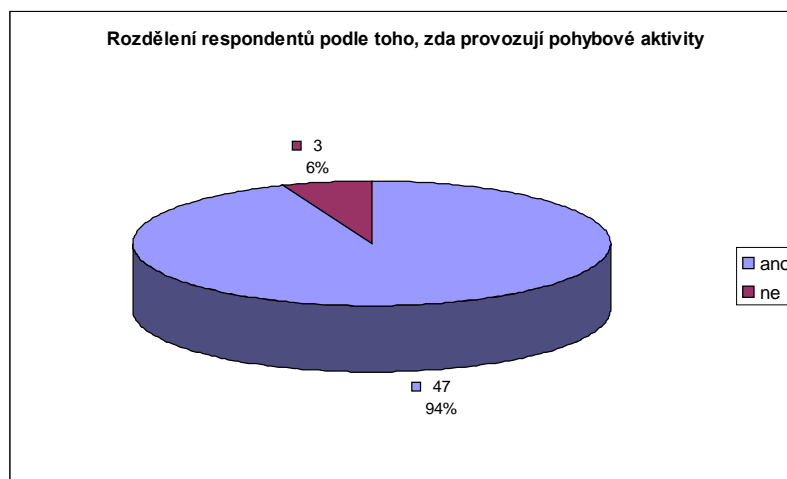
8.4. Hypotéza č. 4

„Pracovníci ve veřejném sektoru podceňují důležitost správného využití volného času pro aktivační terapie jako prevenci syndromu vyhoření.“

Graf 11



Graf 12



Tuto hypotézu nemůžu ani potvrdit, ani vyvrátit. 86% respondentek se s pravidelností věnuje nějakým volnočasovým aktivitám (viz. tab. 7, graf 11), 94% provozuje pohybové aktivity ať již pravidelně či nepravidelně (viz. tab. 8, graf 12). Podle těchto výsledků vše nasvědčuje, že pracovnice ve veřejném sektoru, zde konkrétně ve státní správě zabývající se sociálními dávkami v okrese Trutnov, nepodceňují důležitost správného využití volného času pro aktivační terapie. Vzhledem k dosažení výsledku BM dotazníku (průměrné BQ 3,10) však o tom můžeme polemizovat, jelikož tato průměrná hodnota poukazuje na problémy spojené s pracovním zatížením.

9. Závěr

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na syndrom vyhoření a možnosti jeho prevence. V teoretické části jsem se snažila rozebrat syndrom vyhoření a jeho rizikových faktorů. Soustředila jsem se na možnosti prevence pomocí aktivačních terapií s důrazem na pohybové aktivity.

V empirické části jsem zkoumala skupinu svých spolupracovnic z oblasti státní správy. Zajímalo mne, zdali jsou pod vlivem rizikových faktorů a jsou-li tak náchylné „onemocnět“ syndromem vyhoření. Dále mě zajímalo, jakým způsobem tráví svůj volný čas ve smyslu prevence syndromu vyhoření. Zdali se snaží kompenzovat pracovní vypětí, kterému jsou dennodenně vystavovány a zdali tato kompenzační opatření fungují, přičemž jsem se věnovala především pohybové aktivitě.

Z výsledků mě nepřekvapil fakt, že pracovnice státní správy jsou pod vlivem rizikových faktorů syndromu vyhoření a jsou proto syndromem vyhoření velmi ohroženy. Oproti tomu mě velmi příjemně překvapil výsledek analýzy využití volného času. Převážná většina respondentek kompenzuje své pracovní vypětí různými aktivačními metodami (kultura, pravidelná pohybová aktivita) či dalšími činnostmi (čas s rodinou, relaxace s knihou či u televize). Pohybovou aktivitu, jako vyplnění volného času, využívá také převážná většina respondentek, avšak pouze polovina se této aktivitě věnuje pravidelně. Při analyzování jsem zjistila, i přes veškerá má očekávání, že pravidelná pohybová aktivita nemá vliv na rozvoj syndromu vyhoření. Neprokázala se souvislost mezi pravidelnou fyzickou aktivitou a sníženým rizikem vzniku syndromu vyhoření. V tomto smyslu se pouze ukázal pozitivní vliv pravidelné fyzické aktivity na subjektivní pocit lepší odolnosti vůči pracovnímu zatížení.

Z veškerých získaných znalostí mohu konstatovat, že syndrom vyhoření skutečně je aktuálním a zásadním problémem novodobé společnosti. Zaměstnavatel, stát, nijak tuto problematiku neřeší. Bohužel u nás ani neexistují žádné statistiky počtu zaměstnanců, kteří „onemocněli“ syndromem vyhoření. A přestože syndrom vyhoření není „nemoc“, je problémem nejen samotného jedince ale i zaměstnavatele. Nejenže s postupným rozvojem syndromu klesá produktivita zaměstnance, ale občas se stane, že dříve vynikající a výkonný pracovník odchází z důvodu nemožnosti dále vykonávat svoji práci, např. z důvodu deprese. Státní ekonomika kvůli neřešení syndromu vyhoření prodělává mnoho peněz (nespokojení zaměstnanci s nízkou produktivitou stojí britskou

ekonomiku 46 bilionů liber ročně¹⁸). Je tedy jasné, že tento problém by měl být řešen na více úrovních, a to z pozic zaměstnavatelů, tak i z pozic zaměstnanců.

Pro mě je důležité, že mé kolegyně se chtějí seznámit s výsledky mé práce a mají zájem o toto téma. Některé žádají o další možnost vyplnění BM dotazníku již pro svou vlastní potřebu. Za tento zájem jsem opravdu ráda a doufám, že tento zájem vzroste i u dalších lidí, aby se o syndromu vyhoření stále jen nemluvilo, ale také aby se s ním něco dělalo. Já sama jsem se vypracováním této práce hodně naučila a doufám, že nejen mně tyto znalosti pomohou v dalších pracovních dnech.

¹⁸ Zdroj: Leiter, Maslach, 2005.

Seznam použité literatury

- 1) ALARCON, G. et al. Relationships between personality variables and burnout: A meta-analysis. *Work and stress* [online]. 2009, roč. 23, č. 3, s. 244-263. [cit. 2011-03-14] Dostupné z:
<http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/2010/AlacornEschlemanBowling2009.pdf>
- 2) BOENISCH, E., HANEY, C. M. *Stres: přehledné testy a návody, jak zvládat stres*. 1. vydání. Brno: Books, 1998. 216 s. ISBN 80-7242-015-1.
- 3) CUNGI, C. *Jak zvládat stres*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-465-6.
- 4) ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. Syndrom vyhoření u lékařů lékařské posudkové služby, jeho příčiny a řešení. *Revizní a posudkové lékařství*, 2009, roč. 12, č. 4, s. 75-79.
- 5) ČERNÁ, L. Jak vzniká syndrom vyhoření. *Furt v pohodě*, 2010, roč. 5, č. 10.
- 6) ČÍŽKOVÁ, K. *Tanečně-pohybová terapie*. 1. vydání. Praha: Triton, 2005. 119 s. ISBN 80-7254-547-7.
- 7) DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. 374 s. Praha: Karolinum, 2006. ISBN 80-246-0139-7.
- 8) FILLINGIM, R.B., BLUMENTHAL, J.A. The Use of Aerobic Exercise as a Method of Stress Management. In LEHRER, P.M., WOOLFOLK, R.L. (ed.). *Principles and Practice of Stress Management*. 2. vydání. New York: The Guilford Press, 1993, s. 443-462. ISBN 0-89862-162-3.
- 9) HAVLÍČKOVÁ, L. *Fyziologie tělesné zátěže. 1.obecná část. 2. přepracované vydání*. Praha: Karolinum, 1999. 203 s. ISBN 80-7184-875-1.
- 10) HAVRDOVÁ, Z. et al. Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 2010, roč. 54, č. 3, s. 235-248.
- 11) HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- 12) HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 70 s. ISBN 80-7066-976-4.
- 13) ITALIA, S., FAVARA-SCACCO, C., DI CATALDO, A. Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psycho-Oncology* [online]. 2008, roč. 17, č. 7, s. 676-680. [cit. 2011-04-01] Dostupné z:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1293/abstract;jsessionid=88D4F8F50D06316527783421AD95CDC4.d02t03>

- 14) JEBAVÁ, J. *Úvod do arteterapie*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1997. 111 s. ISBN 80-7184-394-6
- 15) JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN – 80-86991-74-1. [cit. 2011-02-16] Dostupné z: <http://www.viod.cz/editor/assets/download/publikace/vyhoreni.pdf>
- 16) KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 17) KANTOR, J., LIPSKÝ, M., WEBER, J. a kol. 1. vydání. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada, 2009. 295 s. ISBN 978-80-247-2846-9.
- 18) KAVENSKÁ, V. Syndrom vyhoření: Pomáhala jsem, ale už nemohu... *Moje psychologie*. 2009, č. 6, s. 31-34.
- 19) KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření* [online]. 2. doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003a. 23s. ISBN 80-7071-231-7 [cit. 2011-02-21] Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czyp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20v_yhoreni.pdf
- 20) KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*. 2003b, roč. 47, č. 4, s. 333-345.
- 21) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1.vydání. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
- 22) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
- 23) LEDVINA, M. a kol. *Biochemie pro studující medicíny - 1.díl*. 1. vydání. Praha: Karolinum, 2004. 274 s. ISBN 80-246-0849-9.
- 24) LEITER, M.,P., MASLACH, CH. *Banishing burnout: six strategies for improving your relationship with work*. 1. vydání. San Francisco: Jossey-bass, 2005. 193 s. ISBN 978-0-470-44877-9.
- 25) MÁČEK, M., RADVANSKÝ, J. *Fyziologie a klinické aspekty pohybové aktivity*. 1. vydání. Praha: Galén, 2011. 245 s. ISBN 978-80-7262-695-3.
- 26) MASLACH, C. *Burnout: The cost of Caring*. Cambridge: Malor books, 2003. 276 s. ISBN 1-883536-35-9
- 27) NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. 2. vydání. Praha: Academia, 2003. 336s. ISBN 80-200-0628-1.
- 28) POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. Olomouc: Votobia, 1997. 260 s. ISBN – 80-7198-211-3.

- 29) PTÁČEK, R., KUŽELOVÁ, H., ČELEDOVÁ, L. Prevence a terapie syndromu vyhoření u lékařů. *Tempus medicorum*. 2010, roč. 19, č. 9, s. 40.
- 30) RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1. vydání. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
- 31) SLEPIČKOVÁ, I. *Sport a volný čas*. 1. vydání. Praha: Karolinum., 2000. 111 s. ISBN 80-246-0044-7.
- 32) STEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. 1. ydání. S.I.: Presstempus, 2004. 203s. ISBN 80-903350-2-0.
- 33) STOCK, C. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vydání. Praha: Grada. 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- 34) ŠICKOVÁ-FABRICI, J. *Základy arteterapie*. 1. vydání. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-616-0.
- 35) TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T. *Burn – Out syndrom, Syndrom vyhoření*. Praha: Hestia, 2002. 16 s.
- 36) TSATSOULIS, A., FOUNTOULAKIS, S. *The Protective Role of Exercise on Stress System Dysregulation and Comorbidities* [online]. *Annals of the New York Academy of Science*, 2006, s. 196-213. [cit. 2011-03-5] Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1367.020/abstract?systemMessage=Wiley+Online+Library+will+be+disrupted+2nd+Apr+from+10-12+BST+for+monthly+maintenance>
- 37) VALENTA, M. *Dramaterapie*. 1. vydání. Praha: Grada, 2007. 252 s. ISBN 978-80-247-1819-4.
- 38) *Zákon č108/2006 Sb., o sociálních službách*[online]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
- 39) *Zákon č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách* [online]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7335/109_2006_Sb.pdf
- 40) *Zákon č. 206/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony* [online]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7373/206_2009_Sb.pdf
- 41) ZEMKOVÁ, Š. *Aktivační arteterapie u seniorů*. Praha, 2010. Diplomová práce na UK FTVS. Vedoucí diplomové práce PhDr. Jana Jebavá.

Přílohy

- 1) **příloha č. 1: Přílohy k textu - I**
- 2) **Příloha č. 2: Dotazník – II-V**

1) Příloha č. 1



Graf 1. *Yerkes Dodsonův zákon: vztah míry stresu a výkonnosti*

Na svislé ose: výkonnost, na ose vodorovné: míra zátěže

Obrázek převzat z internetového zdroje: <http://www.steveshapiro.com/innovation-philosophy/goals2/>

2) **Příloha č. 2**

Aktivační terapie při syndromu vyhoření
Dotazník k diplomové práci

Dobrý den,

prosím o vyplnění tohoto dotazníku, který je zcela anonymní a bude sloužit jen pro účely mé diplomové práce na téma „Aktivační terapie při syndromu vyhoření“. Dotazník je rozdělen do dvou částí. Prosím o zakřížkování Vaší odpovědi. Pokud cítíte potřebu zaškrtnout více možností, klidně tak učiňte. Prosím o co nejpřesnější a nejupřímnější odpovědi.

Velice děkuji za Vaši spolupráci
Iva Boudová

DOTAZNÍK BM (KŘIVOHLAVÝ 1998)

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

1. Byla jsem unavena.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

2. Byla jsem v depresi.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

3. Prožívala jsem krásný den.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

4. Byla jsem tělesně vyčerpaná.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

5. Byla jsem citově vyčerpaná.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

6. Byla jsem šťastná.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

7. Cítla jsem se vyřízena (zničena).

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

8. Nemohla jsem se vzchopit a pokračovat dále.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

9. Byla jsem nešťastná.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy

	často
	obvykle
	vždy

10. Cítila jsem se uhoněná a utahaná.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

11. Cítila jsem se jakouvězněna v pasti.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

12. Cítila jsem se jako bych byla nula (bezpečná).

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

13. Cítila jsem se utrápeně.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

14. Tížily mne starosti.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

15. Cítala jsem se zklamaná a rozčarovaná.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

16. Byla jsem slabá a na nejlepší cestě k onemocnění.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

17. Cítala jsem se beznadějně.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

18. Cítila jsem se odmítnutá a odstrčená.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

19. Cítila jsem se plná optimismu.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

20. Cítila jsem se plná energie.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

21. Byla jsem plná úzkostí a obav.

	nikdy
	jednou za čas
	zřídka kdy
	někdy
	často
	obvykle
	vždy

1. Kolik je Vám let?

<input type="checkbox"/>	20 – 25 let
<input type="checkbox"/>	26 – 33 let
<input type="checkbox"/>	34 – 45 let
<input type="checkbox"/>	45 a více let

2. Jak dlouho pracujete ve státní správě?

<input type="checkbox"/>	0 – 4 roky
<input type="checkbox"/>	5 – 9 let
<input type="checkbox"/>	10 a více let

3. Jakým způsobem vyplňujete svůj volný čas?

<input type="checkbox"/>	pohybové aktivity
<input type="checkbox"/>	kultura
<input type="checkbox"/>	s rodinou
<input type="checkbox"/>	relaxací s knihou, u TV
<input type="checkbox"/>	jiné
<input type="checkbox"/>	nemám volný čas

4. Cítíte se odolná vůči pracovním povinnostem?

<input type="checkbox"/>	ano
<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	nevím

5. Čím kompenzujete pracovní vypětí?

<input type="checkbox"/>	pohybové aktivity
<input type="checkbox"/>	život s rodinou
<input type="checkbox"/>	kulturní akce
<input type="checkbox"/>	jiné
<input type="checkbox"/>	nekompenzuji

6. Věnujete se s pravidelností některým aktivitám vyplňujícím volný čas (sport, kultura, rodina, relaxace, jiné)?

<input type="checkbox"/>	ano
<input type="checkbox"/>	ne

7. Provozujete nějakou pohybovou aktivitu? (např. chůze, běh, tanec, plavání, aerobik, volejbal...)

<input type="checkbox"/>	ano
<input type="checkbox"/>	ne

8. Jak často praktikujete pohybové aktivity?

<input type="checkbox"/>	denně
<input type="checkbox"/>	2 x týdně
<input type="checkbox"/>	1 x týdně
<input type="checkbox"/>	1 x měsíčně
<input type="checkbox"/>	příležitostně
<input type="checkbox"/>	nepraktikuji

9. Jaké máte v zaměstnání pracovní podmínky?

<input type="checkbox"/>	výborné
<input type="checkbox"/>	velmi dobré
<input type="checkbox"/>	dobré
<input type="checkbox"/>	vyhovující
<input type="checkbox"/>	nevyhovující
<input type="checkbox"/>	velmi špatné

10. Jste zaměstnavatelem ohodnocena dle svých představ?

<input type="checkbox"/>	ano
<input type="checkbox"/>	ne
<input type="checkbox"/>	nevím