

**Univerzita Karlova v Praze**

**Filozofická fakulta**

**Katedra psychologie**



FILOZOFICKÁ FAKULTA  
UNIVERZITY KARLOVY  
V PRAZE

# **Diplomová práce**

Adelheid Petrlíková

**Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované  
společnosti 21. století**

**Burnout Syndrome in conditions of performance-oriented society  
in the 21st century**

Praha 2013

Vedoucí práce: prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

Děkuji především prof. PhDr. Vladimíru Kebzovi, CSc. za odborné vedení a vstřícný přístup při konzultacích mé diplomové práce. Velké poděkování také patří všem respondentům, kteří byli ochotni věnovat mi svůj čas a účastnit se výzkumu. Děkuji také za velmi cennou podporu během celé mé práce svým rodičům a partnerovi.

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

*V Praze dne 15.7. 2013*

.....  
*Adelheid Petrlíková*

**Abstrakt:**

Teoretická část práce se zabývá analýzou současných poznatků o vývoji pojetí syndromu vyhoření od počátku zájmu o tuto problematiku v 70. letech 20. století do současnosti.

V této části se práce zabývá klíčovými tématy syndromu vyhoření - vymezení a historií syndromu vyhoření, odlišení syndromu vyhoření od jiných psychických stavů, prožíváním a symptomům vyhoření, jeho vývojem, stádií a diagnostikou a v neposlední řadě faktory, které vznik syndromu vyhoření moderují. Tyto faktory jsou dále rozděleny na vnitřní a vnější.

Empirická část diplomové práce se zaměřuje na srovnání distribuce rizik syndromu vyhoření (SMBM - Shirom-Melamedova škála) a souvisejících osobnostních (LET - Life Engagement Test) a sociálních proměnných (ICL - dotazník interpersonální diagnózy) u profesních skupin orientovaných na profesionální práci s lidmi (psychiatři, psychologové, psychoterapeuti) a u profesních skupin orientovaných jinak (IT pracovníci).

Předpokládaným výstupem práce bude ověření či vyvrácení základní hypotézy o intrapsychických a interpersonálních souvislostech syndromu vyhoření.

**Klíčová slova:**

Syndrom vyhoření, Shirom-Melamedova škála (SMBM), Test životní angažovanosti (LET), Dotazník interpersonální diagnózy (ICL), odlišné pracovní skupiny.

**Abstract:**

The first part of this thesis is focused on the literature review that is concerned with Burnout syndrome. The work analyses the development of the burnout concept from the early start in 70th of the 20th century till present-day.

It covers major topics that include the definition of the Burnout Syndrome, the difference among Burnout Syndrome and other mental states, signs, symptoms, diagnostics and phases of the Burnout Syndrome and last but not least the analysis of the factors, that contribute to formation of the Burnout Syndrome. The factors are divided into two categories, the first are external and the other are internal.

The second part of thesis consists of the empirical research. The research examines the difference in coping with Burnout Syndrome between the two groups, where the first group represents psychiatrists, psychologists, psychotherapists who work with clients and the other group, that represents IT specialists, who minimally need to deal their job with people. The empirical part provides the differences between scores of these two groups in SMBM (Shirom-Melamed scale), LET (Life Engagement Test) and ICL (Interpersonal Check List). The goal of this part is to test assumption, that claims the relationship among Burnout Syndrome and intrapsychic or interpersonal context.

**Keywords:**

Burnout Syndrome, Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM), Life Engagement Test (LET), Interpersonal Check List (ICL), different work categories.

## Obsah

Obsah .....	6
TEORETICKÁ ČÁST .....	8
1. ÚVOD .....	8
2. SYNDROM VYHOŘENÍ .....	10
2.1 Vymezení a historie syndromu vyhoření .....	10
2.2 Odlišení syndromu vyhoření od jiných psychických stavů .....	13
2.2.1 Syndrom vyhoření a jiné negativní psychické stavy .....	13
2.2.1.1 Syndrom vyhoření a stres .....	14
2.2.1.2 Syndrom vyhoření a deprese .....	16
2.2.1.3 Syndrom vyhoření a únava .....	17
2.2.1.4 Syndrom vyhoření a odcizení .....	19
2.2.1.5 Syndrom vyhoření a pesimismus .....	19
2.2.1.6 Syndrom vyhoření a alexithymie .....	20
2.2.1.7 Syndrom vyhoření a existenciální neuróza .....	20
2.2.1.8 Syndrom vyhoření a neurastenie .....	21
2.2.1.9 Syndrom vyhoření a copout .....	22
2.2.1.10 Syndrom vyhoření a job withdrawal .....	22
2.2.2 Pozitivní protipóly syndromu vyhoření .....	22
2.2.2.1 Syndrom vyhoření jako protipól dobrého duševního zdraví .....	23
2.2.2.2 Syndrom vyhoření jako protipól vrcholových zážitků .....	24
2.2.3 Diagnostická klasifikace syndromu vyhoření .....	25
2.3 Prožívání a symptomy vyhoření .....	25
2.4 Vývoj a stádia syndromu vyhoření .....	28
2.5 Diagnostika syndromu vyhoření .....	31
2.6 Moderující faktory syndromu vyhoření .....	33
2.6.1 Vnitřní faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření .....	34
2.6.1.1 Chování typu A .....	35
2.6.1.2 Workholismus .....	36
2.6.1.3 Odolnost .....	37
2.6.2 Vnější faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření .....	40
2.6.2.1 Pracovní podmínky .....	41
2.6.2.2 Sociální opora .....	44

EMPIRICKÁ ČÁST .....	48
1. Cíle výzkumu a výběr vzorku .....	48
1.1 Cíl výzkumu .....	48
1.2 Výběr vzorku .....	48
2. Formulace hypotéz .....	49
3. Typ výzkumu .....	51
3.1 Výzkumný soubor .....	51
3.1.1 Rozdělení podle pohlaví a profese .....	52
3.1.2 Rozdělení podle věku .....	53
3.1.3 Rozdělení podle vzdělání .....	53
3.1.4 Rozdělení podle celkové délky praxe v oboru .....	55
3.1.5 Rozdělení podle délky působení na současnou pozici .....	56
3.1.6 Rozdělení respondentů podle změny pracovní pozice .....	59
3.2 Metoda sběru a analýzy dat .....	60
3.3 Použité metody .....	61
3.3.1 ICL .....	61
3.3.2 SMBM .....	62
3.3.3 LET .....	63
4. Výsledky a jejich interpretace .....	63
4.1 Výsledky použitých metod .....	63
4.1.1 Výsledky dotazníku ICL .....	63
4.1.2 Výsledky dotazníku LET .....	66
4.1.3 Výsledky dotazníku SMBM .....	67
4.2 Ověřování stanovených hypotéz .....	68
5. Diskuze .....	80
6. Doporučení pro praxi z hlediska prevence .....	86
Závěr .....	92
Seznam použité literatury .....	93
Přílohy .....	100
Příloha 1- Dotazník .....	100
Příloha 2- Průvodní email .....	112

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. ÚVOD

Když jsem se před více jak rokem rozhodovala, jakému tématu se věnovat ve své diplomové práci, dospěla jsem ke dvěma kritériím. Za prvé, aby zkoumané téma bylo co nejvíce aktuální, a za druhé, aby se mě nějakým způsobem dotýkalo. Chtěla jsem se dozvědět něco více o problematice, se kterou se s velkou pravděpodobností setkám, a do ní syndrom vyhoření bohužel patří. Po dokončení studia psychologie bych se ráda vypravila na cestu pomáhajících profesí, proto je pro mě více než vhodné se s tímto jevem detailněji seznámit.

Jak je známo, profesionální práce s lidmi je syndromem vyhoření nejvíce ohrožena, a ten zde také páchá nejvíce škod. Trpí nejen klienti takto postiženého jedince, ale i jeho nejbližší okolí, rodina, spolupracovníci apod. Nejvíce poškozen je však samotný vyhořelý. Trpí pocity viny, považuje se za neschopného a kompletně špatného. Pokud se do procesu vyhoření přidají ještě deprese, hrozí velké riziko sebevraždy, a to nejsou moc dobré vyhlídky. Jev vyhoření splňuje i mé kritérium aktuálnosti. Ačkoliv je syndrom vyhoření starý jako sama lidská činnost, byl zaveden do literatury až v 70. letech 20. století.

Žijeme v moderní společnosti individualistického západního charakteru, která klade důraz na život jedince, oproti východním tradičním kolektivistickým společnostem, kde je v centru pozornosti spíše blaho společnosti jako celku. Díky tomu máme na jednu stranu velkou svobodu a možnosti, ale na druhou stranu je na nás kladen obrovský tlak. V tradičních společnostech se klade důraz na kolektivní výkon a obecně zde vykazují i pevnější vztahy mimo práci, což působí protektivně. V západních společnostech se upřednostňuje soutěž, a to i na úkor společných vztahů.

V médiích, reklamách a tisku vidíme jako vzor mladého, úspěšného, zaneprázdněného člověka, který vše zvládá a ještě u toho perfektně vypadá. Tento tlak na výkon pocítuji i ve svém okolí, kdy sleduji stále větší tendence mladých lidí sdělovat, čeho dosáhli, a i když tento úspěch nestačil ještě tzv. vychladnout, již upozorňují na své další cíle. Na tyto sdělení i okolí nejvíce kladně reaguje.

Stále častěji slyšíme v naší společnosti slova jako „konkurence“, „výkon“, „být lepší“ apod. S tím se pojí i snaha jedinců mít v životopise co nejvíce „položek“ a zvýšit tak svou cenu na trhu. Smutné však je, že to, čím jedinci svůj životopis doplňují, je třeba ani vůbec nezajímá, tudíž podstupují různé kurzy, semináře a workshopy bez jakýkoliv emocí, potěšení a pocitu smysluplnosti.



Bohužel je jen málo lidí, kteří jsou natolik psychicky vyrovnaní, že dokáží tomuto tlaku čelit a nepodlehnout mu. Ostatní se více či méně řítí do bludného kruhu přetěžování, špatně stanovených hodnot a priorit, následné frustrace, chronického stresu, nespokojenosti, odcizení se od své práce a nakonec i od sebe. Naštěstí je syndrom vyhoření dynamický proces a dá se v jakékoli fázi, při správné intervenci, zvrátit.

Vyčerpání, zklamání, pesimismus a beznaděj nenacházíme jen u tzv. pomáhajících profesích, ale tyto stavy postihují i příslušníky jiných zaměstnání. Za vznikem syndromu vyhoření v zásadě stojí komplex vnějších faktorů, souvisejích s charakterem práce, a vnitřních, které jsou spjati s osobností jedince.

V empirické části diplomové práce se tudíž zaměřuji na srovnání distribuce rizik syndromu vyhoření a souvisejících osobnostních a sociálních proměnných, a to u dvou odlišných profesních skupin- skupiny profesí, která pracuje profesionálně s lidmi (psychologové, psychiatři, psychoterapeuti), a u skupiny IT pracovníků, jejichž práce je orientována jinak.

Cílem mého výzkumu je tedy ověření či vyvrácení základní hypotézy o intrapsychických a interpersonálních souvislostech syndromu vyhoření, a to v souvislosti s charakterem pracovní náplně.

Ve své práci čerpám z různých zdrojů, proto pro syndrom vyhoření používám ekvivalentně výrazy syndrom vyhaslosti, vyhoření, vyhaslost, burnout, burnout syndrome. Tyto pojmy považuji za synonyma, kterých používám promiskue.

## 2. SYNDROM VYHOŘENÍ

### 2.1 Vymezení a historie syndromu vyhoření

Termín „burnout syndrome“ nabývá v českém jazyce více podob, např. syndrom vyhoření, vypálení, či vyhaslosti. Již od sedmdesátých let 20. století se lékaři a psychologové zabývají stavy celkového, obzvláště psychického vyčerpání, které zasahuje hlavně do oblasti poznávacích funkcí, motivace a emocí. Tím dochází k ovlivnění nejen postojů, názorů, ale i výkonnosti a celého profesionálního chování osob, u nichž došlo k vyvolání proměnných ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu (Kebza & Šolcová, 2003).

Tento jev byl však dobře znám ještě předtím, než se začal soustavně studovat. Fenomén celkového vyčerpání můžeme nalézt již v Bibli, kde se můžeme dočíst to, co vyjadřuje termín burnout: „Marnost nad marnost, všechno je marnost“. Dále v antickém světě, přesněji ve starověkém Řecku, kde má původ pověst o Sisyfovi. Úkolem Sisyfa bylo dovalit na vysokou horu těžký balvan. Vždy, když se mu to téměř povedlo, se kámen odvalil zpátky dolů. Dodnes se užívá pojem „sisyfovská práce“, což odpovídá strastiplné činnosti, které není konec (Křivohlavý, 2012).

Další podněty pro pozdější pojmenování syndromu vyhoření můžeme nalézt v krásné literatuře. Nejznámější je dílo britského spisovatele Grahama Greena z roku 1961 nazvané „A Burn out Case“, v českém jazyce Vyhaslý případ. V této knize je vylíčen život velmi talentovaného architekta, který je plný nadějí, ideálů a nadšení. V každodenním životě se však setkává s problémy, které nečekal a které ho postupně ubíjejí a vyčerpávají. Tím hlavní hrdina ztrácí nejen pracovní, ale postupně i životní nadšení a prchá před soudobou společností do africké džungle (Greene, 2007).

Za autora pojmu „burnout“ se však považuje Herbert J. Freudenberger (1974), který ho uvedl do literatury ve svém článku „Staff burnout“, a to v časopise Journal of Social Issues. V tomto článku autor popisuje vyhoření u dobrovolníků pracujících na bezplatných klinikách v USA. Freudenberger popisuje vyhoření na všech úrovních lidského bytí- fyzické, emocionální i intelektuální, a také faktory, které k němu vedou.

Herbert J. Freudenberger neměl lehký život. V roce 1938 musel jako dítě utéci před nacisty do New Yorku, kde se ho ujala nevlastní teta, která ho nakonec vyhodila na ulici. Poté se ho ujali jiní příbuzní, ale život mu to neulehčilo. Střední školu, stejně jako dvě vysoké školy musel studovat vždy při stálém zaměstnání. Časem získal doktorát z psychologie, absolvoval psychoanalytický výcvik, intenzivně se věnoval klinické praxi i vědecké práci,

získal vynikající pověst a byl vyznamenán prestižními cenami. K tomu založil bezplatnou polikliniku pro mladistvé narkomany a bezdomovce v Harlemu. To vše vedlo k tomu, že jeho samotného zastihl mohutný syndrom vyhoření (Honzák, 2013).

Pojem „burnout“ vznikl v době, kdy Freudenberger pracoval v centru pro drogově závislé. U lidí, kteří pracovali v pomáhajících oborech, popisoval chronickou únavu, vyčerpání, nespokojenost, pocit selhání, bezmoc, náchylnost k nemocem, stupňovaný odpor ke své práci i k životu obecně. Freudenberger dále vyzníval, že se syndrom vyhoření může objevit i u lidí, kteří mají na sebe přehnaně vysoké požadavky a vykazují přílišnou obětavost a idealismus (Maroon, 2012).

Herbert Freudenberger (1974), jako psychoanalytik, hodnotil tento jev převážně z hlediska vnitřních duševních reakcí a osobnostních charakteristik jedinců. Jeho nástupkyně, sociální psycholožka Christina Maslachová (1982), zkoumala syndrom vyhoření ve spojitosti s profesním životem a vykonávanou profesí, což znamená z hlediska vlivů vnějších.

Christina Maslachová se narodila v roce 1946 a na rozdíl od Freudenberga vedla klidný život. Ústředními motivy její práce je problematika osobnostního zrání a burnout. Jev vyhoření rozšířila o okruh příznaků a také ho rozdělila do tří skupin: tělesné a psychické vyčerpání, ztráta potěšení z práce a odcizení (depersonalizace) - na ten kladla největší důraz při diagnostice (Honzák, 2013).

Depersonalizace se projevuje utlumením empatie, redukcí pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba nebo s nimiž je jedinec v kontaktu a na jejichž hodnocení záleží to, jak bude hodnocen (Kebza & Šolcová, 1998). Depersonalizace vede k vývoji negativních, cynických postojů k okolí, především k lidem, se kterými tito postižení lidé pracují. Maslachová definuje depersonalizaci jako neosobní a dehumanizované vnímání okolí a ostatních jedinců, spíše než neosobní vnímání sama sebe (Maslach & Jackson, 1986).

Termín vyhoření se původně používal pro označení stavu lidí, kteří zcela propadli alkoholu a nic jiného je již nezajímalo. Později se tento termín přenesl i na narkomany se stejnými projevy. Dále se pojem rozšířil na tzv. workoholiky, kteří jsou tak opojeni svou prací, že už nic jiného ve svých životech takřka nevnímají. Termín workoholik vznikl v souvislosti s pojmem alkoholik (Křivohlavý, 2012). Tito lidé projevovali zoufalství, apatii, bezmocnost, přestože byli na počátku naplnění ideály a nadšením (Křivohlavý, 1998).

Syndrom vyhoření neprestal být aktuálním tématem, ačkoliv počet ročně publikovaných prací nedosahuje úrovně z nejvíce produktivních let (Kebza & Šolcová, 2003).

Velkou vlnu zájmu o toto téma započal článek H. J. Freudenbergera z roku 1974, která byla následována relativním poklesem výzkumné i aplikační činnosti ve druhé polovině 80. let (Kebza & Šolcová, 1998).

Burnout syndrom se nyní jako relativně nový fenomén objevuje v zemích, které prošly na přelomu 80. a 90. let 20. století rozsáhlými transformačními změnami. Tyto transformační kroky zvyšují stres občanů a rozšiřují okruh problémů, se kterými se tito jedinci musí vyrovnat (Kebza & Šolcová, 2003). Počátek zájmu českých a slovenských psychologů o toto téma spadá do konce devadesátých let, kdy se objevily první ucelenější publikace (Kebza & Šolcová, 2008).

Odborníků, kteří se zabývali a zabývají syndromem vyhoření, je celá řada. To samé platí i o přehršle definicích, které tento jev vymezují. Ráda bych však uvedla ještě další významné osobnosti a definice, se kterými se při studiu této problematiky můžeme setkat.

Herbert Freudenberger (1974) charakterizoval burnout jako vyčerpání všech energetických zdrojů u lidí, kteří na počátku velmi intenzivně pracovali. To se velmi často stává u pracovníků, jejichž náplní práce je častý kontakt s lidmi a pomáhání jim v náročných životních situacích.

Ayla Pinesová a Elliot Aronson (1988) nesouhlasili s omezením problematiky vyhoření pouze na sociální povolání a definici tohoto jevu rozšířili. Popsali burnout jako subjektivně prožívaný stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, kdy se jedinec dlouhodobě zabývá situacemi, které jsou emocionálně náročné, a ten může vzniknout při jakémkoliv povolání a i mimo výdělečnou činnost.

Maslachová a Jacksonová (1986) definovaly jev vyhoření jako syndrom zahrnující emocionální vyčerpání, projevující se pocitem prázdných energetických rezerv, dále tělesného a duševního vyčerpání, neschopností vytvářet vztahy, nedostatkem zájmu a nadšení. V neposlední řadě zde hraje roli odosobnění, které způsobuje zhoršený kontakt mezi klientem a pomáhajícím, a snížená osobní výkonnost, která se projevuje neschopností poradit si se svými problémy a pocitem vlastního selhání.

Hlavní těžiště výzkumu vyhaslosti probíhá v USA. Zde na univerzitě v Berkeley působila Ch. Maslachová a A. Pinesová. Četná pracoviště můžeme najít i v Kanadě, odkud pochází M. Leiter. Ten se později spojil s Ch. Maslachovou a spolu se zabývali možnými zdroji zaměstnaneckého syndromu vyhoření. V Evropě na univerzitě v Utrechtu nalezneme působiště W. Schauféliho, který mimo jiné s D. Enzemanem hledal pozitivní protějšek k syndromu vyhoření. Další významné pracoviště s rozsáhlou produkcí nalezneme v Izraeli,

kde působí S. Melamed a A. Shirom. Tito dva odborníci se zabývali též diferenciací diagnostikou syndromu vyhoření a depresí (Kebza & Šolcová, 1998, 2003, 2008).

Ačkoliv v odborné literatuře nalezneme mnoho pojetí, definic a kritérií zkoumání syndromu vyhoření, můžeme určit některé charakteristiky, které jsou jim společné.

- vyskytuje se převážně u profesí, kde dochází k častému kontaktu s lidmi;
- jeho součástí jsou především psychické symptomy, ale vyskytují se i projevy fyzické a sociální;
- jde o psychický stav doprovázen pocitem vyčerpání;
- ústřední složkou jevu vyhoření je emoční exhausce, celková únava a kognitivní vyčerpání;
- v pozadí všech hlavních složek syndromu můžeme nalézt chronický stres (Kebza & Šolcová, 2003).

Křivohlavý (2012) rozděluje burnout ještě do dvou skupin, a to na subjektivní a objektivní příznaky. Do subjektivních příznaků patří extrémní únava, snížené sebehodnocení a pocitem snížených profesionálních schopností a kompetencí. Zařadit sem můžeme i špatnou soustředěnost a pozornost, iritabilitu, negativismus a dále široké spektrum stresových reakcí. Objektivní příznaky jsou dobře zjištělné kolegy, spolupracovníky, ale i příjemci služeb (zákazníky, pacienty, žáky atp.) Tudíž se jedná o po řadu měsíců sníženou výkonnost.

## **2.2 Odlišení syndromu vyhoření od jiných psychických stavů**

### **2.2.1 Syndrom vyhoření a jiné negativní psychické stavy**

Burnout můžeme zařadit mezi negativní emocionální jevy. Těch se však nachází v lidském životě mnohem více, a proto je důležité zaměřit se na problematiku tzv. diferenciací psychologické diagnostiky jevu vyhoření (Křivohlavý, 2012).

Pro negativní emoce je typické, že oklešťují momentální myšlenkový akční repertoár člověka. Vyvolávají odpovědi, které jsou prověřeny dlouholetým vývojem jak evolučním, tak ontogenetickým, a tak spouštějí specifické akční tendence, které zprostředkují rychlou a rozhodnou akci v zájmu přežití (Stuchlíková, 2002). Taková funkce je však adaptivní jen v situacích ohrožující život. V situacích běžného každodenního života spíše škodí. Tyto

afektivní stavy negativně ovlivňují poznávací procesy jako pozornost, paměť, rozhodování a tím celé fungování jedince.

Ačkoliv se jev vyhoření některými symptomy, důsledky chování, ale i jednáním a prožíváním, podobá některým známějším poruchám, je důležité zmínit, že základní charakteristikou tohoto syndromu je jeho vazba na zaměstnání, tudíž je situačně-specifický (Kebza & Šolcová, 2003). W. Schaufeli (2001) tuto skutečnost nazval „neuroastenii související s prací“.

### **2.2.1.1. Syndrom vyhoření a stres**

Pojem stres poprvé použil pro označení typických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé typy zátěže, kanadský vědec H. Selye (1984).

Vědecký koncept stresu je primárně biologický, načež vyvolané stresové reakce jsou obrannými reakcemi, které se snaží obnovit stabilitu organismu (Šnýdrová, 2006). Za stres se obvykle považuje vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení předpokládá, a zároveň se nepovažuje za dostatečně silného, aby se nepříznivým vlivům dokázal ubránit (Křivohlavý, 1994). Jev vyhoření a stres sice vykazují podobné příznaky, ale jedinečnost vyhoření nespočívá v jeho příznacích, ale ve vývoji, okolnostech vzniku a příčinách (Etzion, 1984).

Stres nemusí být jenom škodlivý. Přiměřená míra nebo typ stresu člověka aktivizuje a stimuluje k řešení problémových situací, čímž si rozvíjí své zkušenosti a dovednosti (Jeklová & Reitmayerová, 2006). V literatuře se rozlišují dva druhy stresu, podle toho, zda můžeme jejich míru a typ považovat za adaptivní, či maladaptivní. Tudíž se setkáváme s pojmem eustres (stres prospěšný) a distres (stres škodlivý) (Šnýdrová, 2006). Jak již bylo zmíněno, každý jedinec je nastaven na určité množství podnětů. Bude-li jich málo, dostaví se nuda, a naopak nadbytek podnětů zahltní a nakonec vyčerpá náš nervový systém (Honzák, 2013).

Pokud jedinec funguje na tzv. „nízké obrátky“ a je znučený, začne být málo motivovaný a jeho pracovní výsledky jsou neuspokojivé. Tato nevytíženost, anglicky boreout - neboli syndrom nudy, může také jedince dostat do stresu (Stock, 2010).

Závislost výkonu na stupni nabuzení postihuje Yerkes- Dodsonův zákon. Pokud nás čeká jednoduchý, dobře nacvičený úkon např. skládání kostek, vysoké nabuzení nám může pomoci. Pokud však máme před sebou složitější úkony vyžadující např. přesun pozornosti, širší pracovní paměť, řešení několika věcí zároveň apod., lepší výkon podáváme jen do určitého stupně nasazení (Honzák, 2013).

Do stresogenních faktorů můžeme zařadit několik komponent. Jako první uvedu situační činitele, což jsou ztížené, resp. neobvyklé klimatické, senzomotorické a prostředkové podmínky pro realizaci činností - jako např. hluk a osvětlení. Dalším faktorem je časový deficit a tlak odpovědnosti, kdy je nutné realizovat určitou činnost při subjektivně prožívaném nedostatku času, rozhodovat se bez možnosti dlouhodobějšího rozvažování a nést důsledky za své činy, které mohou ovlivňovat, popř. ohrožovat druhé, podnik apod. Z toho i vyplývá, že nejvíce příznačným psychickým symptomem prožívání stresu je úzkost a nejistota, která potlačuje schopnost projevit a uplatnit kapacitu rozumu (Mikšík, 2007).

Stresová situace má za následek stresovou odpověď, tzv. všeobecný adaptační syndrom, který Selye (1966) rozdělil do tří fází. Na začátku se vyskytuje poplachová reakce, která aktivuje organismus a vyplavují se hormony dřeně nadledvinek (adrenalin a noradrenalin), které se váží k pohybové aktivitě. Objevuje se změna fyziologických ukazatelů- zvýší se srdeční činnost, krevní tlak, poklesne teplota kůže apod. V druhé fázi dochází k relativnímu zklidnění, fyziologické ukazatele se vrací k normě. Zajišťují se další zdroje pro mobilizaci energie, např. trávením potravy. Vylučují se hormony acetylcholin a kortikoidy, které organismu také pomáhají vyrovnat se se stresovou situací. Pokud však stresory působí i nadále a adaptace není dostatečná, zůstává organismus v napětí. Třetí stádium je fáze vyčerpání, kdy jedinec není schopen vyrovnat se se stresem a dochází k vyčerpání adaptační energie. Tato fáze může končit i smrtí.

Mezi příznaky stresu patří pocity vyčerpání a únavy, bolesti svalů a dolních zad, bušení srdce, pocení, chvění, třes a pocity chladu, dušení nebo zalykání se, nepříjemné pocity na hrudníku, brnění a mravenčení, nevolnost, nechutenství apod. Stres poté může přivodit systémové chorobné změny jako hypertenze, poruchy glykémie až rozvoj cukrovky, poruchy imunity, které mohou vést až po nádorová onemocnění. Dále se objevují stavy derealizace a depersonalizace, strach ze ztráty kontroly a smrti, nespavost, ztráta zájmu o sex apod. (Honzák, 2013).

Vzhledem k jevu vyhoření je důležité rozlišit stres akutní a stres chronický. Mezi akutní stres patří silné, traumatizující události, které člověk nemůže ovlivnit - např. přepadení, autonehoda, smrt bližního apod. U chronického stresu dochází k opakované sumaci jednotlivých napětí např. z pracovního přetížení, nedostatku času, finanční situace, z problémů ve vztazích apod. Tento stres je plíživý, jedinec si ho nemusí ani uvědomovat (Šnýdrová, 2006).

Existuje tzv. inventář životních událostí, který vytvořila autorská dvojice Holmes a Rahe (1967). Tito autoři zjišťovali, ve kterých situacích se lidé cítí ve stresu a jaká je jeho

míra. Jde o tzv. škálování stresogenních situací. Nejvýše, hodnotu 100 získává smrt partnera, hodnotu 50 sňatek a mezi nejmíň zatěžující položky patří např. dopravní přestupek nebo změna rytmu spánků-bdění. Holmes a Rahe se také domnívali, že u jedné osoby může dojít ke kumulaci stresů z různých zdrojů. Čím více bodů jednotlivec nasčítá za určitý čas, tím více je poté ohrožen (Křivohlavý, 1994).

Tím se dostáváme k první charakteristice, která stres a syndrom vyhoření rozlišuje. Vyhoření není to samé jako stres. K jevu vyhoření dochází výhradně v důsledku chronického stresu, což znamená dlouhodobou disbalancí mezi fázemi zátěží a klidu (Stock, 2010). Syndrom vyhoření je dlouhodobě vyvíjející se proces, kdežto stresovou reakci může spustit i krátkodobé působení (Špatenková, 2006).

Dále je důležité uvést, že stresové faktory hrají zásadní roli při vzniku syndromu vyhoření. Tyto činitelé jsou tudíž spouštěče a vyhoření důsledek (Stock, 2010).

Posledním faktem, které rozlišuje tyto dva jevy je skutečnost, že do stresu se může dostat každý, avšak burnout postihuje jen ty jedince, kteří jsou na počátku intenzivně zaujatí svou prací, mají vysoké cíle, očekávání a motivaci. To samé platí i pro pracovní náplň jedince. Burnout se obvykle objevuje jen u těch povolání, kde je nutný osobní styk s lidmi, avšak do stresu se může jedinec dostat při jakékoli činnosti (Křivohlavý, 2012).

### **2.2.1.2 Syndrom vyhoření a deprese**

Deprese stejně jako burnout patří do souboru negativních emocionálních jevů. Podle statistik Světové zdravotnické organizace (WHO) patří deprese v celosvětovém měřítku k nejčastějším nemocem (Křivohlavý, 2012).

Deprese je nejdéle popisovaná psychologická porucha lidstva. Zmíněná je např. už ve Starém zákoně, dále je podle Řeků nazývána „melancholia“ nebo „černá žluč“ podle jedné z fyziologických šťáv, které měly ovlivňovat náladu. Ve středověku byla zase deprese připodobňována k ďáblu (Stuchlíková, 2002).

Depresi můžeme definovat jako duševní stav, pro který je charakteristický pocit chorobného smutku, skleslosti, vnitřního napětí, ztráty zájmů apod. (Smolík, 2002). Na každého z nás může dolehnout tíha osudu a jsme poté smutní. Takové stavy bývají vyvolány konkrétními událostmi v našem životě, a proto mívají časově omezené trvání. Tyto normální depresivní epizody však nejsou klinickou depresí, což je psychické onemocnění, které je velmi kruté, chronické a u něhož je těžké určit, co jej vzbuzuje (Stuchlíková, 2002).



Pokud je syndrom vyhoření již v pokročilém stádiu, lze ho od deprese rozlišit jen obtížně. Mají totiž společné znaky jako nespokojenost, bezmoc a beznaděj. Proto je potřeba provést detailní anamnézu pacienta a zjistit veškeré zátěžové činitele, jež k vyhoření vedly (Maroon, 2012; Stock, 2010).

Vzhledem k faktu, že nenalezneme jednu konzistentní definici vyhoření, určují lékaři raději jako konečnou diagnózu depresi (Korczak, Hubert, & Kister, 2010). Přestože mohou těžké případy vyhoření vyústit do deprese, tyto dvě kategorie se od sebe liší - v popředí jevu vyhoření stojí sociální aspekty, je řazen mezi psychosociální pojmy, narozdíl od deprese, která patří do klinické kategorie (Maroon, 2012). Negativní působení vyhoření se omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho důsledků, přičemž deprese se může objevit i u lidí, kteří nikdy nepracovali. Pokud se u vyhoření objeví deprese, nezasáhnou všechny oblasti života postiženého a jsou obvykle dočasné, ohraničené. Když se jedinec zasažený vyhořením „přeladí“ na nepracovní oblast svého života, tento rozdíl se většinou postupně projeví (Kebza & Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2012; Maroon, 2012).

Dalším rozlišovacím faktorem jsou poruchy spánku. Pro endogenní deprese jsou typická ranní pesima a časté buzení v průběhu spánku, zatímco depresivní prožívání se u burnout syndromu zhoršuje k večeru a jde zde spíše o problémy, které souvisejí s obtížným usínáním. Zatímco lidé trpící endogenní depresí mají sklony k autoakuzacím, u vyhaslosti jde spíše o obviňování okolí (Kebza & Šolcová, 1998, 2003).

Rozdíl najdeme i ve způsobu léčení deprese a syndromu vyhoření. Pokud jde o depresi, středem pozornosti je minulost jedince, negativní zážitky z mládí, což tak u vyhaslosti není. V případě překonávání vyhoření se pozornost zaměřuje na aktuální situaci, zkoumají se změny uskutečnitelné na pracovišti, ne tolik v osobnosti jedince. U deprese je nutná léčba s použitím psychofarmak, přičemž u burnoutu se využívá kvalitativně odlišná forma terapie, a to psychoterapie s důrazem na logoterapii a existenciální psychoterapii (Křivohlavý, 2012; Maroon, 2012).

I přesto jsou však vztahy mezi burnoutem a depresí velice úzké - vyjádřené Pearsonovým korelačním koeficientem dosahují hodnot přibližně 0,40 (Křivohlavý, 1998).

### **2.2.1.3 Syndrom vyhoření a únava**

Dalším negativním psychologickým zážitkem, který se vyskytuje při vyhoření, je pocit únavy. Únava může pro různé lidi představovat různé prožívání. U někoho převládá tělesný pocit, u jiného dominuje psychická únava. Únava je často popisována jako slabost, vyčerpání,

ospalost, pocit nedostatku energie, malátnost či nesoustředěnost. Obecně má však užší vztah k tělesné námaze, než je tomu u vyhoření, a je možné se z ní dostat odpočinkem, relaxací, což u vyhoření možné není (Křivohlavý, 2012; Praško, Adamcová, Prašková, & Vyskočilová, 2006).

Dále je únava z fyzického zatížení nebo intelektuální práce pocíťovaná kladně a je často spojována s radostí, co se nám podařilo vykonat. Únava při burnout syndromu je ale vždy pocíťována negativně, tíživě a bezvýchodně (Křivohlavý, 2012).

Blízko má jev vyhoření k syndromu chronické únavy („chronic fatigue syndrome“, CFS), jejíž samotné správné určení je poměrně složité, neboť se v literatuře v posledních deseti letech rozlišují americká, britská a australská diagnostická kritéria (Kebza & Šolcová, 2003).

Syndrom chronické únavy je vysilující stav charakterizovaný nevysvětlitelnou únavou, která trvá nejméně 6 měsíců a je doprovázená symptomy jako bolesti hlavy, bolesti svalů a kloubů, nekvalitním spánkem, problémy s pamětí, koncentrací apod. Výzkumy také ukazují, že se tento syndrom více vyskytuje u bílých žen z vyšší socioekonomické třídy, což může být vysvětleno změnami v ženské roli, která v současné době znamená dvojnásobnou zátěž - práci v zaměstnání i v domácnosti a obojí s nárokem na dokonalost (Dinos et al., 2009; Okamoto et al., 2012; Praško et al., 2006).

Mezi základní charakteristiky lidí postižených chronickým únavovým syndromem je přesvědčení, že nemoc má čistě tělesnou podstatu, vyhýbání se aktivitě, frustrace, deprese a úzkost, ztráta tělesné kondice a na konec problémy v sociální rovině, kam patří problémy v zaměstnání (Praško et al., 2006).

Co se týče etiologie tohoto stavu, není si nikdo zcela jistý, jak vzniká. Jako možné příčiny se uvádějí problémy s imunitním systémem, psychický stres, hormonální disbalance, chronické infekce, poruchy v oblasti afektů, špatná výživa apod. (Shephard, 2001). Pro chronický únavový syndrom se ještě nenašla specifická léčba, avšak kognitivně behaviorální terapie se ukázala jako účinná při zlepšování kvality života takto nemocných jedinců (Evengard & Klimas, 2002).

Přestože se burnout syndrom a syndrom chronické únavy podobají ve výskytu únavy, snížení schopnosti soustředění, poruchy kognitivních funkcí a výskytu depresivní symptomatiky, najdeme mezi nimi i řadu odlišností: je to např. zvýšená teplota, bolesti v krku, citlivost lymfatických uzlin, bolesti kosterního svalstva, světloplachost apod., což u jevu vyhaslosti běžně nenacházíme (Kebza & Šolcová, 2003).

#### **2.2.1.4 Syndrom vyhoření a odcizení**

Koncept odcizení dominuje v historii sociologického myšlení. Jako hlavní téma ho můžeme nalézt v dílech takových klasiků jako je Marx, Durkheim a Weber (Seeman, 1959).

Odcizení (alienation, estrangement) můžeme definovat jako pocit ztráty kontroly nad realitou, bezmocnost člověka, jenž nedokáže vzdorovat sociálnímu systému, který sám spoluvytváří. Tento jedinec ztrácí vztah ke své práci, svým bližním, svému prostředí i své identitě (Hartl & Hartlová, 2004).

Člověk trpící syndromem vyhoření má ke svému okolí a práci odosobněný postoj, ne-li lhostejný postoj. Pod pojmem odcizení si můžeme představit postupnou ztrátu idealismu, zájmu a cílevědomosti. Cynismus nahrazuje prvotní pracovní nadšení. Tento proces postihuje nejen jedince působící v sociálních profesích - např. zdravotní sestry, zdravotní pracovníky apod., ale najdeme ho i u zaměstnanců v jiných oblastech, kdy dochází k odcizení vůči kolegům a nadřízeným. Distancovaný přístup v sociální sféře však může vést k závažným problémům (Stock, 2010).

Příznaky odcizení se však objevují až v posledním stádiu vyhoření, ne na začátku, kdy je situace naprosto opačná. Burnout se také vyskytuje jen u lidí, kteří byli zpočátku prací velmi nadšení. Odcizení se ale vyskytuje i u těch, kteří nikdy ničím nadšení nebyli a ani jim nešlo o to, co dělají (Křivohlavý, 2012).

#### **2.2.1.5 Syndrom vyhoření a pesimismus**

Podle Petersona (1991) je pesimismus a optimismus atribuční styl, což je získaná osobnostní charakteristika, kterou vysvětlujeme příčiny našich úspěchů a neúspěchů. Naše chápání příčin minulosti tedy ovlivňuje naše očekávání, co se týče budoucnosti.

Scheier a Carver (1985) definovali dispoziční optimismus a pesimismus jako relativně trvalou charakteristiku osobnosti, kam patří schopnost vyrovnávat se se stresem a osobní zkušenosti jedince. Pro dispoziční pesimisty je tudíž typické, že nevidí svojí budoucnost „růžově“. Optimisté dokáží v komplikovaných situacích zaujmout sebevědomý postoj, ačkoliv řešení situace nebude snadné. Pesimisté jsou však nerozhodní, plní pochybností a předem předpovídají neúspěch. Kvůli tendenci pesimistů hned se vzdávat, trpí i jejich životní spokojenost.

Vyhořelý jedinec v mnohém připomíná pesimistu - u obou jsou typické myšlenky, že to, s čím se musejí vyrovnat, je nad jejich síly, a že to bude trvat neúměrně dlouho. Rozdíl je

však v tom, že pesimista obviňuje sám sebe za to, do čeho se dostal, a svůj stav si nezpůsobuje sám svou aktivitou či pasivitou (Křivohlavý, 2012).

#### **2.2.1.6 Syndrom vyhoření a alexithymie**

Pojem alexithymie poprvé použil psychiatr Peter E. Sifneos z nemocnice Beth Israel Hospital v Bostonu a dá se přeložit jako „beze slov pro pocity“ (Baštecká & Goldman, 2001), resp. nedostatek slov pro vyjádření pocitů.

Alexithymii můžeme definovat jako deficit ve zpracování, identifikování, vyjadřování a regulaci emocí, tudíž o verbální a neverbální poruchu poznávání emocí a převodů emocí do slov. Dále je pro ní typický nedostatek fantazie. Někdy se alexithymie vysvětluje jako vnitřní potlačení zraňujících negativních pocitů, ale bez jejich úplného oddělení od vědomí, jako je tomu u disociace. Tento stav se poté projevuje tím, že člověk nedokáže popsat své pocity, za což může nedostatečná schopnost svým pocitům porozumět, a zhoršená introspektivní funkce, která je kompenzována odklonem od vnitřního života k vnějšímu světu, tedy externě orientovaným kognitivním stylem. Tuto skutečnost dokládají mnohé studie, které při měření alexithymie pomocí metod na zjišťování emoční inteligence objevily nedostatek emočního vhledu. V současnosti řada studií poukazuje na významný vztah mezi alexithymií a psychosomatickými i somatickými onemocněními (Gilbert, 2008; Procházka, 2009; Uher, Bob, & Ptáček, 2010).

Mezi společné prvky burnoutu a alexithymie patří především oploštělost emocionality, otupělost v sociálních vztazích, celková netečnost, redukce invence, imaginativních aktivit a kreativity, a někdy i konkrétně-operační styl myšlení. I přes velké množství podobností se tyto dva pojmy zásadně liší, a to ve schopnosti vyjádření emocí. Zatímco alexithymičtí pacienti nedokáží emoce vyjádřit, pacienti s burnout syndromem emoce redukují a jejich emocionalita je deformovaná, disponují však dostatečnou zásobou slov k jejímu vyjádření (Kebza & Šolcová, 2003).

#### **2.2.1.7 Syndrom vyhoření a existenciální neuróza**

V. E. Frankl (1996) postavil vedle Freudovy „touhy po slasti“ a Adlerovy „touhy po moci“ další základní lidskou potřebu, kterou pojmenoval „touhu po smyslu“. Pokud nedojde k naplnění této touhy, dochází k existenciální frustraci. Do takového stavu člověk přichází, pokud pochybuje o smyslu své existence, když se smysl jeho bytí stává pochybný, a člověk neví, co dál (Kratochvíl, 1998).

Existenciální frustrace se může stát za jistých okolností patogenní a vést k depresi nebo neuróze se sebevražednými tendencemi. Na takto vzniklou neurózu se nahlíží jako na noogenní nebo existenciální neurózu, která se vyskytuje zejména v rozvinuté konzumní společnosti a je projevem tzv. „existenciálního vakua“. Sem můžeme zařadit i tzv. „víkendovou depresi“, nebo-li nedělní neurózu, která dostihuje jedince vždy po shonu pracovních dnů, kdy mu do vědomí začnou pronikat myšlenky o prázdnotě a nesmyslnosti jeho života. Díky rutinní práci v zaměstnání zapomínají lidé na svou vnitřní prázdnotu. Ta se však projeví plnou silou, jakmile mají čas uvažovat o svém životě (Drapela, 1997; Kratochvíl, 1998). Díky této koncepci můžeme pochopit škodlivé rozšířené jevy jako alkoholismus a delikvenci u adolescentů nebo krize u stárnoucích lidí (Frankl, 1976).

I když jde „jen“ o existenciální a psychologickou záležitost, na tuto nemoc se umírá, a to buď sebevraždou, nebo pomalu unuděním a ztrátou radosti ze života (Křivohlavý, 1994). Maddi (1967) uvádí, že je těžké přehlednout zvyšující se počet jedinců, kteří hledají psychologickou pomoc z důvodu hluboké nespokojenosti s vedením a povahou svého života. Dále je nanejvýš zřejmé, že ti, kteří psychoterapii přímo nevyhledávají, také často trpí pocity samoty a prázdnoty.

Skutečností je, že s něčím podobným existenciální neuróze se setkáváme i u vyhořelých lidí, ale s tím rozdílem, že jen na konci tohoto procesu, kdy byly překážky příliš velké, okolnosti nad míru nepříznivé a jejich snaha selhala (Křivohlavý, 2012).

#### **2.2.1.8 Syndrom vyhoření a neurastenie**

Neurastenii můžeme charakterizovat trvalými úzkostnými steskami na pocity vyčerpání po malé duševní námaze, jako jsou každodenní úkoly, nebo stesty na tělesnou slabost po malé tělesné námaze. Z těchto pocitů únavy není jedinec schopen dostat se odpočinkem, relaxací nebo zábavou. Dále se u takto postižených jedinců objevují pocity bolesti ve svalech, závratě, bolesti hlavy z napětí, poruchy spánku, neschopnost relaxace a podrážděnost (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010; Praško et al., 2006). Neurastenie také často souvisí s nevhodnou životosprávou, s přepracováním vyplývajícím z nedobré organizace práce a z nedostatku odpočinku, dále se k ní pojí konflikty neurastenika na pracovišti a i doma, což vede k podrážděnosti a netrpělivosti (Kratochvíl, 2009).

Přestože nacházíme mezi oběma jevy podobnosti, k rozlišení neurastenie a syndromu vyhoření nám napomůže výskyt závratí, které se u vyhaslosti téměř vůbec nevyskytují (Kebza & Šolcová, 1998).

### **2.2.1.9 Syndrom vyhoření a copout**

Na pracovišti se díky syndromu vyhoření můžeme setkat se sníženou produktivitou, ale také se můžeme setkat s tím, že se tento jev používá jako výmluva pro copout. Pro burnout je typické emocionální vyčerpání vzniklé v souvislosti s pracovním prostředím. Kandidáti na vyhoření jsou často mladí lidé, plní idealismu, který se přičí s realitou. Typické pro copout je hledání výmluv, proč jedinec nepodává standartní, normální výkony. Tento jedinec obviňuje vnější faktory za své nedostatky v práci. Mezi typické záminky pro nedostatečný výkon patří věk, peníze, pocit nejistoty v zaměstnání, záležitosti v osobním životě apod. Pro vedení je velmi důležité rozlišit rozdíl mezi syndromem vyhoření a jevem copout, aby mohly být zajištěny a zachovány pozitivní vztahy mezi nadřízenými a jejich pracovníky (Marcum & Hatcher, 1994).

Copout je tedy chápán jako zjevné selhání a útek od odpovědnosti, zatímco u syndromu vyhoření se zpočátku udržuje vysoký výkon a na tomto pozadí poté dochází k emocionálnímu a fyzickému selhání (Kebza, 2005).

### **2.2.1.10 Syndrom vyhoření a job withdrawal**

Pro job withdrawal je typická chronická pracovní nespokojenost, která má za následek osobní ztrátu identifikace s prací a firmou, nelояální chování, vysokou fluktuaci zaměstnanců, časté absence apod. Tato nespokojenost plyne z nevyhovujícího pracovního prostředí, ze špatných sociálních vztahů na pracovišti, nevhodného systému odměňování atd. Pro oba jevy je tudíž podobný pokles pracovního výkonu, ale u jevu job withdrawal nenajdeme tak hluboké emocionální vyčerpání a není zde tolik zasažena kvalita života postiženého jedince. U vyhoření je narušen vztah pracovník - klient, zatímco u druhého jevu je narušena spojitost pracovník- zaměstnavatel (Pilařová, 2004).

### **2.2.2 Pozitivní protipóly syndromu vyhoření**

Novější trendy v psychologii směřují spíše k hledání a identifikaci pozitivních protipólů různých psychologických konstruktů, mezi něž patří i burnout syndrom. Tato tendence se rozvíjí od vzniku tzv. pozitivní psychologie, směru soustředěného kolem amerického psychologa M. Seligmana. Cílem pozitivní psychologie je pomoci k tomu, aby lidé vedli plnohodnotný život, tudíž se snaží vymezit v lidské psychice pozitivní dispozice a

procesy, které k tomu přispívají. Za důležité považuje rozvíjet pozitivní emoce a vztahy k lidem a také lidské přednosti a ctnosti, např. vytrvalost, odpovědnost, skromnost, altruismus, přátelství atd. (Kebza, 2005).

V řadě studií, které se zabývaly vztahem vyhoření a jiných charakteristik psychického života zkoumaných lidí, se uvádí, že burnout má úzký vztah k pracovní nespokojenosti, nespokojenosti se světem, se svým životem a se sebou samým. Tudiž spokojenost v těchto oblastech může být opakem toho, co nazýváme syndrom vyhoření (Křivohlavý, 2012).

Pozitivní emoce, jako např. radost, zájem nebo spokojenost, se podílejí na vzniku fyzických, intelektuálních a sociálních individuálních zdrojů. Tyto zdroje mohou být později využívány. Pozitivní emoce napomáhají ke zvládnutí kognitivních úloh, rozšiřují také rozsah a zaměření činností a jednání, a v neposlední řadě hrají nezastupitelnou roli v budování sociálních zdrojů jedince, kdy nejen spoluvytvářejí momentální sociální interakci, ale přispívají i k uchování trvalejších svazků - přátelství nebo rodinných vazeb (Stuchlíková, 2002).

Hledáním pozitivního protějšku syndromu vyhoření se zabývaly dva výzkumné týmy z USA- Maslachová a Leiter, a z Kanady - Schaufeli a Enzeman. Společně vytvořily pozitivní pól vyhoření pod názvem „engagement“, tedy zaujetí, zapálení, angažovanost pro něco či ve prospěch něčeho (Kebza & Šolcová, 2008). Dalším protikladem jevu vyhoření by mohl být psychologický konstrukt „vigor“ (vitalita, energie), rozpracovaný izraelským psychologem Shiromem (Kebza, 2005).

### **2.2.2.1 Syndrom vyhoření jako protipól dobrého duševního zdraví**

Praxe ukazuje, že se stále intenzivněji studuje problematika zdraví, nejen duševní nemoci. Dokladem tohoto zájmu může být vznik společností jako např. Psychologie zdraví existující v rámci Českomoravské psychologické společnosti nebo celoevropská společnost zdraví EHPS- European Health Psychology Society (Křivohlavý, 2012).

Stav psychického zdraví se označuje termínem mental well-being, což můžeme česky vyjádřit „je mi duševně dobře“, v širším smyslu „je mi celkově dobře“. Well-being je často spojován s pojmem kvalita života, můžeme na něj nahlížet jako na hodnocení kvality života jako celku (Kebza & Šolcová, 2004; Křivohlavý, 2012). V české terminologii se postupně ustálil úzus spojovat well-being především s dimenzí duševní pohody, což ale tento termín

nepostihuje v celé šíři. Za vhodnější je používat pojmu „osobní pohoda“, v němž je implicitně založena jak duševní, tak tělesná, sociální a spirituální dimenze (Kebza, 2005).

Pojem osobní pohoda je v literatuře rozpracován do nejrůznějších modelů a konstruktů. Podle Ryffové a Keyesové (1995) se struktura osobní pohody skládá ze šesti základních dimenzí.

- 1) Sebepřijetí - pozitivní postoj sám k sobě, přijetí sama sebe i se svojí minulostí;
- 2) Pozitivní vztahy s druhými - vřelé naplňující vztahy s druhými a schopnost empatie;
- 3) Autonomie - schopnost odolat sociálním tlakům, udržet si svůj názor, nezávislost na hodnocení druhých;
- 4) Zvládání životního prostředí - pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, využívat vnější dění pro své potřeby a vidět v něm příležitosti;
- 5) Smysl života - pocit, že život má smysl a že směřuje k dosažení cílů;
- 6) Osobní rozvoj - schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování, otevřenost k novému a pocit trvalého vývoje.

Seligman (2003) zase rozlišuje osobní pohodu podle časového horizontu. K budoucnosti se vztahuje naděje a optimismus, k současnosti pocit štěstí a momentálního extatického nadšení tzv. „flow“, k minulosti spokojenost se životem pro popis minulých prožitků.

Problematika konstruktů well-being i syndromu vyhoření je podobná v tom, že neexistuje jedna shrnující všeobjímající definice, ale v literatuře nalezneme nespočet pohledů a rozpracování. Avšak přes tuto podobnost jsou tyto jevy k sobě opačné. V některých studiích, kde byl použit dotazník GWBQ - General Well Being Questionnaire („Dotazník celkového stavu duševního zdraví“) a dotazník burnout MBI - Maslach Burnout Inventory, se ukázal opačný vztah mezi duševním zdravím a jeho opakem - burnout syndromem - vyjádřen tzv. Pearsonovým korelačním koeficientem ( $r = -0,4$ ) (Křivohlavý, 2012).

#### **2.2.2.2 Syndrom vyhoření jako protipól vrcholových zážitků**

I když se psychologie po většinu 20. století zabývala většinou jen negativními psychologickými jevy, ke konci staletí se objevují i studie pozitivních (kladných) psychologických jevů, mezi které patří i to, co nazýváme „vrcholovým psychickým stavem“ či „zážitkem“, tzv. flow (Křivohlavý, 2012).



Tento jev zavedl do psychologie americký psycholog maďarského původu M. Csikszentmihalyi a definuje ho jako stav, kdy se naše tělo nebo mysl dostane za hranice našich možností, aby dosáhlo něčeho obtížného. Tento stav provází pocit, kdy se cítíme plni energie, nevmímáme čas, tudíž ani nepocitujeme úzkost a dostáváme se do chvíle plného nasazení - do tzv. optimálního prožitku při prováděných činnostech (Csikszentmihalyi, 1996). Csikszentmihalyi z vlastní zkušenosti hovořil o pocitech, které měl, když se věnoval jachtingu a „báječně to šlo“ (Křivohlavý, 2012). Tomuto zážitku pak odpovídají stavy radosti, vyrovnanosti, zaujetí, štěstí, rozhodnosti atp. (Křivohlavý, 2006).

Stav celého zaujetí vykonávaným úkolem nastává při dynamické rovnováze mezi výzvou situace (příležitostí) a schopnostmi. Tak se prožitek zaujetí od negativních zážitků nudy a úzkosti (Křivohlavý, 2006). Zážitky typu flow patří ke štěstí a smyslu života, proto mohou být návykové, což je znát např. u horolezců, herců apod. Zážitky tyto flow jsou opakem syndromu vyhoření (Csikszentmihalyi, 1996).

### **2.2.3 Diagnostická klasifikace syndromu vyhoření**

Přestože se u syndromu vyhoření jedná o skupinu specifických symptomů, burnout nebývá zatím většinou v české ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nozologické jednotky. V našich sociokulturních podmínkách nebývá ani klasifikován jako choroba z povolání (Kebza, 2005).

V Mezinárodní klasifikaci nemocí (10. revize) však můžeme najít tyto kategorie: v rámci skupiny diagnóz Z 73 - „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ a kategorii Z 73 - 0 „Vyhasnutí (vyhoření)“ (Kebza & Šolcová, 2003).

Syndrom vyhoření může být také v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen do skupiny diagnóz F 48 - „Jiné neurotické poruchy“, a to zvláště do podskupin F 48.0 - „Neurastenie“ a F 48.1 - „Depersonalizační a derealizační syndrom“. Částečně lze i uvažovat o skupině diagnóz F 43 - „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“, v úvahu ale připadá jen souvislost se stresem chronické povahy (Kebza & Šolcová, 1998).

### **2.3 Prožívání a symptomy vyhoření**

Člověk, který se propadá do stavu psychického vyhoření, prožívá širokou škálu negativních citových stavů a tíživých myšlenek (Křivohlavý, 2012). Postižení syndromem vyhoření platí za své utrpení a pocit selhání vysokou daň. Aby se alespoň trochu uchránili

před těmito negativními jevy, vytvářejí si tělesnou, citovou a intelektuální hranici mezi sebou a druhými, což můžeme považovat za jistý druh útěku (Maroon, 2012).

S druhými lidmi poté jedná tento člověk chladně a lhostejně, problémy druhých ho nezajímají, mizí u něho empatie, druzí lidé ho dokonce obtěžují - ať už to jsou pacienti nebo obchodní partneři, a nakonec ho ani nezajímá, co si druzí lidé o něm myslí a jak ho hodnotí (Křivohlavý, 2012).

Rush (2003) rozlišuje dva druhy symptomů vyhoření - vnější a vnitřní. Vnější symptomy jsou lépe viditelné a bývají zpravidla první známkou, že se dotyčný ocitl ve stavu vyhoření. Mezi vnější symptomy patří několik jevů. První je skutečnost, že aktivita vzrůstá, ale to samé se nedá říci o produktivitě a efektivitě. Tato zvýšená aktivita poté ještě více umocňuje pocity frustrace a vyhořelý člověk ještě rychleji vypotřebuje veškerou svou energii. Dále sem patří podrážděnost, kdy se vyhořelý člověk zlobí sám na sebe, protože nedosahuje výkonů jako dříve, na druhé, protože ho zdržují, a konečně na svou práci, která za jejich podrážděnost může nejvíc. Neméně důležitým symptomem je ztráta veškeré své energie v citové a tělesné oblasti, z čehož může pramenit i neochota riskovat, ztráta soutěžního ducha a útek před problémy.

Vnitřní symptomy nelze zezáčátku vypořádat, proto jsou těžší na určení. Tyto symptomy jsou však nejdůležitější ke stanovení diagnózy. První signálem je ztráta odvahy, kvůli které postižení lidé odmítají riskovat. S tím se pojí ztráta osobní identity a sebeúcty, protože si dotyční uvědomují, že nejsou již schopni dosahovat stejných výkonů. Jejich výkonnost klesá i z důvodu ztráty objektivnosti, ztráty schopností řídit se skutečností a rozumnými principy, na místo svých pocitů a negativních postojů (Rush, 2003).

Jak je již uvedeno výše, vyhořelý jedinec si potřebuje uchovat ochranný štít mezi sebou a svými klienty. Maroon (2012) popisuje tři druhy odstupů od druhých, se kterými se můžeme setkat u sociálních pracovníků. Mezi první patří tělesný odstup, např. velký psací stůl, díky němuž získá pracovník svůj obranný prostor; knihy na všech židlích a nehostinně zařízená kancelář, aby se klient moc dlouho nezdržel a cítil se na obtíž; rozhovory jen v pevně daných pracovních hodinách apod. Pokud není možný tento druh obrany, přistupuje pracovník k citovému odstup, který funguje jako pancíř před citovými útoky klienta. Tento štít může dojít až do takového stádia, že zničí veškeré vztahy ke klientovi a pracovník si nemůže připustit už vůbec žádné emoce. Bohužel se pak takovýto odstup rozšiřuje i mimo pracovní sféru - na rodinu a přátele. Pro poslední druh obrany - duševní odcizení - je pak charakteristické racionalizování a generalizování, čímž jedinec snižuje intenzitu své spoluúčasti.

K identifikaci jedince, který se dostal do stavu vyhoření, nám můžou pomoci i opakované slovní výroky a tvrzení typu („mám toho po krk“, „jsem už úplně na dně“, „jsem k smrti unaven“, „cítím se jako vyždímaný“), což je v rozporu s oploštělou emocionalitou takto zasaženého pracovníka (Kebza & Šolcová, 2003).

Unger (1980) rozděluje příznaky vyhoření na fyzické, psychické a behaviorální. Mezi fyzické řadí fyzické vyčerpání, únavu, nespavost nebo zvýšenou spavost, bolesti hlavy, žaludeční a střevní potíže, častá nachlazení, vředy, úbytek váhy nebo její růst, vysoký tlak a vysokou hladinu cholesterolu, srdeční onemocnění, sexuální dysfunkce apod. K psychickým příznakům řadí ztrátu flexibility, netečnost, negativismus, cynismus, ztrátu kontroly nad emocemi, špatnou náladu, pocit nesmyslnosti, ztrátu trpělivosti, neschopnost poradit si se stresem, popudlivost, pocit zlosti, zahořklost, odpor, snižování sebe samého, dehumanizaci klienta, ztrátu ideálů, rozčarování, frustraci, pocit bezmoci, nedůvěru, neschopnost učinit rozhodnutí, pocit viny a selhání, depresi, odcizení, přehnanou starostlivost, stagnaci apod. Pod poslední skupinou - behaviorálními příznaky, si můžeme představit nespokojenost v práci, omezené komunikování, ústup, vysokou fluktuaci personálu, změnu pracovišť, časté absence, ztrátu nadšení pro práci, konzumaci drog, problémy v manželství a v rodině, nedostatek pracovních cílů, neschopnost stanovit si priority, náchylnost k úrazům, zapomnětlivost, špatnou soustředěnost apod.

Podobné členění nabízejí i autoři Kebza a Šolcová (1998, 2003), kteří uvádějí tři úrovně, v nichž se příznaky syndromu vyhoření můžou projevit. Na psychické úrovni dominuje pocit, že vynaložené úsilí trvá nadměrně dlouho, ale efektivita tohoto snažení je nepatrná. Vyskytuje se pocit celkového vyčerpání, který zasahuje do emocionální, kognitivní i volní oblasti. Dochází k utlumení celkové aktivity, redukci spontaneity, kreativity a invence. Jedinec prožívá marnost nad svým vynaloženým úsilím, z čehož vyplývá frustrace, beznaděj a depresivní pocity. Objevuje se přesvědčení o své vlastní postradatelnosti a cynismus, hostilita a negativismus k osobám, jež jsou součástí profese. Pokles až ztráta zájmu o témata související s profesí, prožitek nedostatku uznání, sebelítost apod. Fyzická úroveň je charakteristická apatií, ochablostí a rychlou unavitelností, vegetativními obtížemi, bolestmi hlavy, poruchami krevního tlaku a spánku, bolestmi ve svalech, přetrvávající celkovou tenzí atd. Poslední úroveň, kterou tito autoři vymezují, je úroveň sociální. Pro symptomy na této úrovni je charakteristický celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob, výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i se všemi osobami mající vztah k profesi- z čehož plynou konflikty v důsledku nezájmu a lhostejnosti, jak k okolí, tak k vykonávané profesi (Kebza, 2005).

Rush (2003) mezi hlavní důsledky vyhoření řadí i zášť a hořkost. Setkáme-li se s nějakým člověkem před vyhořením a poté zasaženého tímto syndromem, může se nám zdát, že jde o úplně jiné osoby. Kde byl tento jedinec dříve nadšen z nových podnětů, nyní utíká a chce se skrýt před životem, přestože kdysi smýšlel pozitivně, je nyní plný zášti a hořkosti. Tyto pocity jsou poté zaměřeny třemi směry - vůči sobě, protože se považují za úplně ztroskotance; vůči okolí, které za to všechno podle nich může; a vůči Bohu, který to všechno dopustil. Tyto emoce jsou jedním z nejničivějších důsledků vyhoření, podněcují totiž v člověku nenávistný a vzpurný postoj.

Které projevy se u člověka objeví a do jaké míry, závisí největší měrou na povaze daného jedince, na jeho osobnostních charakteristikách a frustrační toleranci na různé druhy zátěže. Někteří takto zasažení jedinci mají tendence uzavírat se před okolím, stahovat se do vlastního světa a nekomunikovat s klienty, spolupracovníky, ba dokonce i s rodinou. U jiných jedinců se objeví agrese a začnou napadat svou práci i ostatní - zpochybňovat nahlas výsledky a smysluplnost všeho, co se doposud vykonalo. Jiný může začít bagatelizovat a podhodnocovat důležitost této práce apod. (Jeklová & Reitmayerová, 2006).

## **2.4 Vývoj a stádia syndromu vyhoření**

Syndrom vyhoření je proces, který se vyvíjí a nabírá různých podob, dokonce můžeme mluvit o stádiích či fázích jeho vývoje, které se někteří autoři pokusili vyčlenit z procesu do samostatné ohraničené podoby. Tento proces může trvat několik měsíců, spíše je však výsledkem procesu trvajících několik let a jeho fáze můžou být různě dlouhé (Novosad, 2000). Postižený může fázemi procházet postupně, v některých případech je ale možné částečně některé z nich přeskočit (Stock, 2010).

Křivohlavý (2012) rozlišil tři fáze podle intenzity přítomných příznaků. V první fázi popisuje stav člověka, u kterého se příznaky teprve začínají objevovat. Je tomu tak, když se jedinec snaží dělat stále více věcí, ale má z této činnosti méně radosti; když mu druzí lidé jdou stále častěji na nervy; když už sáhl po alkoholu, práškách, čokoládě a jiným drogám; když už se někdy rozkřičel či propukl v bezmocný pláč apod. V druhé fázi dosahuje psychické vyhoření akutní úrovně. Pracovník již zažívá zdravotní obtíže a emocionální zhroucení. Dokonce ho někdy napadá myšlenka, jaké by to bylo, nebýt. Jedince opustilo veškeré nadšení, ideály a už není s to ovládnout svou zlost. Ve třetí fázi je již vyčerpání chronickým jevem. Vyhořelý se neustále vyhýbá své práci, nedokáže hovořit s druhými lidmi, vydržet s nimi být,

dívat se jim do očí, nemá sílu řešit každodenní úkoly běžného života, nedokáže mluvit o svých problémech a uznat, že potřebuje odbornou psychologickou pomoc.

Edelwich a Brodsky (1980) vypracovali model, ve kterém vysvětlují, jak u postiženého jedince pomalu dochází ke ztrátě zájmu. Výchozími body tohoto modelu je entuziasmus a oddanost ideálům, přičemž poslední fáze končí závažnými tělesnými i citovými obtížemi. První stádium se nazývá fází idealistického nadšení. To vychází z modelu typického příkladu jedince, který na začátku pracuje s nadprůměrným nasazením a velkými ideály. Tento pracující klade na sebe i své okolí nereálné nároky. Role pomáhajícího má pro tohoto člověka nejvyšší hodnotu, věří, že může klienty zachránit, že ti přijmou okamžitě jeho pomoc a změní se a budou ho za to milovat. Poté, co se pomáhající pracovník dostatečně seznámí s realitou, dostává se do fáze stagnace. Jedinec již zažil několik zklamání, přehodnocuje své ideály. Začíná ho více zajímat finanční odměna, pohodlná pracovní doba, kariérní postup a profesní vývoj a jeho rodinný život zažívá první otřesy. Ztrátu původních ideálů prožívá pracovník velmi bolestně. Tím se dostáváme do fáze frustrace, kdy pomáhající zjišťuje, jak jsou jeho možnosti ve skutečnosti omezené, začíná si uvědomovat svou bezmoc, zpochybňuje výsledky své práce. K tomu se přidává nedostatek uznání ze strany klientů a nadřízených, byrokracie. Pocit, že není s to pomoci klientovi, je opačný pocit, než který se vyskytoval v první fázi. Poslední je fáze apatie, která nastupuje jako obranná reakce proti frustraci. Pracovník dělá jen to, co je nezbytně nutné, vyhýbá se náročným úkolům i obtížným klientům. K tomu se přidávají pocity zoufalství způsobené sníženou možností uplatnit se jinde.

Maslachová (1997) je autorka čtyřfázového modelu vývoje syndromu vyhoření. Na začátku popisuje idealistické nadšení, z kterého plyne dlouhodobé přetěžování. Tato skutečnost poté vede do fyzického a duševního vyčerpání, které se pojí ve třetí fázi s dehumanizací okolí jako obranou před dalším vyhoříváním. Poslední, terminální stádium je charakterizováno negativismem, nezájmem a apatií.

Freudenberger rozdělil samotný vývoj syndromu vyhoření do 12 stádií.

1. tlak osvědčit se, idealizace - člověk se pouští do práce s velkým zanícením, má na sebe vysoké nároky, chce si něco dokázat;
2. zesílené nasazení, „workoholické období“ - jedinec začíná pracovat přes čas, přebírá odpovědnost, nakládá na sebe práci navíc, žene se za ideálem apod.; za takovýmto zanícením můžeme čato najít nedostatečně pocíťovanou vlastní hodnotu;

3. drobné zanedbávání vlastních potřeb - člověk prožívá pocit, že nemá čas; málo vnímá své potřeby, přičemž se začíná objevovat zvýšená konzumace kávy, nikotinu a jídla; jedinec začíná být citlivý na kritiku a poznámky z okolí k tomu, jak žije; s tím se pojí i poruchy spánku a absence normálního stravování;

4. potlačení konfliktů a potřeb - pracovník začíná vynechávat úkoly, nedodrží termíny, slibuje, ale již vše nevyřídí; přestává se věnovat svým zájmům, potřebám, přestává mít energii na koníčky, zábavu; objevují se pocity slabosti; ve 3. a 4. stádiu hrozí vznik závislosti nejenom na drogách, ale i jídle, které zastává již jinou funkci - k utišení, vypnutí, úniku;

5. konverze hodnot - jiné hodnoty než práce se stávají hodnotami zátěžovými, člověk se vyhýbá osobním kontaktům, objevují se problémy v rodině a partnerství;

6. zesílené popření vzniklých problémů - zátěžové situace se čím dál více přelévají do rodinného prostředí a vztahů; rodinný příslušníci poznávají, že se jejich partner mění; stres z práce se přelévá do domácího stresu a naopak, mezi 6. a 7. stádiem dává člověk práci tzv. vnitřní výpověď a již potřebuje odbornou pomoc;

7. stáhnutí se ze světa, ze života - člověk ztrácí vztah k práci, k sobě, k tomu, co by chtěl a potřebuje; chodí mechanicky do práce, kterou však odsouvá a děje se nevztahově; jedinec zažívá vnitřní prázdnotu, nenaplnění; potřebuje získat něco, co by mu nahradilo práci a vzrušení s ní spojené: vrhá se někdy až promiskuitně do vztahů, nadužívá jídlo, hraje automaty, zkouší alkohol a drogy; v této fázi již člověk sám nedokáže udělat změnu, neboť jejím předpokladem je schopnost zaujetí postoje, čehož již není schopen;

8. výrazné změny v chování, jednání, postojích, dehumanizace - v této fázi se jedinec stahuje do izolace, vyhýbá se sociálním kontaktům, dochází ke zploštění sociálního života; zažívá pocity chycení v pasti, sebelítosti a osamocení; vystupuje ze vztahovosti ke všem a ke všemu; znevažuje druhé, nevidí hodnotu druhých, je k nim cynický;

9. depersonalizace - člověk ztrácí pocit pro vlastní hodnotu, stává se sám sobě cizí, má narušený vztah sám k sobě; funguje automaticky a vzrůstají u něho psychosomatické obtíže;

10. vnitřní prázdnota - jedinec je plný zoufalství, úzkosti, strachu z lidí; má negativní postoj k životu a pocítuje intenzivní vnitřní prázdnotu; prožívá odpor k sobě, ke druhým, a nakonec ke všemu; excesivně se přejídá, opíjí nebo konzumuje sex;

11. deprese a beznaděj - jedinec touží jen po klidu, hrozí vysoké riziko sebevraždy;

12. úplné vyhoření - zde je člověk ohrožen na všech rovinách, hrozí selhání tělesné, psychické a imunitní (Freudenberger, 1985 podle Zvánovcová, 2009).

Jiné členění procesu vyhoření nabízí Alfried Längle, který je současný představitel logoterapie a existenciální psychoterapie. Vývoj syndromu vyhoření rozdělil do tří fází. První fází je fáze nadšení, pracovník je v situaci, kdy se člověk pro něco nadchl, jeho činnost mu přijde smysluplná, ví, proč je důležité ji vykonávat, má pro co žít a chce se přiblížit k cíli, který si vytkl. Druhé stádium je fáze vedlejšího zájmu, kdy už není jedinec motivován samotnou činností, ale odměnami, kterou za práci dostává. Jeho nadšení se pomalu vytrácí, žadoucím se stal vedlejší produkt např. peníze. Základní motivace je frustrována a místo smysluplných cílů nastupují cíle tzv. zdánlivé, např. život podle módy, přimknutí se k určité ideologii. Třetí stádium se nazývá fáze popela, kdy jedinec ztrácí úctu k ostatním lidem, k sobě samému, k vlastnímu životu a přestává si vážit vlastních přesvědčení a snažení. Chová se cynicky nejen k ostatním, ale i sám k sobě. Ničeho si neváží a propadá do existenciálního vakua (Längle, 1997 podle Křivohlavý, 2012).

V novější literatuře se můžeme setkat i ze stádiem intervence, které se pojímá jako závěrečné. Intervence může mít různé podoby, protože je charakterizovaná jakýmkoliv krokem, který je reakcí na hrozící vyhoření a zastavuje ho v dalším progresu. Mezi pokusy o zastavení tohoto bludného kruhu patří např. terapie, více času na osobní život, změna postoje ke své práci apod. Toto stádium představuje prostor pro změnu a vlastní růst, což dokládá, jak je syndrom vyhoření dynamický, proměnlivý a hlavně zvrátitelný (Rush, 2003).

## 2.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření vychází z několika skutečností. Jako první zde figuruje pozorování jednotlivých symptomů u osob, v jejichž chování se burnout syndrom začíná projevovat, dále sem řadíme prožitky těchto příznaků, které lze lépe identifikovat, pokud byl již člověk s charakteristikou syndromu vyhoření seznámen, a konečně ze speciálně psychologických metod, které byly pro tento účel zkonstruovány. Výzkum vyhaslosti, realizovaný prostřednictvím psychologických metod, je jednou z oblastí, v nichž některé metody ovlivňují přístup ke zkoumání celého problému. První metody můžeme datovat do 70. a 80. let a některé koncepce vyhaslosti byly, nebo ještě dosud jsou, pojímány na základě založení nejpoužívanějších metod, např. MBI (Kebza & Šolcová, 1998, 2003).

V metodě MBI (Maslach Burnout Inventory) (Maslach & Jackson, 1986) se sledují tři hlavní momenty, které odkryla faktorová analýza:

EE - emocionální vyčerpání - hlavní faktor burnout syndromu;

DP – depersonalizace - stav, kdy postižený přestává vnímat ostatní jako lidské bytosti;

PA - snížený pracovního výkonu (Křivohlavý, 2012).

Položky jsou posuzovány ve dvou dimenzích a zároveň na dvou škálách - z hlediska frekvence výskytu posuzovaných prožitků a z hlediska jejich intenzity (Kebza & Šolcová, 1998).

Další metodou je dotazník BM (Burnout Measure), jehož autorkou je A. M. Pinesová. Dotazník zjišťuje tyto složky vyhaslosti: tělesné, emoční a duševní vyčerpání (Pines & Aronson, 1988). První české vydání dotazníku bylo v roce 1998, kdy ho přeložil a přizpůsobil české populaci J. Křivohlavý. Tento dotazník patří k jednomu z nejvíce používaných. Původní dotazník vznikl v roce 1988 a měl 21 položek. V současné době je k dispozici jeho zkrácená verze (BMS) s deseti položkami (Kebza & Šolcová, 1998, 2008; Vosečková & Hrstka, 2010). Dotazník BMS také zjišťuje úroveň vyčerpání v těchto třech dimenzích a můžeme ho použít nejen napříč všemi profesemi, ale i u nezaměstnaných. Data z rozsáhlých výzkumů prokázala, že je tato metoda reliabilní i validní. Díky zjednodušení dotazníku se z něho stala atraktivní metoda pro výzkumníky (Malach-Pines, 2005).

I když jsou metody MBI a BM nejvíce používané a tzv. tradiční, vznikaly postupem času další metody, obzvláště po roce 2000. Patří mezi ně např. Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), představený ve spolupráci J. R. B. Halbeslebena působícího na Division of Management, Michael F. Price College of Business, University of Oklahoma a skupiny evropských psychologů, reprezentovaných zvl. E. Demerouti, která působí na univerzitních pracovištích v Německu a Holandsku (Kebza & Šolcová, 2008). Tento dotazník vznikl v Německu a obsahuje jen dvě škály, a to vyčerpání (exhaustion) a zlhostejnění (disengagement). Dále se tento dotazník používá i pro zjištění míry zapálenosti, protože obsahuje negativně i pozitivně formulované položky (Bakker & Demerouti, 2007).

Další novější metodou je Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Hlavní důraz je zde kladen na vyčerpání (exhaustion), rozlišováno je pracovní vyhoření, osobní vyhoření a vyhoření ve směru ke klientům. Dále je z pojetí syndromu vyhoření vyřazena depersonalizace a nízká pracovní výkonost. Metoda CBI vznikla jako reakce na projekt PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction, což byla dlouhodobá studie zkoumající syndrom vyhoření u dánské populace (Kristensen, 2005).

Vývojem metod v této oblasti se zabývali i izraelští psychologové a lékaři, působící ve výzkumu důsledků stresu a vztahů mezi zdravím a nemocí. Melamed, Kushnir a Shirom představili v roce 1992 metodu zvanou BoTeLis. Tato metoda zahrnuje celkem 16



položek a tři subškály: burnout (Bo), tenze (Te) a netečnost (Lis). Položky jsou hodnoceny na posuzovací škále typu „Jak často“, od 1 („Téměř nikdy“) po 7 („Téměř vždy“) (Kebza & Šolcová, 2008).

Další metodou, která pochází z dílny izraelských psychologů, je dotazník Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM). Tento dotazník využívám ve svém výzkumu, proto mu věnuji více prostoru v empirické části.

I zde však platí potřeba doplnění těchto speciálních metod dalšími psychologickými metodami. Samozřejmý by měl být rozhovor, anamnestický dotazník, pozorování a další metody, které slouží k orientaci v osobnosti. Dále se za vhodné jeví použití projektivních metod, které nám můžou informace o jedinci doplnit, např. Lüsherový barvový test (Kebza & Šolcová, 1998).

## **2.6 Moderující faktory syndromu vyhoření**

Podíváme se nyní na faktory, které přímo či nepřímo způsobují vznik syndromu vyhoření. Můžeme je rozdělit na tzv. vnitřní a vnější. Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází, čímž myslíme, jaké má podmínky v zaměstnání, v organizaci; jak vypadá jeho osobní život- jaké má vztahy se svojí rodinou a širším příbuzenstvem; a nakonec i společnost, ve které žije, a podmínky, které na něho klade. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, která je definovaná jako systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá. Mezi vnitřní faktory poté řadíme různé osobnostní charakteristiky daného jedince, které podporují vznik syndromu vyhoření, dále pak fyzický stav organismu, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích, kterých jedinec využívá (Jeklová & Reitmayerová, 2006; Vosečková & Hrstka, 2010).

Vznik syndromu vyhoření je vždy výsledkem charakterových vlastností jedince a vnějších podmínek. Každého jedince tyto faktory ovlivňují jinou měrou. Je-li někdo vystaven tlaku jen v důsledku působení vnějších podmínek a svého okolí, tedy bez výraznějšího vlastního přičinění, pak hovoříme o tzv. „opotřebením“, anglicky wearout. Naproti tomu workoholik- člověk chorobně závislý na své práci - je poháněný kupředu převážně nebo pouze svými povahovými vlastnostmi. Nemusí tolik pracovat, dělá to však z nutkové vnitřní potřeby (Stock, 2010).

Dále se na moderující faktory syndromu vyhoření můžeme podívat z hlediska tří rozdílných přístupů, úhlů pohledu.

- **Individuální přístup** - je zdůrazňována role osobnostních charakteristik, nezdolnost, typ chování, význam motivace a smyslu života;
- přístup vycházející z pozic **psychologie práce a organizace** - syndrom vyhoření definuje jako důsledek chronického stresu na pracovišti, poukazuje na tyto důležité indikátory syndromu vyhoření: pracovní přetížení, konflikt rolí, časový stres, nedostatek prostoru k autonomnímu rozhodování, slabá zpětná vazba apod.;
- **sociologický, sociálně-psychologický pohled** - zdůrazňuje především význam sociální opory a fungování přirozených sociálních vazeb (Vosečková & Hrstka, 2010).

### 2.6.1 Vnitřní faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření

Faktem je, že s vnějšími stresory se každý člověk vyrovnává jinak, to znamená, že spouštěče vyhoření se ukrývají i v charakterových vlastnostech postiženého. Každý člověk má k dispozici určité zdroje pro to, aby zvládl požadavky, které na něho klade vnější prostředí. Patří mezi ně:

- fyzické vlastnosti - tělesná zdatnost, obratnost, síla, trénovanost;
- inteligence - vlohy, dovednosti, znalosti, zkušenosti;
- osobnostní vlastnosti - tendence chovat se určitými způsoby.

Prvním předpokladem pro zvládání stresu je poznání svých osobních možností, tzv. „na co člověk má“ (Stock, 2010; Vosečková & Hrstka, 2010).

Určité osobní vlastnosti a sklony mohou vyhoření posílit a urychlit. Nejvíce jsou ohroženi angažovaní, obětaví a citově zaujatí jedinci, kteří si stavějí laťku vysoko, narozdíl od těch tzv. střízlivějších, kteří akceptují své omezené pracovní možnosti. Pro ohrožené jedince stojí v popředí sociální hledisko se vším všudy. Jejich motivace vzniká ze sociální angažovanosti, z potřeby pracovat s lidmi a pomáhat jim v nouzi. Často si berou práci domů, pracují přesčas, nejsou s to se od ní distancovat a odpočinout si. Dále je pro tyto jedince typické, že si berou dovolenou jen krátce, nebo vůbec, neustále mají pocit, že musí s ostatními soutěžit a na základě toho si stanovují nedosažitelné cíle (Maroon, 2012).

Mezi další vnitřní rizikové faktory můžeme zařadit špatné vnitřní sebehodnocení, silné vnímání neúspěchu, špatný fyzický stav a nepravidelný biorytmus, perfekcionismus, nutkání k dokonalosti- to jim ztěžuje dokončení prací, neschopnost smířit se s věcmi, které změnit nelze, neschopnost přizpůsobit se, nedostatečná asertivita, potlačování záporných emocí,

pochybování o svých schopnostech, nadměrná potřeba harmonie a tím zanedbávání vlastních zcela legitimních potřeb, nehospodárnost se svými tělesnými a duševními rezervami, sebezpetěžování apod. (Jeklová & Reitmayerová, 2006; Kallwass, 2007; Šnýdrová, 2006).

### 2.6.1.1 Chování typu A

Lékaři Roseman a Friedman (1977) ve své knize "Type A Behaviour and your Heart" (Chování typu A a vaše srdce) představili velké množství důkazů, včetně těch, které vycházejí z jejich více než dvacetiletého výzkumu, že hlavní příčinou onemocnění srdce spočívá v odlišných vzorcích chování, hlavně co se týče životního stylu a postojů jedince. Praxe ukazuje, že chování typu A vykazuje bližší vztah k výskytu srdečních onemocnění, než ostatní příčiny jako nesprávné stravování, kouření, nedostatek pohybu a obezita.

Lidé typu A jsou dynamičtí, agresivní, ambiciózní, mají silnou potřebu dosáhnout úspěchu za každou cenu, nikdy nejsou spokojeni se svým postavením, výsledkem své práce. Stanovují si vysoké cíle, které se snaží dosáhnout v co nejkratším čase, kladou na sebe i druhé náročné požadavky. Neustále se pouštějí do soutěžení a soupeření, což vyvolává konflikty a odcizuje je to od rodiny, přátel a spolupracovníků. Dalším typickým znakem je neustále pociťovaná časová tíseň. Vždy spěchají, snaží se udělat několik věcí najednou, z čehož plyne jejich roztržitost a únava. Znaky typu A jsou pozorovatelné i z projevu - rychle mluví, hodně gestikulují, jejich obličej je ve stálé křeči, skáčou lidem do řeči a zrychlené jsou prakticky všechny aktivity těchto jedinců - jídlo, chůze, jízda autem apod. Dalším typickým rysem je hostilita. Lidé typu A se rychle rozlobí, jde především o nepřátelské projevy k druhým jako výraz znuďenosti, blahosklonného pohrdání, provokující chování. Nejsilnější obavy u lidí typu A souvisí s tím, že by ztratili kontrolu nad situací. Úporně se tedy snaží kontrolu nad událostmi udržet, nebo si alespoň zachovat pocit, že to takto je. Pokud tuto kontrolu nemají, cítí se bezmocní (Šnýdrová, 2006; Vosečková & Hrstka, 2010).

Nejprve zažívají tito lidé úspěch, který je vnímán pozitivně - např. kariéra ve firmě, zvýšení platu apod. Avšak nakonec vlivem celkového přetížení, zhuštění pracovní náplně, perfekcionismu, nadměrného přetížení a nedostatku odreagování lidé typu A onemocní (Stock, 2010).

Praxe ukazuje, že lidé typu A často končí na koronární jednotce a dostávají se do stavu vyhoření, pokud ovšem dříve nepodlehnuť infarktu myokardu nebo jiné srdeční chorobě (Křivohlavý, 1998). Stejně zjištění nalezneme i ve výzkumné studii Kebzy a Šolcové (2010), kteří upozorňují na souvislost mezi syndromem vyhoření a akutním infarktem

myokardu, ischemickou poruchou srdeční a mozkovou mrtvicí, kde se jako významný faktor ukázalo právě chování typu A.

Chování typu B má naprosto opačnou charakteristiku - jsou to rozvážní, klidní, uvolnění jedinci, kteří si najdou čas pro své zájmy, nejsou otevřeně ambiciózní, umí odpočívat. Vyznačují se nižší mírou nepřátelského chování, agresivity, soutěživosti a naopak větší trpělivostí a uvolněností. Také se snaží v životě něco dokázat, ne však za každou cenu. Tento typ je méně ohrožen stresem a jeho následky- především právě srdečními chorobami (Stock, 2010; Šnýdrová, 2006).

Většina lidí se však řadí ke třetímu typu chování, což je smíšený typ chování (typ X), kde převládá více méně jeden z obou zmíněných typů (Šnýdrová, 2006).

### 2.6.2.2 Workholismus

Přestože workoholismus v mezinárodní klasifikaci jako přímou diagnózu nenajdeme, můžeme ho zařadit mezi závislosti nebo návykové poruchy. Je stejně nebezpečný jako alkoholismus, drogová závislost nebo hazardní hráčství. Nebezpečný je hlavně z toho důvodu, že tito lidé získávají dlouhou dobu kladnou zpětnou vazbu za své úsilí a vysoké finanční ohodnocení. Tento problém se často týká manažerů, obchodníků a podobných profesí (Vosečková & Hrstka, 2010).

Porterová (1996) charakterizuje workoholismus jako přílišné zapojení do práce spojené se zanedbáváním ostatních oblastí života. Toto chování je syceno vnitřním motivem udržovat jej samo o sobě, než že by to byla reakce na vnější pobídky. Pokud je člověk v některém období svého života nucen nadměru pracovat, aby se např. finančně zabezpečil, nejedná se o workoholismus.

Vnitřní „hlasy“ jsou tím, co workoholika stimuluje. Tyto hlasy jim často říkají, že hodnotu získají teprve tehdy, když něco udělají. Klíčem k získání hodnoty je výkon (Minirth, Hawkins, Meier, & Flournoy, 2011).

Dalším znakem závislosti je, že takto postižený jedinec si chce udržet nadměrné zapojení do práce, i když by šly povinnosti přerozdělit a jemu by se tak ulehčilo (Porterová, 1996). Závislost je jednoduše vyvrcholením jednání, jehož účelem je zaplnit svou duchovní prázdnotu něčím, co ji však zaplnit nemůže. Je důsledkem snahy uspokojit vnitřní potřeby vnějšími prostředky (VanVonderen, 2005).

Workoholik si svůj problém nepřipouští, výtky okolí odmítá a chybí mu jakýkoliv náhled. Práh workoholismu představuje moment, kdy se výkonnost začne horšit. V takovém

případě se snaží nezasažený jedinec nabrat nové síly a odpočinout si. Workoholik však své pracovní úsilí zvyšuje, díky vyčerpání však podává stále horší a horší výkon. K tomu se přidávají zdravotní potíže (bolesti hlavy, potíže se srdcem, nechutenství, nespavost, zapomětivost) a narůstající problémy s okolím. Pokud workoholik musí práci přerušit, prožívá stav, který by se dal přirovnat k abstinenčnímu syndromu. Začne být velmi nervózní a snaží se za každou cenu s pracovištěm opět zkontaktovat. Pokud mají workoholici už svou rodinu, jsou nespolehliví v plnění domácích povinností, vymlouvají se a chodí pozdě z práce. Partner od takového člověka začne dříve či později vyžadovat větší zájem o rodinu, což tento jedinec chápe jako omezování a zároveň ho to deprimuje, protože chce být chápán jako dobrý partner a rodič. S tím souvisí i problémy v sexuální oblasti, na kterou kvůli únavě není již prostor. Workoholik je i v této oblasti závislý na výkonu, proto se této činnosti raději vyhne (Vosečková & Hrstka, 2010).

### 2.6.2.3 Odolnost

V literatuře je na odolnost pohlíženo jako na vícerozměrný jev ovlivňovaný řadou různých činitelů. Odolnost obecně představuje schopnost nenechat se výrazněji vyvést z míry, rychle po odeznění zátěže obnovit původní stav akceschopnosti a nakonec využít získanou zkušenost ze stresové situace k zvládnutí situací příštích (Paulík, 2010).

Každodenní život ukazuje, že každý člověk je jinak náchylný ke stresu a unese různou míru zátěže. Odolnější lidé vykazují nižší emoční vzrušivost a jejich reakce na stresové podněty bývají méně intenzivní. Dále se dokáží se zátěžovou situací vyrovnat rychleji a po jejím odeznění se snáze zotavují. Výzkumy ukazují, že přibližně 30 % celkové populace si i po traumatickém prožitku a navzdory dlouhodobé zátěži uchovává psychické zdraví a dokáže vnímat život jako pozitivní a smysluplný. Oblasti výzkumu, které se těmito jevy zabývají se nazývají salutogeneze, nebo-li nauka o původu a zrodu zdraví, druhý se zabývá výzkumem resilience, tedy odolností člověka (Stock, 2010).

Koncepce salutogeneze je založena na myšlence, že ortodoxní medicínské paradigma, pátrající po příčinách onemocnění je třeba obrátit do podoby paradigmatu, pátrajícího po příčinách toho, proč někdo nepodlehli nemoci v situaci, kdy druzí lidé, vystaveni stejným podmínkám, onemocněli (Kebza, 2005).

Tento pojem poprvé použil lékař a sociolog Aaron Antonovsky, který v 80. letech 20. století prováděl výzkum mezi izraelskými ženami, jež prošly koncentračními tábory a musely se vyrovnat se ztrátou svých blízkých. Ačkoliv se předpokládalo, že tyto ženy budou hluboce

traumatizovány, zjistilo se, že skoro třetina z nich byla po psychické stránce zcela v pořádku (Stock, 2010).

Dále se v literatuře můžeme setkat s pojmem nezdolnost (resilience), kterou můžeme charakterizovat individuální schopností jedince snižovat negativní vliv nepříznivých životních situací, včetně akutního a chronického stresu a náročných životních situací (Vosečková & Hrstka, 2010).

Tento pojem vznikl na základě dlouhodobých výzkumů dětí, které vyrůstaly ve značně nevhodných podmínkách, a přesto nebyly negativně poznamenány. Objasňuje např. proč se některým rodinám amerických přistěhovalců dařilo lépe než jiným, ačkoliv měly stejné problémy. Podle vědeckých zjištění mají odolní lidé schopnost klást věcné otázky a dávat přímé odpovědi, vytvořit si pevné hranice mezi sebou a ostatními, udržet blízké a plnohodnotné vztahy, schopnost rozlišit dobro a zlo a bojovat za tyto hodnoty, a v neposlední řadě oplývají kreativitou a smyslem pro humor (Stock, 2010).

Dále bych ráda uvedla nezdolnost typu Hardiness, kterou vytvořila S. Kobasová a její spolupracovníci v rámci rozpracování „úsilí o autentický život“, což znamená identifikaci a rozvíjení osobnostních předpokladů zvyšující rezistenci vůči onemocnění (Kebza, 2005).

Teoretický koncept Hardiness vychází z existenciální psychologie chápající člověka jako biologicky, sociálně a psychologicky založenou bytost, jejímž základním cílem je hledání smyslu (Vosečková & Hrstka, 2010).

Kobasová (1983) koncipovala toto pojetí jako osobnostní dispozici, která se skládá ze tří komponent:

- výzva (challenge) - schopnost vnímat změnu jako výzvu a ne jako problém, otevřenost novým zkušenostem a zážitkům;
- angažovanost (commitment) - schopnost převzít odpovědnost za to, co člověk dělá, a být pro to angažovaný, víra ve vlastní cenu;
- kontrola (control) - schopnost udržet vývoj událostí pod kontrolou, víra ve svou vlastní schopnost jednat.

Neméně důležitá je koncepce nezdolnosti typu SOC. Tuto koncepci Sense of Coherence vytvořil již zmiňovaný A. Antonovsky (1987), který stejně jako Kobasová navazuje na podněty existenciální a humanistické psychologie. Do české terminologie je tento pojem převáděn jako „smysl pro soudržnost“ (Kebza, 2005).

Antonovsky (1987) charakterizuje tento pojem třemi rozměry - srozumitelností, smysluplností a zvládnutelností. Tato koncepce je zaměřena především na pocit důvěry, který jedinec pocítuje k životu. Srozumitelnost a smysluplnost znamenají, že si jedinec dokáže to, co se děje, zařadit do širšího rámce, vidět v tom určitou hodnotu a smysl, a tyto situace v životě chápat jako srozumitelné. Poslední zvládnutelnost vyjadřuje důvěru člověka ve vlastní síly.

Odolní lidé si i navzdory překážkám a selháním zachovávají duševní rovnováhu a dále se rozvíjejí. K problémům přistupují ofenzivně a jsou otevření vůči výzvám. Rizika zbytečně nevyhledávají, ale v krizových situacích většinou obstojí. I když mají také své strachy a obavy, tolik jim nepodléhají a pokud selžou, umějí si to přiznat a snaží si z této situace vzít ponaučení. I v tom jim pomáhá smysl pro soudržnost, díky němuž přistupují k životním situacím pozitivně a vždy se snaží najít nějaké řešení (Stock, 2010).

Zatímco resilience a vědomí pro soudržnost označují spíše konkrétní schopnosti, které zvyšují odolnost jedince a jeho schopnost vyrovnat se se zátěží, vyskytuje se v této souvislosti ještě jeden pojem, a to coping, který chápeme jako souhrn všech způsobů chování, které člověk uplatňuje při zvládnání těžkých životních událostí (Stock, 2010).

Křivohlavý (2001) uvádí, že slovo coping je odvozeno od řeckého kolaphus, což vyjadřuje ránu, kterou obdrží protivník v boxu.

Je důležité od sebe odlišovat adaptaci a coping. Křivohlavý (1994) uvádí, že zatímco adaptací se rozumí vyrovnávání se ze zátěží, která je relativně v normálních mezích, termínem coping se rozumí boj člověka s nadlimitní zátěží, a to jak v dimenzi intenzity, tak ve smyslu délky trvání.

To znamená, že nevhodné strategie zvládnání mohou být jedním z rizikových faktorů pro vznik jevu vyhoření. Rozlišujeme tři druhy copingu:

- strategie orientované na problém - např. otevřený rozhovor s nadřízeným, pokud s ním v nečem nesouhlasíme;
- strategie orientované na emoce - např. procházka jako zdroj relaxace a uklidnění;
- neefektivní postupy - v tomto případě se jedinec zátěžové situaci vyhýbá, nepřipouští si ji a potlačuje ji. Tělo vysílá jedinci jasné signály, že je na pokraji svých sil, ten je však ignoruje. V tu danou chvíli se tak problému vyhne, ale příčina zůstává neodstraněná, což je z dlouhodobého hlediska velmi rizikové (Stock, 2010).

Burnout je často důsledkem selhání při hledání smyslu života. Tato existenciální potřeba - potřeba povědomí smysluplnosti vlastní činnosti, práce, žití atp., nejčastěji vede

k psychickému vyhoření (Křivohlavý, 2012). Zakladatel logoterapie Viktor Frankl považuje hledání smyslu života za základní lidskou motivaci, přičemž smysl práce je jedním ze základních kamenů smyslu života (Křivohlavý, 1994; Vosečková & Hrstka, 2010).

Člověk, který má vyšší míru smysluplnosti života, výrazněji zažívá směřování své činnosti k určitému cíli, snaží se o dosahování cílů, které jsou v harmonii s jeho celkovým životním směřováním, je spokojenější s tím, co dosud v životě udělal, má jasněji v otázkách účelu svého žití a je rozhodnut prožít další fázi svého života jako smysluplnou činnost (Křivohlavý, 2006). Když práce pro člověka ztrácí smysl, musí na její provedení vynaložit mnohem více energie při daleko menším uspokojením z vykonávané práce (Vosečková & Hrstka, 2010).

Dalším autorem, který se zabýval syndromem vyhoření z hlediska existenciální analýzy byl A. Längle (2003), který definoval 4 teze. První teze vyjadřuje myšlenku, že pravé naplnění v práci je nejlepší ochranou před syndromem vyhoření. V druhé tezi upozorňuje na to, že jev vyhoření vzniká z formální motivace, tzn. takové motivace, která se přímo nevztahuje k samotnému úkolu, a vede tudíž jen k formálnímu zájmu o práci, věc, úkol apod. To znamená, že činnost je jen prostředkem k cíli a ztrácí svojí vlastní hodnotu. Ve třetí tezi charakterizuje tzv. existenciální stres, v jehož základu leží chybějící vnitřní souhlas s tím, co člověk dělá a jak žije. Ve čtvrté tezi ukazuje v syndromu vyhoření dvojí chudobu vztahů - jednak k druhým lidem, jednak dovnitř k sobě samému a svým emocím.

S tím souvisí i tzv. konstrukt životní angažovanosti od autora Scheiera (2006). Ten je i autorem dotazníku tzv. smysluplné angažovanosti v životě - Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life (Test životní angažovanosti: dosahování smyslu v životě, LET). Události, které pro nás mají skutečnou hodnotu a kterým věnujeme úsilí, nám také přinášejí pocit radosti a smysluplnosti. Tento test je velice vhodný pro predikci životní smysluplnosti a odráží se v něm dva aspekty - schopnost najít cíle, které hodnotíme jako smysluplné a pocit, že jsou pro nás dosažitelné.

Pokud člověk nenachází ve své práci a činnosti smysl, přichází o velkou část své psychické odolnosti, což vede k frustraci a v konečném výsledku až do stavu vyhoření.

## **2.6.2 Vnější faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření**

Různí lidé jsou vybaveni odlišnými osobnostními charakteristikami v boji se syndromem vyhoření. Patří sem vše to, o čem jsem se zmiňovala v předchozí kapitole - nezdolnost, zaujatost, nebát se změn, chápat úspěch jako vedlejší produkt činnosti apod.



Ačkoliv byly prokázány rozdíly mezi lidmi z hlediska snadnosti propadnutí se do stavu psychického vyhoření, existují situace, které způsobí, že se do tohoto stavu může dostat skoro každý. Proto je vhodné věnovat pozornost i našim životním a pracovním podmínkám, jež nás zatěžují a snižují naši odolnost vůči jevu vyhoření (Křivohlavý, 2012).

V této kapitole bych se chtěla podrobněji věnovat specifickým faktorů pracovního prostředí, které napomáhají ke zrodu vyhoření, a dále protektivnímu vlivu sociální opory.

### 2.6.2.1 Pracovní podmínky

Spouštěčem syndromu vyhoření bývá chronický stres. Tento stres je způsoben dlouhodobým působením tzv. stresorů. Pracovní stres můžeme dělit do několika kategorií:

- fyzické prostředí - hluk, prach, teplota, bezpečnost práce, přemíra podnětů;
- konflikt rolí - problémy související s rolemi, které jedinec zastává;
- pracovní zatížení a odpovědnost - nároky související s obsahem práce, příliš vysoké či nedostatečné vytížení;
- organizace práce - potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědnosti, mnoho změn během krátké doby;
- profesní perspektiva - nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace;
- sociální stresory - konflikty s kolegy apod.

Jestli v nás dané stresory při společném působení vyvolají chronický stres, záleží na našem zhodnocení situace, našich schopnostech tuto situaci zvládnout a nakonec na intenzitě a délce působení stresových faktorů (Stock, 2010).

V mimopracovním stresu hrají roli především chronické denní nepříjemnosti, tzv. „daily hassles“ - drobné problémy každodenního života, intenzita pracovní zátěže, špatné vztahy na pracovišti i doma, hypotéka, nemoc apod. (Kebza & Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2012).

Svět práce se neustále mění, hlavně v posledních několika desetiletích. Následkem rostoucí produktivity vykonává méně lidí stále více pracovních povinností. Úsporná personální opatření vedou ke zhušťování pracovní náplně. Jsme neustále zaplavováni množstvím různých údajů a textů. Je po nás požadována flexibilita a rychlost. To vše vede k tomu, že jsou na nás kladeny stále větší pracovní nároky (Stock, 2010). Pokud se k tomu ještě přidá nesmyslnost toho, co je po nás požadováno, situace se zhorší, a my máme velmi

blízko ke zrodu psychického vyčerpání (Maroon, 2012). Místo radosti z práce nastupuje často jen finanční motivace (Křivohlavý 2012).

Další problémy nastávají, pokud je pracovník pro ostatní snadno dosažitelný a je při práci neustále vyrušován. Řada jedinců je trvale vystavena velkému množství vnějších vlivů (Stock, 2010). Byrokracie, administrativní problémy a malá účast na rozhodování plodí také nespokojenost. Decentralizace moci, spoluúčast na všech úrovních organizace a v rozhodovacích procesech dávají zaměstnancům pocit sounáležitosti, pocit, že jsou s to působit na věci a mít je pod kontrolou (Maroon, 2012). Praxe také ukazuje, že čím širší pole působnosti lidé v zaměstnání mají, tím více je jejich práce baví. Pokud pracovník nemá dostatek možností ovlivnit své pracovní prostředí, podléhá nadměrnému dohledu a nemůže se v zaměstnání svobodně realizovat, máme před sebou další významný stresor (Stock, 2010).

Literatura však uvádí, že jedinci nedělá dobře ani nepřiměřená míra svobody. Proto není dobré ani to, když jsme ponechání zcela jen sami sobě a nikoho to, co děláme, nezajímá (Křivohlavý, 2012).

Nejrizikovější se však ukázala kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti. Tento vztah prokázal rozsáhlý švédský výzkum, který provedl Fleischauer a Aronsson na konci 80. let a měl dokonce i svůj legislativní výstup: v zákoníku byl na základě těchto výsledků zakotven požadavek, aby pracovní podmínky byly upraveny tak, aby pracovník mohl ovlivňovat svou pracovní situaci (Kebza & Šolcová, 2003).

Díky naší práci bychom měli i zažívat pocit, že si našeho úsilí někdo váží a dovede ho ocenit (Stock, 2010). Tato oblast trápí zejména osoby pracující v pomáhajících profesích. Nejenže se jim často nedostává ocenění ze strany klientů, ale ani uznání ze strany společnosti. Sem spadá i finanční ocenění. K tomu jsou tito pracovníci pod tlakem přílišné emocionální zátěže (Křivohlavý, 2012). Pomáhající profese jsou i více zatíženy vysokými nároky na kvalitu práce, odpovědnost a nasazení, při současné nízké autonomii pracovní činnosti, o čemž je pojednáno výše (Vosečková & Hrstka, 2010).

Mezi neméně důležité činitele jevu vyhoření patří špatný kolektiv. V práci se svými kolegy trávíme více času než se svou rodinou nebo přáteli. Týmu, který je nepřátelský, závistivý, odměřený a panuje v něm vzájemná neúcta, se i výrazně snižuje výkonnost. To samé platí pokud se v pracovním kolektivu setkáváme s nadřzováním a „bratříčkováním“ (Stock, 2010).

Ke zrodu burnout připívají také tyto problémy: konflikt formální a osobní autority, kdy si pracovníci více váží někoho, kdo není oficiální autorita; nestanovení toho, co se od

každého očekává; nedostatek komunikace na všech úrovních; konflikt rolí a hodnot, který vede u jedince k vnitřní kolizi apod. (Křivohlavý, 2012; Maroon, 2012; Stock, 2010).

Obecně můžeme determinující faktory syndromu vyhoření v pracovní situaci shrnout do následujících bodů:

- neschopnost jedince zpomalit v pracovním tempu a relaxovat;
- pracovní přetížení, nedostatek personálu a tím nedostatek volného času;
- špatný tělesný stav, neustále pociťovaná časová tíseň a chronický stres;
- původně vysoká obětavost, nadšení, v kombinaci s profesionální prací s lidmi a nereálným očekáváním;
- život v současné moderní společnosti;
- rigidní pracovní podmínky, které neumožňují tvořivé projevení schopností a dovedností;
- nízká asertivita a obsedantně-kompulzivní rysy (Kebza, Šolcová, 2003; Křivohlavý 2012; Rush, 2003).

Díky všem charakteristikám a činitelům, které jsem v této kapitole uvedla, můžeme určit, které profese jsou více zatížené a ohrožené syndromem vyhoření, než jiné. Patří sem:

- lékaři, zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, apod.);
- psychologové, psychiatři, sociální pracovníci, duchovní a řádové sestry;
- učitelé všech stupňů a pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi;
- pracovníci u přepážek, poštovní doručovatelé;
- dispečeři (záchranné služby, dopravy, atp.), vedoucí letecké dopravy;
- policisté, pracovníci věznic, dozorci;
- politici, manažeři, vedoucí pracovníci všech stupňů, podnikatelé;
- poradci a úředníci, sociální kurátoři;
- žurnalisté;
- sportovci (atleti, profesionální hráči, trenéři apod.);
- vyjednavatelé;
- právníci, zvláště tzv. „obhájci chudých“;
- nezaměstnané kategorie u osob, které jsou však v kontaktu s druhými lidmi a závislí na jejich hodnocení a mohou být tak vystaveni účinkům chronického

stresu- umělci, dealeři, pojišťovací a reklamní agenti atd. (Kebza & Šolcová, 2003; Kopřiva, 2006; Krivohlavý, 2012).

#### **2.6.2.2 Sociální opora**

Sociální opora má přímý vliv na snížení stresu, protože působí jako nárazník blokuující resp. tlumící vliv zátěžové situace. Pokud systém sociální opory chybí, vede to ke snížení psychické odolnosti a možnosti si s krizí poradit (Vosečková & Hrstka, 2010). Sociální oporu definujeme jako pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci (Vymětal, 2003).

Sociální začlenění člověka do sociální struktury je významnou determinantou jeho psychické pohody a zdraví. Sociální oporu lze čerpat prostřednictvím sociálních vazeb k druhým osobám, skupinám a širší společnosti, díky které se nám lépe čelí nárokům života a dosahuje cílů. Protektivní vliv tohoto faktoru konstatuje většina dosud publikovaných studií (Kebza, 2005).

Na základě řady pozorování lidí v kritických životních situacích se ukázalo, že pozitivní sociální vazby v rodině či v dalších sociálních skupinách usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky a ovlivňují pozitivně zdravotní stav jedince (Paulík, 2010). Ale i nezávisle na úrovni působícího stresu může mít sociální opora příznivý účinek na pohodu člověka, protože mu poskytuje pocit sociálního přináležení. Podobně - nezávisle na úrovni působícího stresu - může mít sociální opora pozitivní vliv na průběh nemoci. Naproti tomu nedostatek sociální opory negativně ovlivňuje průběh nemoci (Kebza, 2005).

Kromě biologických a psychologických potřeb, máme i potřeby sociální, což jsou potřeby afiliantní povahy. Patří do nich např. potřeba začlenění se do určité společenské skupiny, být přijat za člena této skupiny, dále potřeba sociálního uznání, která je důležitá pro každého z nás, potřeba sociální komunikace apod. Nejsou-li tyto potřeby uspokojovány, není lidem psychicky dobře (Krivohlavý, 1994).

Sociální opora zahrnuje různá působení lidí v okolí jedince, kteří jsou mu blízcí, kladně jej hodnotí a mají jej rádi. Patří sem i uznání předností jedince osobami, na nichž mu záleží. Přirozeným zdrojem sociální opory je především rodina, kde akceptování a pomoc každému členu tvoří součást jejich funkcí a podílí se na utváření pocitu jistoty a bezpečí od raného dětství (Paulík, 2010). Zdroje sociální opory obsahují šest hlavních kategorií: rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, komunita, profesionálové (Kebza, 2005).

Na základě těchto poznatků jsou vytvářeny modely působení sociální opory na psychickou pohodu a zdraví jedince prostřednictvím různých psychických procesů a funkcí. Např.

- modely založené na informacích - sociální vazby mohou být zdrojem informací o zdravém chování, které usnadní přístup k lékařské péči nebo pomohou uchránit se před kontaktem s infekcí;
- modely sociálního vlivu - blízké osoby se snaží jedince přimět k tomu, aby pěstoval zdraví prospěšné návyky a zbavoval se těch škodlivých;
- model hmotných zdrojů - příznivý účinek pomoci a materiálních zdrojů od druhých, které člověku pomáhají vytvářet si zdravější prostředí;
- modely vztahující se k identitě a sebevědomí - poukazují na obecnější příznivý vliv sociální opory na sebeúctu a ocenění, což vede k pozitivním psychickým pocitům a zvýšené motivaci k odpovědnosti za své zdraví (Kebza, 2005).

Křivohlavý (1994) rozdělil poskytování sociální opory do několika forem:

#### Existence doprovázeče

Tento termín pochází z hudby, kdy klavírista svým hraním doprovází zpěváka. Dnes se s tímto termínem setkáváme hlavně v nemocničním prostředí, kdy má pacient u sebe člověka, který mu je vždy na blízku, poskytuje mu pomoc a povzbuzení.

#### Existence kladného sociálního vzoru

Kladný sociální vzor může být již vyléčený pacient, se kterým si nemocní mohou popovídat, ptát se ho na otázky, sdělovat mu své obavy.

#### Existence terapeutické aliance

Tu může představovat úzký vztah pacienta s lékařem nebo zdravotní sestrou, kteří se k jedinci nechovají neosobně. Toto jednání pak působí jako silně uklidňující faktor.

#### Existence tzv. self-help groups

Tyto skupiny si vyskytují po celém světě, většinou sdružují jedince s těžkou diagnózou. Vzájemně si poskytují informace, pomoc a povzbuzení.

### Existence skupinových terapií

Ty se ukázaly jako prospěšné hlavně při léčbě neurotiků. Získávají zde novou pozitivní zkušenost a korekci minulých selhání.

### Existence dobrovolných společností lidí ochotných pomoci

Tyto společnosti také existují po celém světě. Jejich pomoc má široké spektrum, např. pomáhají tělesně postiženým.

Sociální oporou, kterou poskytuje malá skupina osob danému člověku ve chvílích jeho těžkostí a životních krizí, se rozumí sociální kontakt, neopuštění ho v těžké situaci, ochota naslouchat, sdílet s ním jeho rozbourané emoce, neodsuzovat ho - ani kdyby měl podíl na situaci, do které se dostal - a materiální i finanční pomoc. Touto interakcí však získává i ten, co poskytuje - seznamuje se tak s možnými životními problémy, mobilizuje to jeho síly a také se učí, jak těmto problémům čelit (Křivohlavý, 2012).

Sociální opora se dále dělí na anticipovanou a získanou sociální oporu. Anticipovaná sociální opora reprezentuje obecný pocit jedince, že je ostatními akceptován, že se o něj zajímají, že mu pomohou, bude-li potřebovat. Získaná sociální opora naproti tomu představuje pomocné transakce (emocionální, instrumentální, materiální povahy), jichž se mu skutečně dostalo. Anticipovaná sociální opora reflektuje obecná očekávání jedince, zatímco získaná je založena na konkrétní zkušenosti ve specifické situaci. Anticipovaná sociální opora bývá řazena - podobně jako Smysl pro koherenci (SOC) Antonovského, odolnost ve smyslu Hardiness Kobasové a interního Locus of Control Rottera a Donavana - mezi zdroje zvládnutí stresu. Naproti u získané sociální opory nejsou vyloučeny ani negativní důsledky (Kebza, 2005). Interní Locus of Control znamená, že podněty a příkazy k tomu, co má jedinec udělat, přicházejí spíše od něho samotného než od druhých (Křivohlavý, 2012).

Sociální opora může být ale také problémová, pokud dochází ke zjevnému podceňování jedince, nedostatku zájmu o jeho problémy, přetvářce a lhaní v sociální interakci apod. Jako zatěžující působí, pokud je nabízená pomoc v rozporu s jedincovou představou o vlastní autonomii a sebevládě, ohrožuje jeho sebeúctu, je zde velké riziko znevážení jedince a objevení se pocitů bezmoci nebo když tato pomoc neodpovídá potřebám jedince. Všechny tyto jevy zvyšují riziko vzniku syndromu vyhoření (Kebza, 2005).

Praxe ukazuje, že dříve než došlo k jevu burnout, panovaly v daném společenství špatné vztahy (v rodině, na pracovišti, v zájmové skupině apod.) Nedorozumění, spory, konflikty, hádky, urážení, vzájemné napadání, hostilita, nepřátelství, malá míra úcty a

kladného hodnocení, ponižování, nedůvěra, touha po moci a nadváďe, to vše s jistotou nabourá odolnost a soudržnost každé společenské skupiny (Křivohlavý, 2012).

Z toho, co bylo o burnout řečeno, víme, že má velmi blízko k nespokojenosti. Všechny známé výzkumy ukazují, že to jsou vzájemné vztahy s lidmi při práci, co nejvýrazněji ovlivňuje pracovní spokojenost a nespokojenost (Křivohlavý, 1998). Dále se v rámci výzkumu pracovního stresu ukázalo, že nejvíce působí na pracovní spokojenost a psychickou pohodu zaměstnanců opora poskytnutá spolupracovníky (Křivohlavý, 1994).

Pro pomáhající pracovníky je velmi významné, jaké mají zázemí ve svém osobním životě. Dlouhodobě neřešené konflikty v manželství, partnerství a rodině energii vysávají (Kopřiva, 2006).

Z organizačního hlediska se lze na sociální oporu dívat jako na poskytování souboru důležitých informací, díky kterým mají lidé v zaměstnání též pocit, že jim organizace jako taková i jednotliví spolupracovníci věnují kolegiální pozornost, poskytují jim potřebnou péči, že jsou napojeni do sítí vzájemných pracovních závazků i neformálních vztahů. Sociální opora napomáhá mimo jiné k získání sebedůvěry a kladného sebevědomí (Paulík, 2010).

Syndrom vyhoření má mnoho příčin. Může jím být i problematický milostný vztah a neuspokojivý citový život. Pak syndrom vyhoření vzniká z příčin ve sféře partnerského nebo rodinného života (Kallwass, 2007). Velmi rizikové jsou v této sféře dlouhotrvající mezilidské konflikty, nepřátelství a hostilita, neutěšené bytové a finanční podmínky, nemoc či jiná zátěž v rodině apod. Láska mezi partnery se nejen rodí, ale i umírá. Příbuzní se mají nejen rádi, ale i se nesnášejí. Mezi nejbližšími je nejen nejvíce krásných mezilidských vztahů, ale i sebevražd. Míra spokojenosti s manželstvím a rodinou je proměnlivá a nespokojenost má velmi blízko k burnoutu. V partnerských vztazích často bohužel chybí snaha o tvořivé řešení konfliktů a spolupráci a namísto toho se objevuje soupeření, ponižování a ztráta prvotního nadšení ve všech směrech (Jeklová & Reitmayerová, 2006; Křivohlavý, 2012).

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 1. Cíle výzkumu a výběr vzorku

### 1.1 Cíl výzkumu

V první části mé diplomové práce jsem se zabývala analýzou současných poznatků o vývoji pojetí syndromu vyhoření od počátku zájmu o tuto problematiku v 70. letech 20. století do současnosti. Zabývala jsem se historií syndromu vyhoření, jeho odlišením od jiných psychických stavů, jeho symptomy, vývojem i diagnostikou. Teoretickou část poté uzavírám kapitolou, ve které analyzuji moderující faktory syndromu vyhoření. Tyto faktory jsou dále rozpracovány a rozděleny na vnitřní a vnější. Tato kapitola je jedna z nejvíce významných pro cíl mé práce a formulování hypotéz, a to z toho důvodu, že se v empirické části zaměřuji na distribuci rizik syndromu vyhoření a souvisejících osobnostních a sociálních proměnných. Předpokládaným výstupem práce bude tudíž ověření či vyvrácení základní hypotézy o intrapsychických a interpersonálních souvislostech syndromu vyhoření. Tuto problematiku jsme se také rozhodli zkoumat na vzorku dvou odlišných souborů pracujících osob - odlišných v náplni své pracovní činnosti.

### 1.2 Výběr vzorku

Vzhledem k získaným poznatkům z literatury jsem chtěla získat na jedné straně osoby, jejichž pracovní náplň je profesionální práce s lidmi, a na druhé straně ty jedince, jejichž pracovní náplň je orientována zcela odlišným způsobem. Nakonec jsem požadované dva soubory charakterizovala takto:

#### Skupina A:

**Psychologové, psychiatři, psychoterapeuti**, jejichž hlavní náplní práce je profesionální práce s lidmi - psychoterapie, poradenství, provázení člověka v jeho osobních, vztahových, pracovních nesnázích apod.

#### Skupina B:

**IT pracovníci**, jejichž hlavní náplní profese je práce na počítači - spravování sítě, softwaru, hardwaru, programování, vývojářství, apod.



## 2. Formulace hypotéz

Na základě teoretických poznatků a cílů empirického šetření jsem dospěla k následujícím hypotézám.

### **H1: Existuje vztah mezi velikostí bydliště a skórem syndromu vyhoření**

Jak již zmiňuji v teoretické části této práce, sociální opora patří mezi významné protektivní faktory syndromu vyhoření. Působí jako jakýsi nárazník blokující vliv zátěžových situací na život jedince. Člověk potřebuje být pro svou psychickou pohodu a zdraví zařazen do nějaké sociální struktury, pociťovat sociální přináležení. Jako nejdůležitější se jeví působení jedince v primární sociální skupině, což je rodina. Zde by se mu mělo dostat jak duševní, tak materiální podpory (Kebza, 2005; Paulík, 2010; Vosečková & Hrstka, 2010; Vymětal, 2003).

Život jedince mohou ovlivnit všechny sociální skupiny, do kterých se během svého života dostane, avšak silnější vliv mívají menší komunity. V nich se všichni členové většinou znají, probíhá zde vzájemný kontakt a jsou ideální z hlediska dodržování norem a uplatňování sankcí (Lovaš, 2008). I opovržení v této skupině může působit velmi nepříjemně. Tento fakt můžeme pozorovat i na vysoké kriminalitě anonymního velkoměsta a nízké kriminalitě např. na vesnici.

Z těchto poznatků vychází má první hypotéza. Z důvodu, že sociální opora patří mezi protektivní faktory a sociální přináležení v menších komunitách vykazuje v této oblasti významného vlivu, ověřím, zda v mém výzkumném vzorku existuje nějaký vztah mezi velikostí místa bydliště a skórem syndromu vyhoření. Přičemž předpokládám, že by jedinci z menších oblastí měli vykazovat nižší skór syndromu vyhoření.

### **H2: Profesionálové pracující s lidmi (psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti) jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření než IT pracovníci.**

Při studování syndromu vyhoření několikrát narazíme na informaci, která upozorňuje na skutečnost, že profesionální práce s lidmi (a častý styk s lidmi obecně) je vysoce riziková v rozvoji syndromu vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2012).

Z toho důvodu předpokládám, že skupina psychologů/ psychiatrů/ psychoterapeutů bude skórovat více v syndromu vyhoření, než skupina IT pracovníků, jejichž styk s lidmi není tak frekventovaný a jejichž náplň práce je velmi odlišná od tzv. pomáhajících profesí.

### **H3: Existuje vztah mezi skórem syndromu vyhoření a věkem pracovníků**

Tuto hypotézu uvádím z toho důvodu, že se můžeme setkat obecně s názory, že pracovníci starších věkových skupin jsou již opotřebení, celkově životem unavení a zbavení svých ideálů a cílů, což vede k cynismu, přezíravosti a neschopnosti se pro něco nadchnout.

Podle Bělohlávka (1996) s postupujícím věkem jedincům ubývá jistá jiskra a energie, tudíž se dává obecně přednost mladším pracovníkům. Tudíž předpokládám, že starší jedinci z mého výzkumného vzorku budou skórovat v syndromu vyhoření více.

### **H4: Existuje vztah mezi délkou celkové praxe a skórem syndromu vyhoření**

Tato hypotéza souvisí s výše uvedenou, přičemž se na tuto problematiku nyní podívám z hlediska celkového počtu odpracovaných let v oboru. Vycházím z předešlého předpokladu, tudíž očekávám, že pracovníci s delší praxí v oboru budou vykazovat větší skór syndromu vyhoření.

### **H5: Existuje rozdíl ve skóru vyhoření mezi skupinou pracovníků, kteří setrvali na stejné pracovní pozici a skupinou těch, kteří ji minimálně jednou změnili.**

Tato hypotéza vychází z předpokladu, že pokud jedinec pracuje po celou dobu své kariéry na jedné pozici, plní stále stejné úkoly a řeší stále stejné problémy, bude mít větší sklon k vyhoření než jedinec, který alespoň jednou svou pracovní pozici a úkoly s ní spojené změnil.

Nové podněty působí v této souvislosti protektivně. Rutina vede k pocitům nudy a ta k nespokojenosti, což je jeden z rizikových faktorů syndromu vyhoření. Tomuto stavu se snaží stále více firem předejít s tzv. programem „job enrichment“, což můžeme přeložit jako obohacování práce (Křivohlavý, 2012).

### **H6: Osoby s vyšší úrovní životní angažovanosti jsou méně ohroženy rizikem syndromu vyhoření než osoby s nízkou úrovní životní angažovanosti.**

V teoretické části zmiňuji, že syndrom vyhoření je často důsledkem selhání při hledání smyslu života. Každý jedinec potřebuje pociťovat smysl pro to, co vykonává a jak žije. Pokud člověk necítí naplnění ze své práce a života, je velmi pravděpodobné, že ho dříve či později zastihne syndrom vyhoření (Křivohlavý, 1994; Vosečková & Hrstka, 2010).

Předpokládám tedy, že respondenti z mého souboru, kteří vnímají svůj život celkově jako smysluplný, vykazují nižší skór syndromu vyhoření.

### **H7: Existuje rozdíl ve výsledném skóru vyhoření mezi skupinami respondentů s hostilní a afiliantní charakteristikou osobnosti.**

Osoby, které jsou více afiliantní, orientované na vztahy, si vytvářejí kolem sebe pevnější a kvalitnější sociální zázemí, z kterého poté mohou čerpat potřebnou pomoc a oporu. Cítí se psychicky lépe, jsou i fyzicky zdravější a obecně se jim daří v životě lépe než jedincům, v jejichž interpersonální charakteristice dominuje hostilita, agresivita, soutěživost a obecný odklon od sociálního života (Jeklová & Reitmayerová, 2006; Křivohlavý, 2012; Paulík, 2010).

Předpokládám tedy, že afiliantní respondenti z mého vzorku vykazují nižší skór syndromu vyhoření než jedinci s hostilní charakteristikou osobnosti.

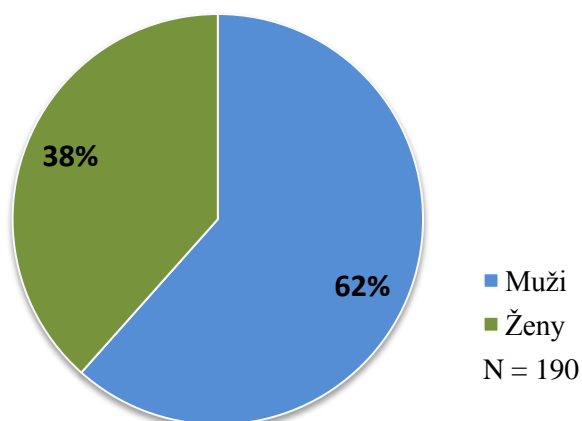
## **3. Typ výzkumu**

Pro účely empirické části jsem zvolila kvantitativní typ výzkumu. Charakteristiky vzorku popisují pomocí deskriptivní statistiky. Pro testování hypotéz jsem použila korelaci a T-test.

### **3.1 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor tvoří pracující jedinci z dvou profesních odvětví z území České republiky. První skupinu tvoří psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti a druhou skupinu zastávají IT pracovníci. Respondenti byli voleni metodou záměrného výběru. Výzkumu se celkově zúčastnilo 190 respondentů. Muži tvořili většinu respondentů, konkrétně se výzkumu zúčastnilo 117 mužů a 73 žen.

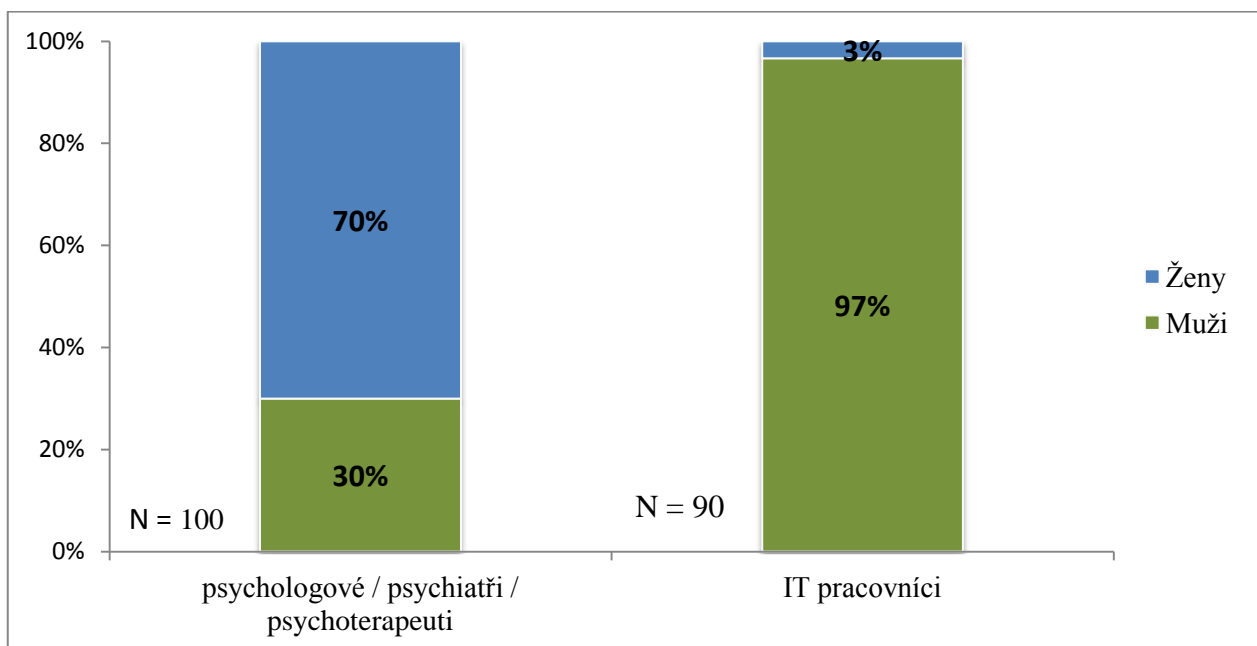
**Graf 1 Složení výzkumného souboru podle pohlaví**



### 3.1.1 Rozdělení podle pohlaví a profese

Při rozdělení do profesních kategorií, získáme 100 respondentů na straně psychologů/psychiatrů a psychoterapeutů, z čehož 30 respondentů tvoří muži a 70 ženy. Zbývajících 90 respondentů zastávají IT pracovníci, přičemž 87 respondentů zastávají muži a 3 ženy.

**Graf 2 Rozdělení výzkumného souboru podle profese a pohlaví**



### 3.1.2 Rozdělení podle věku

Účastníci výzkumu se pohybují ve věkovém rozmezí 22 - 66 let, neboli od časné dospělosti do stáří dle vývojové psychologie. Věkový průměr vzorku je 38,17 let a medián tuto hodnotu upravuje na 34 let.

Tabulka 1 Rozdělení výzkumného souboru podle věku

	N	Průměr	Medián	Min.	Max.
Celkově	190	38,17	34	22	66

Respondenti z kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti se pohybují ve věkovém rozmezí od 24 - 66 let, přičemž průměrný věk zde činí  $\approx 41$  let. Respondenti z kategorie IT pracovníků dosahují věkového rozmezí od 22 - 64 let, přičemž průměrný věk zde činí  $\approx 35$  let.

Tabulka 2 Rozdělení výzkumného souboru podle profese a věku

profesní kategorie	N	Průměr	Medián	Min.	Max.
psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti	100	41,28	38	24	66
IT pracovníci	90	34,72	34	22	64

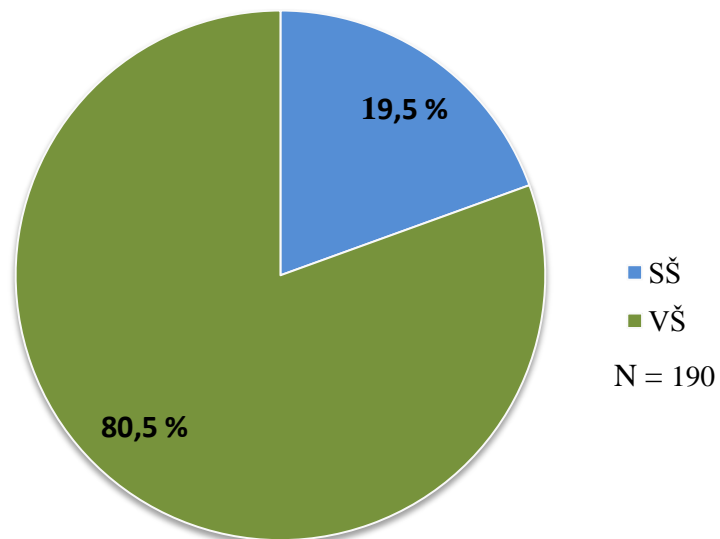
Při rozdělení do jednotlivých profesních skupin vidíme, že věkové rozložení obou vzorků je celkem vyrovnané, přičemž kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti dosahuje průměrně vyššího věku než kategorie IT pracovníci, a to o cca 6 let.

### 3.1.3 Rozdělení podle vzdělání

V kategorii nejvyšší dosažené vzdělání drtivě převažuje vzdělání vysokoškolské, a to s 80,5 % , což je dáno povahou profesí, které jsem do svého výzkumu vybrala. To vysvětluje i

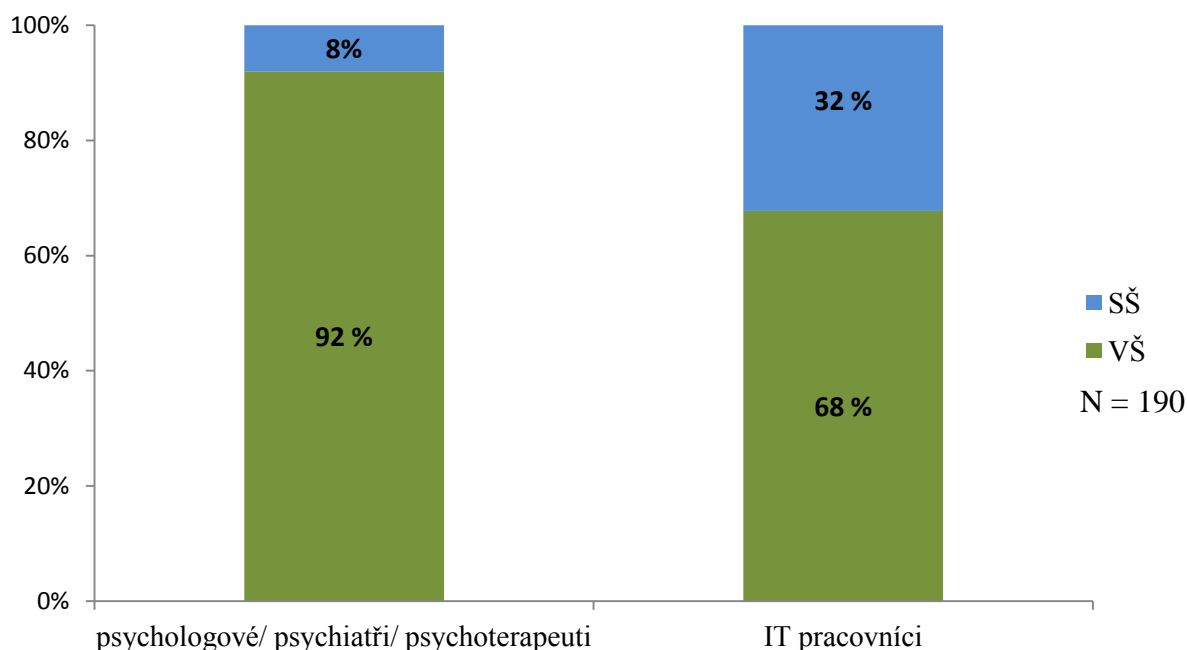
fakt, že se v mém vzorku nevyskytuje ani jeden respondent s nejvyšším dosaženým vzděláním základním.

**Graf 3 Složení výzkumného souboru podle vzdělání**



U kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti dosahuje vysokoškolské vzdělání až 92 %. U kategorie IT pracovníci to činí 68 %.

**Graf 4 Rozložení výzkumného souboru podle vzdělání a profese**



### 3.1.4 Rozdělení podle celkové délky praxe v oboru

Průměrná délka celkové praxe v oboru respondentů z obou profesních skupin činí 157,08 měsíců, což je  $\approx$  13 let. Nejkratší praxi zastává respondent, který v oboru působí jen půl roku. Naopak nejdelší působení v profesi z obou profesních kategorií zastává respondent s 552 měsíci, což činí  $\approx$  46 let.

**Tabulka 3 Rozložení výzkumného souboru podle celkové délky praxe v oboru**

	N	Průměr (počet let)	Medián (počet let)	Min. (počet let)	Max. (počet let)
Délka celkové praxe	189	13	10	0,5	46

*Pozn.: 1 záznam vyřazen z důvodu chybějících dat.*

Při rozdělení do profesních skupin dosahuje průměrná délka celkové praxe u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti 171,47 měsíců, což činí  $\approx$  14 let. Nejkratší praxi zastává respondent s 6 měsíci působení v oboru. Naopak nejdelší délku celkové praxe v oboru činí u této kategorie 552 měsíců, tedy 46 let.

**Tabulka 4 Rozložení celkové délky praxe v oboru u profesní kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti.**

	N	Průměr (počet let)	Medián (počet let)	Min. (počet let)	Max. (počet let)
psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti	100	14	11	0,5	46

U profese IT pracovníci dosahuje průměrná délka celkové praxe 140,92 měsíců, tedy  $\approx$  12 let. Minimální délku celkové praxe zastává respondent s 9 měsíci působení v oboru. Naopak nejdelší praxe v oboru z této kategorie dosahuje 480 měsíců, což činí  $\approx$  40 let.

**Tabulka 5 Rozložení celkové délky praxe v oboru u profesní kategorie IT pracovníci**

profese	N	Průměr (počet let)	Medián (počet let)	Min. (měsíce)	Max. (počet let)
IT pracovníci	89	12	9	9	40

*Pozn.: 1 záznam vyřazen z důvodu chybějících dat.*

### 3.1.5 Rozdělení podle délky působení na současné pozici

Průměrná délka působení na současné pozici respondentů z obou skupin činí 80,77 měsíců, tedy  $\approx$  7 let. Nejkratší doba působení na současné pozici činí 1 měsíc a naopak nejdelší 471 měsíců, což je  $\approx$  39 let.

**Tabulka 6 Rozložení výzkumného souboru podle délky působení na současné pozici**

	N	Průměr (počet let)	Medián (počet let)	Min. (měsíce)	Max. (počet let)
délka působení na současné pozici	189	7	4	1	39

*Pozn.: 1 záznam vyřazen z důvodu chybějících dat.*



U kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti činí průměrná délka působení na současné pozici 90,23 měsíců, tedy  $\approx 8$  let. Minimální délka působení na současné pozici u této kategorie činí 2 měsíce, naopak nejdelší 471 měsíců, což je  $\approx 39$  let.

**Tabulka 7 Rozložení délky působení na současné pozici u profesní kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti**

	N	Průměr (počet let)	Medián (počet let)	Min. (měsíce)	Max. (počet let)
psychologové/ psychiatri/ psychoterapeuti	100	8	4	2	39

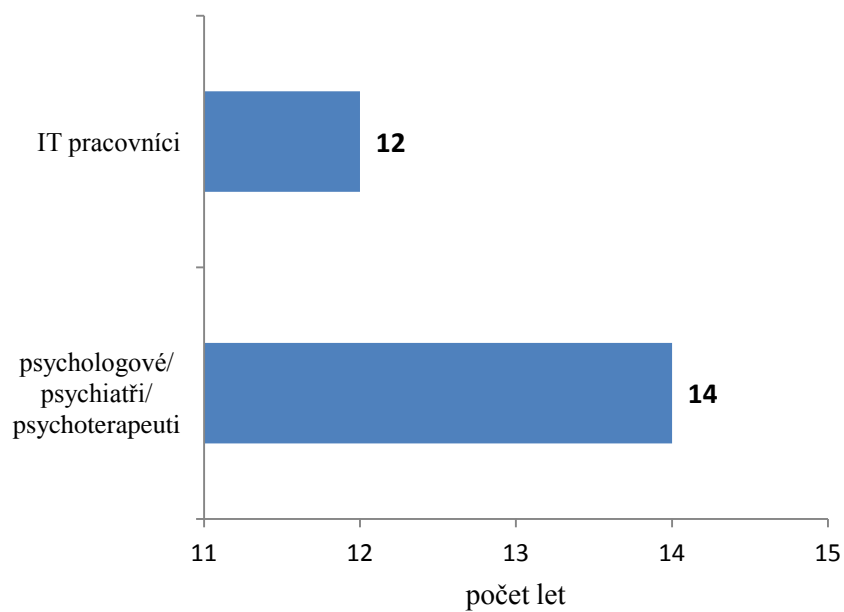
U kategorie IT pracovníci činí průměrná délka působení na současné pozici 70,13 měsíců, tedy  $\approx 6$  let. Minimální délka působení na současné pozici činí 1 měsíc, naopak maximální délka dosahuje 309 měsíců, tedy  $\approx 26$  let.

**Tabulka 8 Rozložení délky působení na současné pozici u profesní kategorie IT pracovníci**

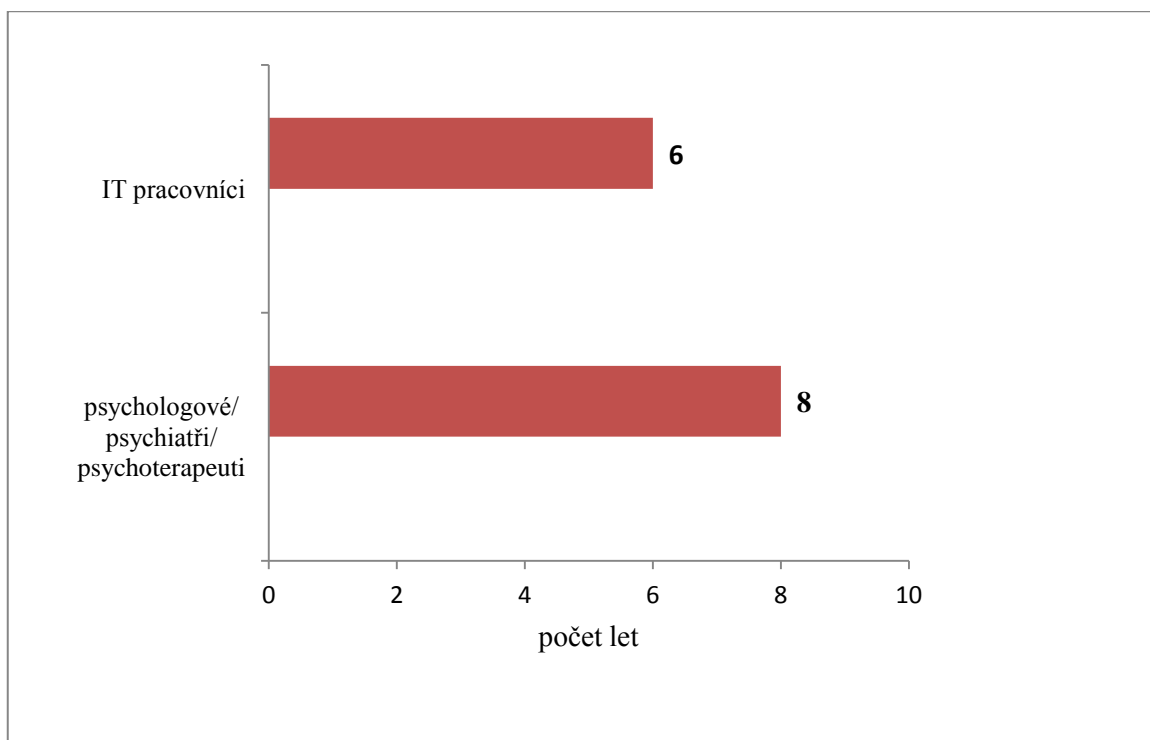
	N	Průměr (počet let)	Medián (počet let)	Min. (měsíce)	Max. (počet let)
IT pracovníci	89	6	12	1	26

*Pozn.: 1 záznam vyřazen z důvodu chybějících dat.*

**Graf 5 Rozložení výzkumného souboru podle profese a průměrné celkové délky praxe v oboru**



**Graf 6 Rozložení výzkumného souboru podle profese a průměrné délky působení na současné pozici**



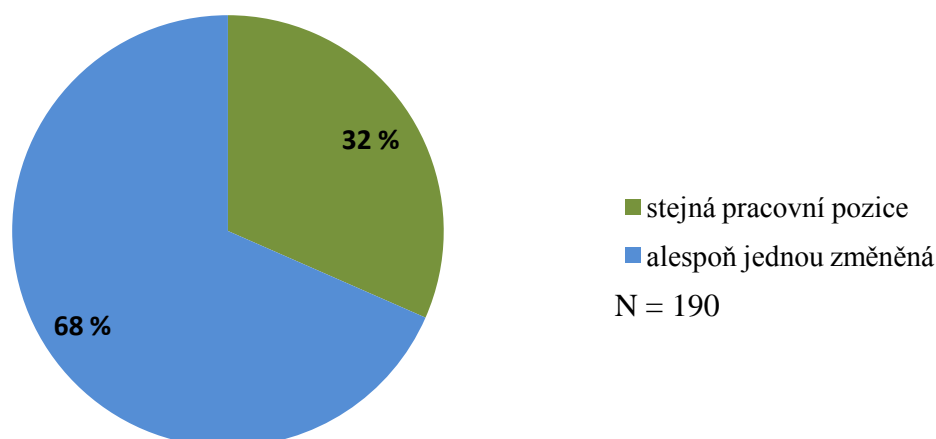
Profesní kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti z mého výzkumného souboru dosahuje obecně o 2 roky delší celkovou průměrnou praxi v oboru, než je tomu tak u kategorie IT pracovníci. To samé platí o průměrné délce působení na současné pozici, kde kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti dosahuje opět o 2 roky delšího působení.

Respondenti z kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti zastávají v mém výzkumném vzorku průměrně starší věk (o cca 6 let), což s velkou pravděpodobností souvisí s těmito údaji.

### 3.1.6 Rozdělení respondentů podle změny pracovní pozice

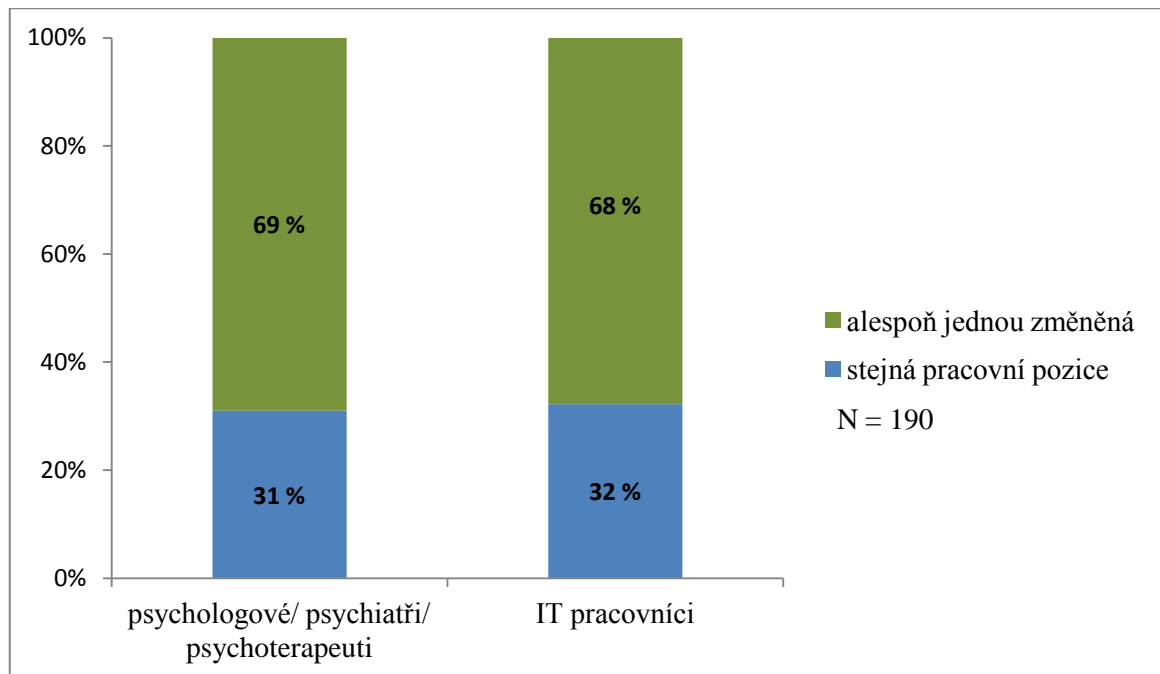
Ze všech účastníků výzkumu jich 130 alespoň jednou za celou dobu své profesní kariéry změnilo pracovní pozici, naopak 60 respondentů pracuje stále na stejné pracovním místě.

Graf 7 Složení výzkumného souboru podle změny pracovní pozice



U kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti změnilo alespoň jednou svou pracovní pozici 69 % respondentů, u kategorie IT pracovníci to činí 68 %.

**Graf 8 Rozložení vzkumného souboru podle profese a změny pracovní pozice**



### 3.2 Metoda sběru a analýzy dat

Sběr dat probíhal přibližně jeden měsíc. Pro účely získání dat jsem vytvořila internetový dotazník pomocí služby Google Disk (viz příloha 1). Testovou baterii tvořily 3 testové metody a doplňující sociodemografické otázky. Dotazník obsahoval Dotazník interpersonální diagnózy (ICL), Shirom-Melamedovu škálu (SMBM) a Life Engagement Test (LET). Tyto metody popisují podrobněji dále. Sociodemografické otázky obsahovaly otázky na pohlaví, věk, profesi, nejvyšší dokončené vzdělání, celkovou délku praxe, počet let strávených na současné pozici a velikost místa bydliště.

Ještě před samotným kontaktováním vhodných osob jsem provedla zkoušku smysluplnosti a srozumitelnosti internetového dotazníku. Kompletním testováním prošlo několik zkušebních respondentů. Na základě postřehů těchto osob jsem změnila znění položek ICL tak, aby byly uvedeny v 1. osobě a přidala jsem ženský rod. Např.

Otázka 51: Nezávislý

Tudíž jsem tuto otázku předělala:

Otázka 51: Jsem nezávislý/-á

Obecně dále padaly stížnosti na délku samotného dotazování, což způsoboval dotazník interpersonální charakteristiky se 128 otázkami. Bohužel pro účely mého šetření byl nezbytný. Potřebná doba k vyplnění dotazníku bylo cca 30 min.

Kontakty na vhodné respondenty jsem sháněla více způsoby. V první fázi jsem využila kontakty od rodiny, příbuzných a přátel. Dále jsem se obrátila na sociální sítě a zde uvedla svoji žádost. Nakonec jsem využila vyhledávač Google a Seznam, kde jsem pátrala po vhodných respondentech. Všem těmto přijatelným respondentům jsem poslala průvodní email (viz příloha 2), který obsahoval žádost o pomoc, vysvětlení mého výzkumného záměru a odkaz na výše zmiňovaný internetový dotazník. Tudiž ještě před samotným vyplňováním byli respondenti informováni, jaké osoby do svého výzkumu potřebuji a čeho se má diplomová práce týká. Jako odměnu za čas strávený vyplňováním dotazníku jsem respondentům nabídla zaslání výsledků jejich testování, popř. samotnou diplomovou práci, až bude zhotovena. Tuto nabídku většina využila.

Vyplněné dotazníky se mi poté ukládaly na moji emailovou adresu ve formě excelovské tabulky. Po získání dostatečného množství respondentů jsem data popisující výzkumný soubor (sociodemografické údaje) vyhodnotila podle popisných statistik. Tyto údaje jsem poté zpracovala do grafů podle výsledků z programu SPSS.

Poté jsem vyhodnocovala údaje z Dotazníku interpersonální diagnózy (ICL) podle manuálu a každému respondentovi poté přiřadila informaci o tom, zda spadá do hostilní či afiliantní interpersonální charakteristiky.

Dále jsem vyhodnotila Shirom-Melamedovu škálu (SMBM) a Life Engagement Test (LET), takže každému respondentovi dále přibyly dva údaje - skóre vyhoření a skóre angažovanosti v životě. Před samotnou analýzou bylo též nutné překódovat reverzní položky dotazníku.

Pro testování hypotéz jsem využila program SPSS, kde jsem testovala hypotézy pomocí korelace a T-testu.

### **3.3 Použité metody**

#### **3.3.1 ICL**

Leary vypracoval diagnostický nástroj, který umožňuje odhalovat základní vodítka člověka pro systémy chování a jednání v sociálních situacích, jeho spontánně se prosazující interpersonální tendence či sklony (Mikšík, 2007).

Leary považuje osobnost za komplexní vzorec zjevných, vědomých nebo skrytých interpersonálních projevů jedince. Tyto projevy slouží k redukci úzkosti a udržení si sebevědomí (Svoboda, 2010).

Zásadní je spojení dvou na sobě nezávislých dimenzí: a) **přátelství k lidem versus agresivita vůči lidem**; b) **tendence dominovat versus tendence podrobovat se**. Tato interpersonální tendence se promítá i do struktur, projevů či rysů přizpůsobujícího chování v reálných životních kontextech, které jsou pro daného jedince příznačné (Mikšík, 2007).

V tomto systému jsou osobnostní proměnné měřeny na jednom kontinuu - od normy až po abnormální nebo patologické extrémy. Interpersonální chování je tříděno na šestnáct kategorií (Svoboda, 2010).

<b>způsob přizpůsobení</b>	<b>adjustační typ</b>	<b>maladjustační typ</b>
silou	dominantní	hyperdominantní
soutěžením	soutěživý	egocentrický
útokem	rázný	agresivní
vzpourou	reservovaný	resistentní
sebeopotlačením	skromný	ponížený
poddajností	učenlivý	závislý
spoluprací	přátelský	hyperafiliantní
odpovědností	odpovědný	hyperresponsibilní

(Mikšík, 2007)

ICL je tvořen seznamem 128 charakteristik interpersonálního chování, které jsou vyjádřeny pomocí adjektiv ( přátelský, skromný, sobecký apod.) nebo jinou formou (lidé mají o něm dobré mínění, těžko se na něj dá udělat dobrý dojem apod.). Každá z osmi kategorií interpersonálního chování je zjišťována pomocí 16 otázek - jedna polovina zjišťuje adaptivní formu chování, druhá polovina maladaptivní projevy (Svoboda, 2010).

### 3.3.2 SMBM

Tato metoda pochází z dílny izraelských psychologů a nazývá se Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM). Tento dotazník vychází z dvoufaktorového modelu vyhoření, přičemž první faktorem je fyzická únava a druhým kognitivní opotřebení. Dotazník obsahuje tři subškály - fyzická únava, emoční vyčerpání a kognitivní opotřebovanost. Celý dotazník má 14 položek. Fyzická únava se jeví jako nejvíce vypovídající u povolání např. hasičů, kdežto kognitivní opotřebovanost má větší význam u povolání např. právníků. Dotazník obsahuje 14

otázek, které jsou hodnoceny na sedmibodové škále od „Nikdy nebo téměř nikdy“ po „Vždy nebo téměř vždy“. Jedinec může skórovat od 14 do 98 body, přičemž narůstající skór reprezentuje narůstající riziko syndromu vyhoření (Shirom & Melamed, 2006).

### **3.3.3 LET**

Jak již popisuji v teoretické části, Michael F. Scheier et al. (2006) je autorem nejen dotazníku LET (The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life), ale i tzv. konstruktů životní angažovanosti. Pokud se člověk věnuje činnostem, které vnímá jako hodnotné, přináší mu to pocit radosti a smysluplnosti. Test vychází z motivačního modelu očekávaných hodnot a využívá se pro predikci životní smysluplnosti, přičemž jsou jeho součástí dvě hlediska - schopnost najít smysluplné cíle a pocit jejich dosažitelnosti.

Scheier et al. (2006) dále zkoumal vztah životní angažovanosti s dalšími psychologickými konstrukty, přičemž prokázal kladnou korelaci např. s optimismem, životní spokojeností a sebeúctou.

## **4. Výsledky a jejich interpretace**

V této kapitole popíšu výsledky, které jsem získala v průběhu mého výzkumu. Nejdříve uvádím výsledky jednotlivých metod a poté se podrobněji zabývám stanovenými hypotézami.

### **4.1 Výsledky použitých metod**

#### **4.1.1 Výsledky dotazníku ICL**

Pomocí dotazníku ICL můžeme získat mnoho druhů informací. Interpersonální chování je zde chápáno jako základní aspekt osobnosti, který se projevuje na pěti úrovních: úroveň veřejné komunikace (pozorovatelné chování), úroveň vědomé komunikace (vědomé chování, sebehodnocení), úroveň psychického soukromí (rovina fantazijní), úroveň nevyjádřeného (rovina nevědomí), úroveň hodnot (ideální já) (Svoboda, 2010).

Pro účely mého výzkumu jsem využila úroveň vědomé komunikace, tedy úroveň sebehodnocení, jejímž obsahem je to, co říká proband sám o sobě, co vypovídá sám o vlastním chování (Svoboda, 2010).

Dále lze dotazník ICL vyhodnocovat na různé úrovni složitosti. Pro účely mého výzkumu byla stěžejní informace, která se týkala afiliace či hostility respondentů směrem ke svému sociálnímu okolí.

Pomocí dotazníku ICL (Leary, LaForge, & Suczek, 1957) jsem tedy zjišťovala afiliantní a hostilní charakteristiky osobnosti. Při vyhodnocování tohoto dotazníku se využívá kruhový diagram, kam se zanáší výsledný T-skór respondenta. Pokud se výsledek pohybuje v pravé polovině kruhu, je pro respondenta typická afiliantní charakteristika osobnosti. Pokud se výsledný T-skór pohybuje v levé polovině kruhového diagramu, dominuje hostilní orientace osobnosti.

Pokud je respondentův výsledek T-skór = 50, nachází se tento údaj přesně na vertikální dělicí čáře kruhového diagramu a tento respondent není vyhraněn ani směrem k afilitě, ani k hostilitě. Tyto respondenty jsem musela ze vzorku vyloučit, protože se u nich dala zjistit jen kategorie dominance-submise, což pro účely mé práce nebylo důležité. Tyto respondenty nazývám v dalším popisu jako tzv. nevyhrané.

Dále je kruhový diagram rozdělen na horní a dolní polovinu. Pokud se výsledný skór pohybuje v horní polovině, je pro respondenta typická dominance směrem ke svému sociálnímu okolí. Naopak skór pohybující se v dolní polovině kruhového diagramu se vyznačuje submisivní interpersonální charakteristikou osobnosti.

Díky horizontální a vertikální dělicí čáře nám vzniknou na kruhovém diagramu 4 kvadranty. Uvedla bych zde stručnou charakteristiku pro každý kvadrant. Pro pravý horní kvadrant je typické pečovatelské chování, dominuje zde mocenská a afiliantní orientace. Pravý dolní kvadrant je charakterizován závislým chováním, kde dominuje slabost a afiliantní chování. Pro levý horní kvadrant je typické kompetitivní chování, kde převažuje mocenská a afiliantní orientace. Levý dolní kvadrant je charakterizovaný podezřívavým chováním, kde převládá slabost a hostilní orientace.

Díky dotazníku ICL můžeme dále získat 8 typů osobnosti dle jejich interpersonální charakteristiky. Pro účely mého výzkumu jsem si tyto typy osobností rozdělila podle jejich afiliantní či hostilní orientace osobnosti. Uvádím zde zkratku, pod kterou jsou tyto typy osobnosti vedeny v ICL, a jejich dominující znak.

### **Afiliantní interpersonální charakteristika osobnosti**

- JK- hyperkonformní osobnost (slabošská závislost)
- LM- hyperafiliantní osobnost (afiliace)
- NO- hyperprotektivní osobnost (protektivnost)

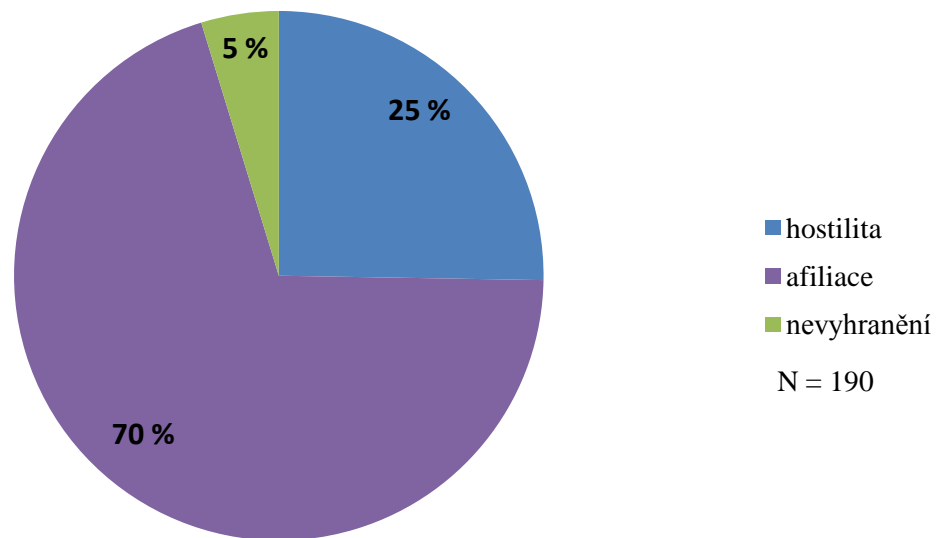


### Hostilní interpersonální charakteristika osobnosti

- BC- egocentrická osobnost (soběstačné prosazování)
- DE- agresivní osobnost (agresivita a hostilita)
- FG- podezíravá osobnost (nedůvěřivá rezistence)

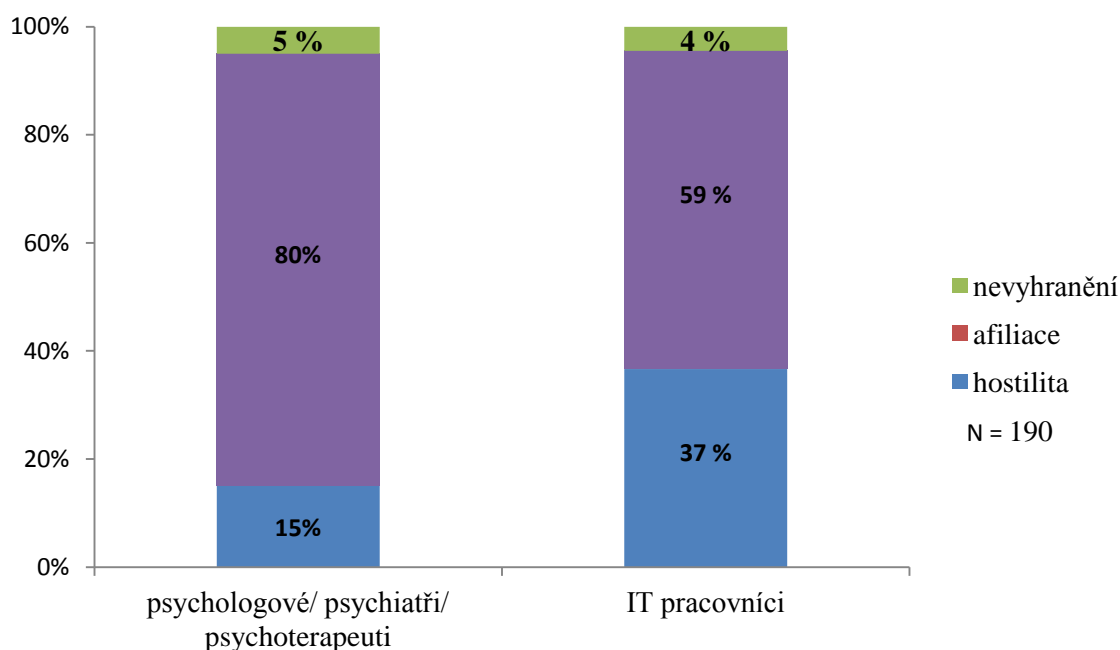
V ICL se dále setkáváme s typem osobnosti AP - autokratickou osobností (dominující znak: moc a síla) a HI- poníženou osobností (dominující znak: submise). Tyto typy osobnosti mohou být skórovány jako afiliantní i hostilní, protože jejich kruhová výseč zasahuje jak do levé hostilní poloviny, tak do pravé afiliantní poloviny. Až výsledný T-skór určí, jaký bude konečný výsledek.

Graf 9 Rozložení výzkumného souboru podle afiliantní a hostilní charakteristiky osobnosti



Výzkumný soubor tvoří ze 70 % respondenti s afiliantní interpersonální charakteristikou osobnosti. Pouze 25 % spadá pod hostilní orientaci osobnosti a 5 % tvoří tzv. nevyhranění respondenti, u nichž není možné tuto charakteristiku dále určit.

**Graf 10 Rozložení výzkumného souboru podle profese a interpersonální charakteristiky osobnosti**



Dle následujícího grafu je patrné, že u obou profesí převládá afiliantní charakteristika osobnosti, avšak u kategorie psychologové/ psychiatri/ psychoterapeuti je afiliace ještě více zastoupena, a to u 80 % respondentů. Počet tzv. nevyhraněných respondentů je u obou skupin vyrovnaný.

#### 4.1.2 Výsledky dotazníku LET

Test životní angažovanosti (Schreier et. al., 2006) obsahuje 6 otázek, které jsou hodnoceny pomocí pětibodové stupnice od „zcela souhlasím“ po „zcela nesouhlasím“. Položky 1, 3, 5 jsou kódovány reverzně. Součtem všech položek získáme celkový skór životní angažovanosti v rozpětí od 6 do 30.

**Tabulka 9 Popisná tabulka znázorňující vyhodnocení dotazníku LET**

	N	Průměr	Medián	Min.	Max.
LET – hrubý skór	190	24,73	25	12	30

Ze všech účastníků výzkumu nezískal ani jeden respondent minimální skór životní angažovanosti, což je hodnota 6. Maximálního skóru však dosaženo bylo. Respondenti z obou profesních skupin dosáhli průměrně hodnoty  $\approx 25$  v hodnocení smyslu svého života, což můžeme považovat za vysokou hodnotu.

**Tabulka 10 Vyhodnocení dotazníku LET u profesních kategorií**

profese	N	Průměr	Medián	Min.	Max.
psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti	100	25,35	26	13	30
IT pracovníci	90	24,04	24,50	12	30

Respondenti z obou profesních kategorií mají velmi podobné výsledky v dotazníku LET. Obě kategorie dosáhly maximálního skóru úrovně životní angažovanosti, což je hodnota 30. Co se týče minimálního dosaženého skóru, kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti získala min. hodnotu 13, což činí o jeden bod více než u kategorie IT pracovníci.

#### 4.1.3 Výsledky dotazníku SMBM

Shirom-Melamedova škála (SMBM) (Shirom & Melamed, 2006) obsahuje 14 otázek, které jsou hodnoceny pomocí sedmibodové stupnice od „Nikdy nebo téměř nikdy“ po „Vždy nebo téměř vždy“. Součtem všech položek získáme celkový skór vyhoření, a to v rozpětí od 14 do 98. Narůstající skór reprezentuje narůstající riziko syndromu vyhoření.

**Tabulka 11 Popisná tabulka znázorňující vyhodnocení dotazníku SMBM**

	N	Průměr	Medián	Min.	Max.
SMBM – hrubý skór	190	40,05	39	14	81

Účastníci výzkumu skórovali průměrně v dotazníku SMBM hodnotou  $\approx 40$ . Maximálního skóru vyhoření 98 bodů nebylo dosaženo. Nejvíce vyhořelý respondent získal 81 bodů. Nejméně vyhořelý je jedinec, který získal 14 bodů, což je nejmenší možný počet bodů, který lze v dotazníku SMBM získat.

**Tabulka 12 Vyhodnocení dotazníku SMBM u profesních kategorií**

	N	Průměr	Medián	Min.	Max.
psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti	100	37,79	35,50	14	81
IT pracovníci	90	42,57	43	14	77

Respondenti z kategorie IT pracovníci dosáhli obecně vyššího průměrného skóru syndromu vyhoření  $\approx 43$  oproti respondentům z druhé kategorie  $\approx 38$ . Avšak nejvíce dosažených bodů, a to 81, získal respondent z kategorie psychologové /psychiatři/ psychoterapeuti. U obou profesních kategorií nalezneme min. skór syndromu vyhoření, což je hodnota 14.

#### 4.2 Ověřování stanovených hypotéz

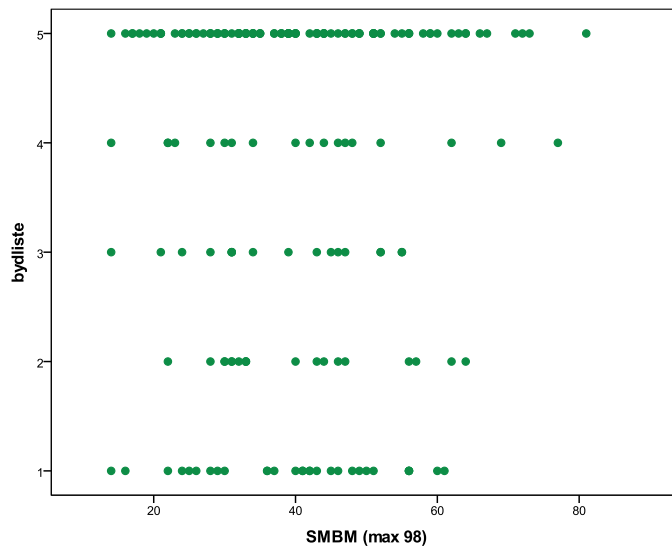
##### **H1: Existuje vztah mezi velikostí místa bydliště a skórem syndromu vyhoření**

Z teoretických poznatků vyplývá, že sociální opora patří mezi protektivní faktory syndromu vyhoření a sociální přináležení v menších komunitách hraje v této věci významnou roli. Ve své první hypotéze se snažím zjistit, zda tento vztah platí i u mého výzkumného vzorku, přičemž předpokládám, že by jedinci z menších oblastí měli vykazovat nižší skór syndromu vyhoření. Jelikož ověřuji vztah mezi dvěma proměnnými, testuji tuto hypotézu pomocí korelace.

**Tabulka 13 Výsledky korelace pro obě profesní skupiny**

		bydliste	SMBM (max 98)
bydliste	Pearson Correlation	1	.024
	Sig. (2-tailed)		.739
	N	190	190

**Graf 11 Bodový graf korelace pro obě profesní skupiny**



**Tabulka 14 Výsledky korelace u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti**

		bydliste	SMBM (max 98)
bydliste	Pearson Correlation	1	.087
	Sig. (2-tailed)		.388
	N	100	100

**Tabulka 15 Výsledky korelace u kategorie IT pracovníci**

		SMBM (max 98)	bydliste
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	-.029
	Sig. (2-tailed)		.784
	N	90	90

Všechny vztahy vyšly statisticky nevýznamné na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Výsledky korelace nám ukazují, že vztah mezi velikostí bydliště a skórem syndromu vyhoření je nízký. Dosahuje hodnoty  $r = 0,024$ .

U rozdělení do jednotlivých profesních kategorií dosahuje tento vztah u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti hodnoty  $r = 0,087$  a u kategorie IT pracovníci  $r = -0,029$ .

*Zamítám hypotézu H1 o tom, že existuje vztah mezi velikostí místa bydliště a skórem syndromu vyhoření. Mezi dvěma proměnnými není statisticky významná závislost. To samé platí i při rozdělení do jednotlivých profesních kategorií.*

**H2: Profesionálové pracující s lidmi (psychologové, psychiatři, psychoterapeuti) jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření než IT pracovníci.**

V druhé hypotéze předpokládám, že jedinci, kteří se tzv. žíví profesionální prací s lidmi, budou více vyhořelí, než jedinci, kteří nepřicházejí tak často do styku s ostatními lidmi. Tudíž by skupina psychologů/ psychiatrů/ psychoterapeutů z mého výzkumného vzorku měla skórovat více v syndromu vyhoření, než skupina IT pracovníků, jejichž styk s lidmi je minimální a jejichž náplň práce je velmi odlišná od tzv. pomáhajících profesí. Pro porovnání těchto dvou profesních kategorií jsem využila T-testu pro dva nezávislé výběry.

**Tabulka 16 Průměrné skóry vyhoření u obou profesních skupin**

profese	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SMBM (max 98) psychologove...	100	37.79	13.193	1.319
IT pracovníci	90	42.57	14.186	1.495

Tabulka 17 T- test pro dva nezávislé výběry

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SMBM (max 98)	Equal variances assumed	.942	.333	-2.405	188	.017	-4.777	1.987	-8.695	-.858
	Equal variances not assumed			-2.395	182.227	.018	-4.777	1.994	-8.711	-.842

Porovnání nám ukázalo statisticky významný rozdíl na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  mezi kategorií psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti a kategorií IT pracovníci ve výsledném skóru vyhoření, avšak obráceně, než se dá předpokládat z literatury a teorie o syndromu vyhoření. IT pracovníci z mého vzorku vykazují průměrně vyšší hladinu skóru syndromu vyhoření než kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti.

*Zamítám hypotézu H2 o tom, že profesionálové pracující s lidmi (psychologové, psychiatři, psychoterapeuti) jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření než IT pracovníci. IT pracovníci skórují signifikantně významněji v syndromu vyhoření než skupina psychologové/ psychiatři/ psychoterapeutové.*

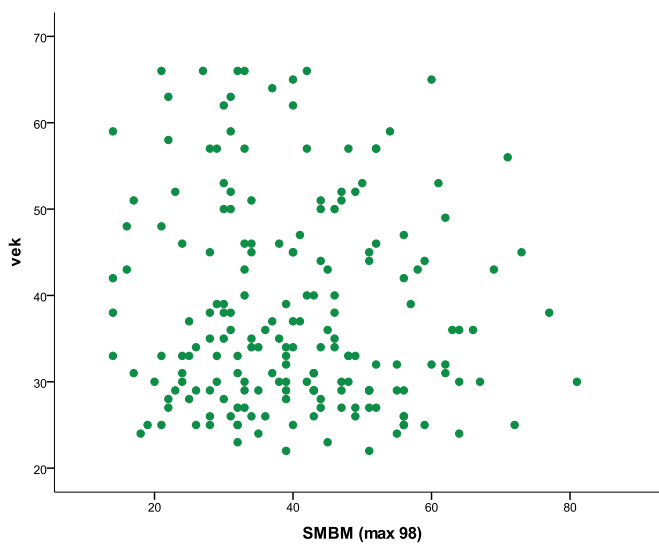
### **H3: Existuje vztah mezi skórem syndromu vyhoření a věkem pracovníků.**

Dále nás zajímalo, zda věk pracovníků hraje roli v syndromu vyhoření. Zda lidé, kteří si v životě již leďacos zažili a častokrát i vytrpěli, jsou více náchylní k syndromu vyhoření vlivem opotřebovanosti, únavy a důsledkem nenaplnění svých snů, nebo se naopak naučili již v životě dobře a efektivně fungovat, a naopak jim léta přidala na moudrosti ve využívání svých duševních i psychických rezerv. Jelikož ověřuji vztah mezi dvěma subjekty, testuji tuto hypotézu pomocí korelace .

**Tabulka 17 Výsledky celkové korelace pro obě profesní skupiny**

		SMBM (max 98)	vek
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	-.079
	Sig. (2-tailed)		.276
N		190	190

**Graf 12 Bodový graf korelace pro obě profesní skupiny**



**Tabulka 18 Výsledky korelace u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti**

		SMBM (max 98)	vek
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	-.133
	Sig. (2-tailed)		.188
N		100	100



**Tabulka 19 Výsledky korelace u kategorie IT pracovníci**

		SMBM (max 98)	vek
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	.095
	Sig. (2-tailed)		.373
	N	90	90

Všechny vztahy vyšly statisticky nevýznamné na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Výsledky korelace nám ukazují, že vztah mezi věkem pracovníků a skórem syndromu vyhoření je slabý. Dosahuje nízké hodnoty  $r = -0,079$ .

U rozdělení do jednotlivých profesních kategorií dosahuje tento vztah u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti hodnoty  $r = -0,133$  a u kategorie IT pracovníci  $r = 0,095$ .

*Zamítám hypotézu H3 o tom, že existuje vztah mezi skórem syndromu vyhoření a věkem pracovníků. Mezi proměnnými neexistuje statisticky signifikantní závislost, a to ani při rozdělení do profesních skupin.*

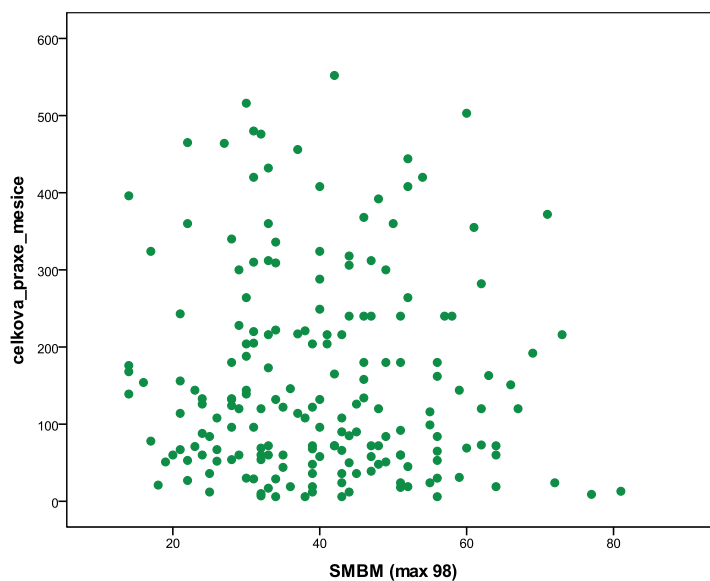
**H4: Existuje vztah mezi délkou celkové praxe a skórem syndromu vyhoření.**

Tato hypotéza má blízký vztah s předešlou hypotézou. Předpokládám, že jedinci s přibývajícím věkem ve svém oboru ztrácí již své nadšení, odhodlání pro věc, mnoho záležitostí ve svém oboru již dokáží předpovídat, ubíjí je rutina jejich pracovního dne. Ačkoliv se předchozí hypotéza nepotvrdila, opět předpokládám, že pracovníci s delší praxí ve svém oboru budou vykazovat větší skóre syndromu vyhoření. Jelikož ověřuji vztah mezi dvěma subjekty, testuji tuto hypotézu pomocí korelace.

**Tabulka 20 Výsledky celkové korelace pro obě profesní skupiny**

		SMBM (max 98)	celkova_praxe_ mesice
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	-.049
	Sig. (2-tailed)		.503
	N	190	189

**Graf 13 Bodový graf korelace pro obě profesní skupiny**



**Tabulka 21 Výsledky korelace pro kategorii psychologové/ psychiatři/ psychoterapeutové**

		SMBM (max 98)	celkova_praxe_ mesice
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	-.089
	Sig. (2-tailed)		.378
	N	100	100

**Tabulka 22 Výsledky korelace pro kategorii IT pracovníci**

		SMBM (max 98)	celkova_praxe_ mesice
SMBM (max 98)	Pearson Correlation	1	.055
	Sig. (2-tailed)		.609
	N	90	89

Všechny vztahy vyšly statisticky nevýznamné na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$ . Výsledky korelace nám ukazují, že vztah mezi délkou celkové praxe v oboru a skórem syndromu vyhoření je slabý. Dosahuje hodnoty  $r = -0,049$ .

Při rozdělení do jednotlivých profesních kategorií dosahuje tento vztah u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti hodnoty  $r = -0,089$  a u kategorie IT pracovníci  $r = 0,055$ .

*Zamítám hypotézu H4 o tom, že existuje vztah mezi délkou celkové praxe a skórem syndromu vyhoření. Mezi proměnnými neexistuje žádná závislost, a to ani při rozdělení do profesních kategorií.*

**H5: Existuje rozdíl ve skóru syndromu vyhoření mezi skupinou pracovníků, kteří setrvali na stejné pracovní pozici a skupinou těch, kteří ji minimálně jednou změnili.**

Nové podněty obecně chrání před nudou a stereotypií. Pokud jedinec dlouhou dobu vykonává stále to samé, nikam se neposouvá, může upadnout do nezájmu a nespokojenosti. Z literatury již víme, že nespokojenost má velmi blízko k syndromu vyhoření. Předpokládám tudíž, že jedinci, kteří po celou dobu své pracovní kariéry ani jednou nezměnili svou pracovní pozici, budou mít větší tendenci k syndromu vyhoření než ti, kteří ji alespoň jednou vyměnili. Pro porovnání těchto dvou profesních kategorií jsem využila T-testu pro nezávislé výběry.

**Tabulka 23 Celkové průměry skóru syndromu vyhoření u obou profesních skupin**

	setrvani_pozice	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SMBM (max 98)	nemenili_pozici	60	39.00	13.869	1.790
	zmenili_pozici	130	40.54	13.859	1.216

**Tabulka 24 T- test pro dva nezávislé výběry**

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SMBM (max 98)	Equal variances assumed	1.075	.301	-.711	188	.478	-1.538	2.164	-5.806	2.729
	Equal variances not assumed			-.711	114.771	.479	-1.538	2.164	-5.825	2.748

Výsledky T-testu nám ukázaly, že neexistuje statisticky významný rozdíl na hladině významnosti  $\alpha = 0,05$  mezi kategorií psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti a kategorií IT pracovníci ve výsledném skóru vyhoření.

*Zamítám hypotézu H5 o tom, že existuje rozdíl ve skóru syndromu vyhoření mezi skupinou pracovníků, kteří setrvali na stejné pozici, a skupinou těch, kteří ji minimálně jednou změnili.*

**H6: Osoby s vyšší úrovní životní angažovanosti jsou méně ohroženy rizikem syndromu vyhoření než osoby s nízkou úrovní životní angažovanosti.**

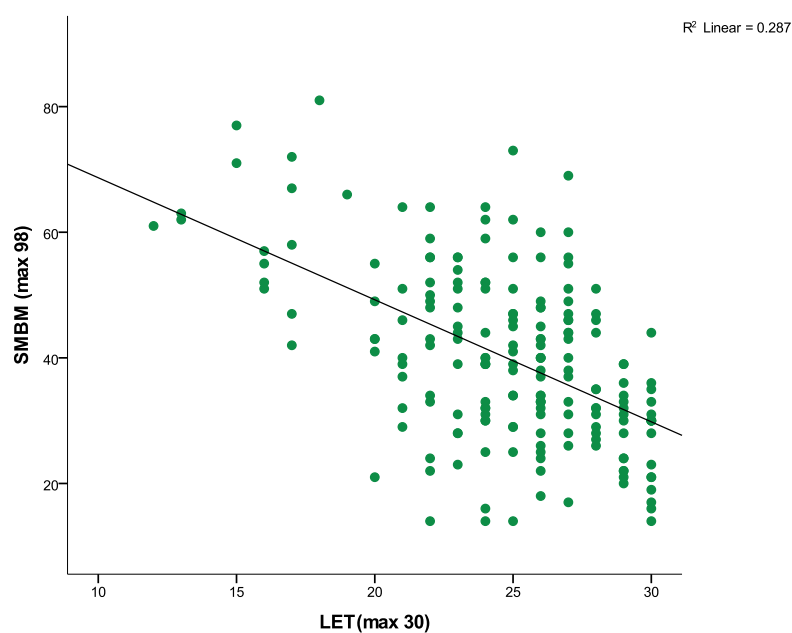
Syndrom vyhoření velmi silně souvisí s nespokojeností. Tato nespokojenost se často dostavuje při nedostatečně pocíťovaném smyslu ze své činnosti. Jedinci, kteří nevnímají svůj život jako hodnotný, smysluplný a mají pocit, že nikam nevede, jsou více ohroženi symptomy vyhoření. Tento vztah se pokusím ověřit i u svého výzkumného vzorku. Jelikož ověřuji vztah mezi dvěma subjekty, testuji tuto hypotézu pomocí korelace.

**Tabulka 25 Výsledky celkové korelace pro obě profesní skupiny**

		LET(max 30)	SMBM (max 98)
LET(max 30)	Pearson Correlation	1	-.535**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	190	190

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Graf 14 Bodový graf korelace pro obě profesní skupiny**



**Tabulka 26 Výsledky korelace pro kategorii psychologové/ psychiatři/ psychoterapeutové**

		LET(max 30)	SMBM (max 98)
LET(max 30)	Pearson Correlation	1	-.434**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	100	100

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Tabulka 27 Výsledky korelace pro kategorii IT pracovníci**

		LET(max 30)	SMBM (max 98)
LET(max 30)	Pearson Correlation	1	-.603**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	90	90

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Všechny vztahy vyšly statisticky významné na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . Výsledky korelace nám ukazují, že vztah mezi skórem životní angažovanosti a skórem syndromu vyhoření je silný. Dosahuje hodnoty  $r = -0,535$ .

Při rozdělení do jednotlivých profesních kategorií dosahuje tento vztah u kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti hodnoty  $r = -0,434$  a u kategorie IT pracovníci  $r = -0,603$ .

*Přijímám hypotézu H6 o tom, že osoby s vyšší úrovní životní angažovanosti jsou méně ohroženy rizikem syndromu vyhoření než osoby s nízkou úrovní životní angažovanosti. Míra závislosti vyjádřená korelačním koeficientem činí  $r = -0,535$ , což znamená, že čím vyšší skóre úrovně životní angažovanosti, tím menší skóre syndromu vyhoření a opačně.*

**H7: Existuje rozdíl ve výsledném skóru vyhoření mezi skupinami respondentů s hostilní a afilantní charakteristikou osobnosti.**

Na této hypotéze chci ověřit, zda i na mém výzkumném vzorku platí skutečnost, že jedinci s afilantní charakteristikou osobnosti dokáží lépe čerpat výhody ze sociální opory, což je činí odolnější vůči všem negativním vlivům z vnějšího prostředí. Předpokládám tedy, že afilantní respondenti z mého vzorku vykazují nižší skóre syndromu vyhoření než jedinci s hostilní charakteristikou osobnosti. Pro porovnání těchto dvou profesních kategorií jsem využila T-testu pro nezávislé výběry.

**Tabulka 28 Celkové průměry skóru syndromu vyhoření u afilantních a hostilních respondentů z obou profesních skupin**

ICL		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
SMBM (max 98)	hostilita	48	50.13	10.795	1.558
	afiliace	133	36.24	12.649	1.097

**Tabulka 29 T- test pro dva nezávislé výběry**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
SMBM (max 98)	Equal variances assumed	2.432	.121	6.765	179	.000	13.884	2.052	9.834	17.934
	Equal variances not assumed			7.287	96.662	.000	13.884	1.905	10.102	17.666

Výsledky T-testu nám ukazují statisticky významný rozdíl na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  mezi kategorií psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti a kategorií IT pracovníci ve výsledném skóru vyhoření.

*Přijímám hypotézu H7 o tom, že existuje statisticky významný rozdíl mezi skupinou afiliantních a hostilních respondentů ve výsledném skóru vyhoření. Respondenti s afiliantní charakteristikou osobnosti skórují méně v syndromu vyhoření.*

## 5. Diskuze

V rámci diplomové práce jsem uskutečnila výzkum, který měl za cíl přezkoumat a lépe poznat intrapsychické a interpersonální souvislosti syndromu vyhoření. Pro ověření či vyvrácení této základní hypotézy, jsem použila sociodemografické údaje účastníků mého výzkumu - informaci o věku, velikosti bydliště, délce celkové praxe, profesní kategorii, délce působení na současné pozici a nakonec údaj o tom, zda po celou dobu své kariéry působí na jedné pracovní pozici, nebo ji alespoň jednou změnili. Dále jsem měla k dispozici výsledky z Dotazníku interpersonální diagnózy (ICL), Shirom-Melamedovy škály (SMBM) a dotazníku Life Engagement Test (LET), čímž jsem získala další data - interpersonální charakteristiku osobnosti, skór syndromu vyhoření a skór úrovně angažovanosti v životě.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 190 respondentů. Účastníci výzkumu jsou zastoupeni pracujícími lidmi z dvou profesních kategorií, a to na jedné straně z psychologů/ psychiatrů/ psychoterapeutů a na druhé z IT pracovníků. Z první kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti jsem získala 100 respondentů a z kategorie IT pracovníci 90 respondentů. Výzkumný vzorek tvoří jedinci od 22 - 66 let, přičemž věkový průměr dosahuje 38 let. Z hlediska pohlaví převažují muži, a to s 62 %. Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání převažuje VŠ, a to s 80,5 %. Průměrná celková praxe v oboru dosahuje 13 let, přičemž aktuální pozici zastávají tito respondenti průměrně 7 let. 68 % respondentů minimálně jednou za celou dobu své kariéry změnili své pracovní místo.

Součástí výzkumné části diplomové práce bylo stanovení výzkumných hypotéz odpovídajících záměrům práce. Tyto hypotézy jsem následně ověřovala. Nyní se pokusím shrnout výsledky statistické analýzy a konfrontovat je s informacemi z teorie o syndromu vyhoření a ostatními výzkumy.

V první **hypotéze H1** jsem se snažila zjistit, zda existuje vztah mezi skórem syndromu vyhoření a velikostí místa bydliště jedince. Tento vztah jsem zkoumala pomocí korelace, přičemž jsem nezískala statisticky významné výsledky a tuto hypotézu H1 jsem **zamítla**.

Tento vztah jsem předpokládala především na základě teoretických poznatků, kdy se v mnohé literatuře můžeme dočíst o významném vlivu menších sociálních skupin na život jedince, o jejich protektivním vlivu díky sociální opoře, kterou poskytují, protože díky nim jedinec vnímá více pocit tzv. sociálního přináležení (Kebza, 2005; Paulík, 2010; Vosečková & Hrstka, 2010; Vymětal, 2003). V menších sociálních skupinách se lidé více znají, probíhá mezi nimi častější interakce a tyto skupiny jsou ideální i z hlediska dodržování norem (Lovaš, 2008).



Tímto tématem se například zabývá J. Scheffer (2001) - psychiatr, psychoterapeut a forenzní psycholog, který upozorňuje na rizikový vliv odcizení, anonymity, kriminality, poklesu religiozity, zneužívání drog, bezdomovectví, individualismu apod., který se stále více rozmáhá ve městech.

S tím souvisí i nižší kriminalita na vesnici než ve městech, čímž se zabýval např. H. Haukanes (2004). Ten ve svém díle pojednává o odlišné kvalitě sociálních interakcí ve městech, přičemž je popisuje jako do jisté míry nestabilní, což velmi často vede ke kriminalitě. Naopak na vesnici žije menší počet obyvatel a je tu možná vzájemná obeznámenost jeho občanů. Také podle K. Nešpora (2000) vede k nestabilitě vztahů velký počet obyvatelstva ve městech.

Nestabilita vztahů vede k nízké sociální opoře jedince a ten je rázem mnohem náchylnější k rozvoji syndromu vyhoření. Na mém výzkumném vzorku byla však hypotéza H1 zamítnuta. Příčinou nízkého vztahu mezi syndromem vyhoření a velikostí místa bydliště může být fakt, že i jedinci z měst a velkoměst mohou mít pevné a kvalitní sociální zázemí. Nemusí záležet ani tak na velikosti místa, kde jedinec žije, jako na jeho schopnosti vytvářet sociální kontakty a udržet si je, na jeho ochotě věnovat svému sociálnímu okolí svůj čas a prostředky. Domnívám se však, že pro jedince s minimálním sociálním zázemím bude všeobecně méně rizikové žít na vesnici, jak z hlediska kriminality, tak pocitům osamění, tak syndromu vyhoření.

V druhé **hypotéze H2** jsem se snažila zjistit, zda profesionálové pracující s lidmi (psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti) jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření než IT pracovníci. Hypotézu jsem zkoumala pomocí T-testu pro dva nezávislé soubory. Zjistila jsem, že mezi oběma skupinami je skutečně **statisticky významný rozdíl** ve výsledném skóru vyhoření, avšak obráceně než jsem očekávala. IT pracovníci z mého výzkumného vzorku vykazují průměrně vyšší hladinu skóru syndromu vyhoření než respondenti z kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti.

V mnohé literatuře se uvádí, že profesionální práce s lidmi a častý styk s lidmi obecně je vysoce rizikový při vzniku syndromu vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003; Křivohlavý, 2012; Maroon, 2012). Na častější výskyt syndromu vyhoření v pomáhajících profesích než v jiných zaměstnáních poukazují i autoři J. Edelwich a A. Brodsky (1980) a P. Rupert a J. Kent (2007). M. Templeton a J. Satcher (2007) dokládají, že práce v pomáhajících profesích vykazuje charakteristiky, které činí příslušníky těchto zaměstnání zranitelnějšími. Tento fakt dokládají mnohé výzkumy, např. G. M. Ackerové (2012), která potvrdila zvýšený výskyt stresu,

emočního vyčerpání a úmyslu opustit své zaměstnání u pracovníků, kteří se věnují klientům s těžkým duševním onemocněním.

U mého výzkumného vzorku však jedinci z pomáhajících profesí vyšli obecně méně vyhořelí, než IT pracovníci, kteří se s lidmi tak často nestýkají a jejich náplň práce je zcela odlišná. Domnívám se, že zde hraje roli několik skutečností.

V první řadě nemám u svého výzkumného vzorku rozlišeno, zda mají fixní plat a jsou placeni za to, že jsou „pouze“ k dispozici, nebo jsou placeni úkolově, tudíž podle toho, kolik vykonají „operací“ za určitou časovou jednotku. Pokud patří jedinec do druhé skupiny, musí jít více za výkonem, aby se tzv. uživil, což potencuje vznik syndromu vyhoření. Pomocí emailu jsem často kontaktovala nezávislé IT specialisty, jejichž výše platu právě závisí na počtu splněných zakázek. Také je rozdíl zda IT pracovník působí v komerčním sektoru, kde je obecně větší tlak na zaměstnance, nebo např. spravuje síť pro určitou školu, úřad. Je možné, že v mém výzkumném vzorku IT pracovníků nakonec převládli více zatížení jedinci.

Dále se ve svém výzkumu nezabývám pracovními podmínkami respondentů. Zde nalezneme několik rizikových faktorů. K rozvoji syndromu vyhoření napomáhá příliš strohý pracovní režim, příliš přísná pravidla a sankce za jejich nedodržování, nedostatek autonomie, diktátorský přístup nadřízeného, prostředí manipulace a nepřátelského kolektivu, nemožnost dále se profesně rozvíjet, složitost pracovních postupů a byrokracie. Pokud se tyto faktory vyskytují v pracovních podmínkách jedince, rozvine se syndrom vyhoření v jakémkoliv zaměstnání.

Promítnout se sem mohla i ta skutečnost, že i IT pracovníci přicházejí do kontaktu s lidmi, přičemž někteří i velmi často. Jsou to zpravidla ti, kteří musí tzv. „chodit“ po lidech, dohadovat se s nimi nad zakázkami, udržovat jim počítače a spravovat síť. Díky těmto sociálním stykům mají poté větší pravděpodobnost k získání zakázek.

Možné také je, že jedinci z kategorie psychologové/ psychiatři/ psychoterapeuti jsou už teoreticky obeznámeni se syndromem vyhoření a dokáží si lépe kontrolovat využívání svých duševních a fyzických sil. Pravděpodobné je i to, že se stavy vyhaslosti zdráhají přiznat právě kvůli obecnému předpokladu, že oni jako profesionálové by si svůj psychický stav měli umět tzv. „ohlídat“.

Mé hypotézy dále směřovaly ke vztahu mezi věkem, celkové délky praxe jedince a jeho skórem syndromu vyhoření. V **hypotéze H3** zkoumám vztah mezi skórem syndromu vyhoření a věkem pracovníků. Hypotézu testuji pomocí korelace, přičemž vztah mezi věkem pracovníků a skórem syndromu vyhoření dosáhl nízké hodnoty a hypotéza byla **zamítnuta**. S tím souvisí i **hypotéza H4**, kde zkoumám vztah celkové délky působení v oboru a skórem

v syndromu vyhoření. Zde opět vyšel statisticky nevýznamný vztah a hypotéza byla **zamítnuta**.

Tyto zjištění byly pro mě překvapující, protože mnohé výzkumy i literatura dokládají opak. Např. podle Bělohlávka (1996) s postupujícím věkem jedincům ubývá jistá jiskra a energie, což se projevuje tím, že se obecně dává přednost mladším pracovníkům. Tento fakt potvrzuje i výzkum K. Stanetičové a G. Tešanovičové (2013), které prokázaly u pracujících lidí významný vliv věku a počtu odsloužených let na úroveň stresu a syndromu vyhoření. U starších pracovníků, kteří dosahují delšího počtu let působení v oboru, se vyskytuje větší míra stresu a náchylnosti k rozvoji syndromu vyhoření. K podobnému výsledku došel i výzkum I. Parfenova (2012), který se zabýval vyhořením lékařů ve středním a starším věku.

U **hypotézy H5** ověřuji na mém výzkumném vzorku informace z literatury o tom, že nové podněty v pracovní oblasti jedince zabraňují rutině a monotónnosti, která by vedla k nuditě a pocitům nespokojenosti, a to celé k syndromu vyhoření (Křivohlavý, 2012). Pokud v zaměstnání jedince panuje nejasný profesní řád a jeho kvalifikace nejsou využity, podporuje tento fakt vznik syndromu vyhoření (Stock, 2010). Posloupnost nudy, ztráty motivace a vyhoření dokládá i výzkum D. M. Campagneho (2012), který klade důraz na další profesní vzdělávání. A. Lazarus (2011) také poukazuje na výskyt nudy v zaměstnání, pokud nedochází k dostatečné stimulaci v podobě příležitostí pro osobní růst a další vývoj nebo povýšení.

Snažím se tedy ověřit, zda respondenti z mého výzkumného vzorku, kteří nikdy za celou dobu své pracovní kariéry nezměnili své pracovní místo, budou skórovat v syndromu vyhoření obecně více než ti, kteří svou pracovní pozici alespoň jednou změnili. Hypotézu jsem ověřovala pomocí T-testu, přičemž mi nevyšel statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami a tato hypotéza byla **zamítnuta**.

Tento fakt si vysvětluji tím, že jedinci, kteří dlouhá léta pracují ve stejné organizaci, na stejném pracovním místě, si na ní už natolik zvykli, že již dokáží lépe odolávat stresu v tomto pracovním prostředí, mnoho věcí je již nevyvede z míry, a to je pro ně prioritou. Spíše než pocity nudy by je zatěžovala nejistota z nových věcí a nepředvídatelných zdrojů stresu v novém zaměstnání. To, čeho se jim v jejich zaměstnání nedopřává, se již naučili kompenzovat v osobním životě. Dále pocity nespokojenosti může mírnit i skutečnost, že mnoho lidí je v této době bez práce a s tím souvisí finanční potíže. A obecně se lépe snášejí rutina v zaměstnání než existenciální nejistota kvůli ztrátě zaměstnání.

U **hypotézy H6** se snažím zjistit, zda u mého výzkumného vzorku existuje vztah mezi skórem úrovně životní angažovanosti a skórem syndromu vyhoření. Tento vztah zkoumám pomocí korelace.

Mnohé zdroje uvádí, že syndrom vyhoření je často důsledkem selhání při hledání smyslu života. Pokud člověk necítí naplnění ze své práce a života, je velmi pravděpodobné, že ho dříve či později zastihne syndrom vyhoření (Křivohlavý, 1994; Vosečková & Hrstka, 2010). Na tuto skutečnost poukazuje i Schreier et al. (2006), autor dotazníku Life Engagement Test. S následky syndromu vyhoření, jehož spouštěcím mechanismem byla tato existenciální prázdnota, se snaží pracovat existenciálně zaměřené psychoterapie, jako Dasainsanalýza a obzvláště Logoterapie. Léčbu syndromu vyhoření z existenciálního hlediska popisuje také A. Pinesová (2000).

Výsledky korelace ukázaly **statisticky významný vztah**, a to dokonce na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . Vztah mezi skórem úrovně životní angažovanosti a skórem syndromu vyhoření vyšel silný, a to i při rozdělení do jednotlivých profesních kategorií. Tato hypotéza byla **přijata**. Čím vyššího skóru životní angažovanosti jedinec dosahuje, tím menšího skóru syndromu vyhoření a opačně.

U poslední **hypotézy H7** se snažím zjistit, zda existuje vztah mezi interpersonální charakteristikou respondentů a skórem syndromu vyhoření. Tuto hypotézu ověřuji pomocí T-testu. Z literatury víme, že lidé mající tendence k soupeření, nepřátelství a hostilitě, jsou více náchylní k rozvoji syndromu vyhoření. Tento jedinec žije v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech, nemá dostatek sociálního zázemí, a tudíž potřebné sociální opory. Tento fakt uvádí mnoho autorů, např. Jeklová a Reitmayerová (2006), Křivohlavý (2012), Paulík (2010). Dále Vágnerová (2004) popisuje 5 osobnostních dimenzí, které podmiňují vznik a rozvoj syndromu vyhoření. Mezi ně řadí i dimenzi hostilita-láska.

Tuto teorii dokládá např. výzkum G. Keinana a S. Melameda (1987), kteří se zabývali vztahem určitých osobnostních rysů a syndromem vyhoření. Hostilní interpersonální charakteristika jedince mezi tyto rysy také patřila. Pozitivní vztah mezi syndromem vyhoření a kompetitivním chováním dokládá výzkum J. Wanba, Y. Huanga a G. Chena (2012), kteří zkoumali konkurenční boj studentů na univerzitách. Strategie založené na spolupráci vykazovaly negativní korelaci se syndromem vyhoření.

Výsledky T-testu nám ukázaly **statisticky významný rozdíl** mezi oběma skupinami, a to dokonce na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$ . Tudíž byla tato hypotéza **přijata**. Respondenti s afiliantní charakteristikou osobnosti skórovali méně v syndromu vyhoření.

Nyní bych se podívala na omezení, kterých jsem si ve svém výzkumu vědoma. První bych se zastavila u výběru výzkumného vzorku. Ten by měl být náhodný, aby se zaručilo rovnoměrné rozložení vzorku s parametry populace, což můj výzkumný soubor nesplňuje. Výzkumný soubor v této práci je záměrný, tudíž ovlivněn mými subjektivními hledisky a

dalšími faktory ovlivňující pořizované výběry. Bohužel metody náhodného výběru, kde by byli respondenti vybírání zcela náhodně a nezávisle na mém úsudku, nejsou možné kvůli obtížné dostupnosti potřebných údajů a vysokých finančních nákladů, které se většinou pojí s tímto druhem výběru.

Další profesní skupinu orientovanou na práci s lidmi definuji jako psychologové/psychiatři/psychoterapeuti a již nerozlišuji tyto jednotlivé podkategorie. Jsem si však vědoma, že se práce psychiatra velmi liší od pracovní náplně psychoterapeuta. Kategorii jsem takto definovala z toho důvodu, že jsem se obávala, kolik respondentů nakonec pro svůj výzkum získám. Měla jsem dokonce záložní plán, že tuto skupinu ještě rozšířím o sociální pracovníky, pokud nezískám dostatečný počet respondentů, k čemuž nakonec nemuselo dojít.

Ve výzkumném souboru také převažují muži, a to poměrem 117 : 73, tudíž rozložení není vyvážené. To je dáno bohužel povahou IT profese, kde jsem získala jen 3% žen.

Další problém může být ve vágnějším definování IT profese a pomáhajících profesí v průvodním emailu (viz. příloha 2), který jsem rozesílala potenciálně vhodným respondentům. Pro tento krok jsem se rozhodla opět proto, abych získala dostatečný počet respondentů.

Nevyvážené je i rozložení nejvyššího dosaženého vzdělání. Z 80 % převažuje vysokoškolské vzdělání. Tento fakt připisuji povaze šetření, tedy profesním kategoriím, které jsem do svého výzkumu vybrala.

V mém výzkumu také převažují jedinci s afiliantní interpersonální charakteristikou osobnosti. Předpokládám, že jedinci s hostilní orientací osobnosti moji žádost o vyplnění dotazníku apriory ignorovali, a tudíž tvoří ve výzkumném souboru jen cca 1/4.

Struktura mého výzkumného vzorku je tudíž ovlivněna i tím, proč byli někteří respondenti ochotní se mého výzkumu zúčastnit. Vedle uvedené afiliantní osobnostní charakteristiky to mohla být i již určitá zkušenost se syndromem vyhoření, což pak vyvolalo motivaci dotazník vyplnit. Napadá mě i zvýšená snaha o sebepoznání u respondenta, tudíž inklinace k introverzi a přemýšlení o sobě samém. Dále by roli mohla hrát i určitá nejistota a zvědavost, zda již také nejsem zasažen tímto syndromem. Tato skutečnost by mohla můj výzkumný vzorek také do určité míry zkreslit.

Další omezení vidím ve skutečnosti, že jedinci v dotaznících posuzovali sami sebe, což může vést k vědomému, ale i nevědomému zkreslení. Kvalita vyplněného dotazníku pak závisí na respondentově ochotě sdělit pravdu a na jeho úrovni introspekce. S tím souvisí i riziko sociální desirability, tudíž tendenci odpovídat podle sociální žádoucnosti.

Jak jsem se již zmiňovala výše, respondenti si obecně stěžovali na délku testování. Jeho vyplnění trvalo cca 30 min., což mohlo způsobit únavu a možná i tendenci mít už

vyplňování za sebou, tudíž menší kvalitu soustředění a pozornosti u položek na konci testování.

Protože se jednalo o elektronickou administraci metod, neměla jsem kontrolu nad samotným testováním, jako to bývá u verze tužka-papír. Nemohla jsem posoudit momentální psychický a fyzický stav respondenta, dále nebylo možné odpovědět na jeho možné otázky a podat mu instrukce k testování ústně, což bývá vhodnější. Také jsem přišla o cenné informace z pozorování respondenta během testování.

Jako silné stránky mého výzkumu vnímám vysoký počet respondentů, široký věkový rozptyl od 22 - 66 let, což pojímá drtivou část produktivních a pracovních let člověka, a dále vysoký počet hypotéz, na kterých zkoumám syndrom vyhoření z mnoha úhlů pohledu.

Domnívám se, že by se na empirickou část této diplomové práce dalo navázat dalšími výzkumy. Za prvé zmonitorovat podmínky na pracovišti respondenta. Jak se již zmiňuji dříve, tento faktor hraje velmi významnou roli u vzniku syndromu vyhoření, avšak v mém výzkumu mu není již věnován prostor. Dále bych se snažila zjistit u respondentů další proměnné, které se na vzniku syndromu vyhoření podílejí, a to: jaké si na sebe kladou nároky, míru jejich pečlivosti a úzkostnosti, zda nespadají pod kategorii tzv. workoholiků, míru a kvalitu jejich relaxačních aktivit, výskyt chronické nemoci, míru jejich asertivity apod. Zajímavé by také bylo otestovat stejným způsobem další profesní kategorii a navzájem porovnat výsledky s již testovanými IT pracovníky a psychology/ psychiatry/ psychoterapeuty.

## 6. Doporučení pro praxi z hlediska prevence

Při rozvoji syndromu vyhoření hraje velkou roli organizace práce, materiální podmínky, sociální okolí v práci a motivování pracovníka. Pracovní prostředí jedince by mělo optimálně působit na lidské smysly, jednání, myšlení a city člověka. Pokud jsou pracovní podmínky příznivé, vytvářejí půdu pro vysokou produktivitu práce a osobnostní rozvoj. Aby se toto prostředí vytvořilo, je nezbytné, aby se zohledňovaly potřeby pracovníků a účinky tohoto prostředí na jejich práci (Štikar, Rymeš, Riegel, & Hoskovec, 2003).

Pozornost by měla být věnována prostorovému řešení pracoviště, klimatu (teplotě vzduchu, vlhkosti apod.), kvalitě osvětlení a barevnému uspořádání pracoviště. Mezi rizikové faktory patří hluk, vibrace, záření, prach a chemické škodliviny v blízkosti jedince. Nejenže jsou tyto vlivy vnímány jedincem jako obtěžující, nepříjemné, ale mohou i objektivně poškodit zdraví člověka. V neposlední řadě sem patří jednotvárnost prováděné činnosti a změny cyklu spánek-bdění vlivem narušeného biorytmu. Vlivem zmíněných vlivů může docházet k bolestem hlavy, poškození sluchu, změnám emocí, poškození zraku, nehodám a úrazům, únavě, ztrátě zájmu o činnost apod. (Štikar, Rymeš, Riegel, & Hoskovec, 2003).

Zaměstnancům by se měly zajistit takové podmínky, aby mohli co nejlépe pracovat a aby se také zabránilo všemu, co by jejich úsilí mohlo mařit a tlumit jejich nadšení (Křivohlavý, 2012). Prvním krokem k prevenci syndromu vyhoření by tedy měla být eliminace těchto škodlivých podmínek.

Aby se zabránilo monotónnosti prováděné práce, využívá stále více firem tzv. job enrichment („obohacení práce“), což znamená zpestření jednotvárné práce, umožnění vyšší míry společenského soužití, začlenění humoru a veselí do jinak monotónní práce. Týká se to např. pracovních porad, jejich náplně a průběhu, různých podob firemního školení apod. Jako riziková se jeví i situace, kdy jedinec provádí jen dílčí práci a nevidí konečný výsledek práce - tento rozdíl vidíme u ševce, který ušije celé boty, a dělníkem u pásu, který vyrábí bez přestání neustále dokola jen např. podpatky (Křivohlavý, 2012).

Dalším vysoce důležitým faktorem jsou osobní vztahy na pracovišti. O významném vlivu sociální opory na odolnost jedince již bylo pojednáno v teoretické části této práce. Ráda bych však připomněla, že kladné vztahy v sociálních skupinách usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky (Paulík, 2010). Nedostatek vzájemné podpory a soudržnosti mezi spolupracovníky vede k pocitu ohrožení a vyvolává stresovou reakci (Stock, 2010). Pokud jedinec necítí na svém pracovišti podporu, o to více je důležitá jeho sociální opora mimo pracovní prostředí - u své rodiny a přátel. Bohužel se v této době čím dál víc prosazuje

individualismus a trend tzv. singles, ale právě jedinci trpící syndromem vyhoření patří k těm, kteří své sociální vztahy již delší dobu nepěstují (Stock, 2010). Pokud jsou jedincovy vztahy nevyvážené, jednostranné či konfliktní, pak není jedinec ve svém životně pevně ukotven, nedostává se mu opory, a tím mu hrozí vysoké riziko syndromu vyhoření.

Dalším důležitým faktorem v pracovním prostředí je rozvržení pracovní doby. Podle Kociánové (2010) určuje hlavní charakteristiku pracovní doby její pevnost oproti pružnosti. Nízká autonomie práce spojená s pevnou neupravitelnou pracovní dobou může vést ke ztrátě zájmu a radosti z vykonávané práce. Mezi protektivní formy pracovních režimů patří pružná pracovní doba, možnost práce z domova, snížení počtu pracovních hodin během určitého období apod. Tyto opatření pomáhají zmírňovat přetěžování pracovníků, jejich fluktuaci, absence a celkově rizika vzniku syndromu vyhoření (Armstrong, 2007).

Pro celkovou spokojenost pracovníka je dále důležitá finanční odměna a uznání od svých spolupracovníků, nadřízených, ale i celkově od společnosti. To bývá obecně problém u pomáhajících profesí. Pracovník by si měl položit následující otázky: *Dostávám plat v rozumném poměru ke svým potřebám a k platu, který bych dostal jinde? Dostane se mi za můj výkon uznání od nadřízených a jiných lidí? Hodnotí se pravidelně výkon zaměstnanců? Mám dostatečně zařízenou kancelář? Mám možnost povýšení? Kolik času můžu strávit příjemnou prací s příjemnými lidmi apod.?* Na základě odpovědí na tyto otázky si lze stanovit následující cíle:

- rozumně a věcně vyjednávat s vedením o více peněz;
- získat uznání tím, že se pracovník sám nabídne, že převezme více odpovědnosti, a zdůrazní tím ochotu přispět k dobru klientů i instituce;
- vyjednat si s nadřízenými vhodnější úkoly, novou roli pro sebe, jiné rozdělení úkolů (Maroon, 2012).

Uznání a pochvala se však jeví jako trvalejší hodnota než odměna finanční - ta je shora omezená a toto navýšení peněz vnímá časem jedinec jako něco samozřejmého. Pochvala od druhých funguje však jako forma sociálního ocenění, které přispívá k pocitu smysluplnosti z vykonávané činnosti, což působí jako účinný protektivní faktor syndromu vyhoření (Paulík, 2010). Ukazuje se, že míra spokojenosti s prací je z velké části přímo úměrná uznání, které se jedinci dostává (Křivohlavý, 2012).

Zaměstnání jedince by mělo také umožňovat rozvíjet a zdokonalovat jeho dovednosti, schopnosti a nabídnout mu postup v pracovním žebříčku. Pokud se tak nestane, brzy se dostaví nespokojenost (Stock, 2010). Nové možnosti v kariéře by však neměly být spojovány



jen s vertikálním kariérním postupem. Pracovní postup je nutné stanovovat reálně vzhledem k jednotlivci, jeho biologickému i sociálnímu vývoji (Štikar, Rymeš, Riegel, & Hoskovec, 2003).

Nesmí ovšem dojít k přetížení, které má za následek vyčerpání, a to je hlavním zdrojem vyhoření. Pokud tato situace nastane, musí jedinec zhodnotit, jaké prvky jsou u něho problematické, např.: přílišná dostupnost, příliš intenzivní kontakty, časový tlak apod. Poté je dobré vytvořit si strategii, jak si se situací poradit. Jedinec se může pokusit zajistit si nerušenou pracovní dobu, vyměnit si některé úkoly s kolegy, zlepšit svůj časový management, probrat situaci se svým nadřízeným apod. (Maroon, 2012).

Pro úspěšné zvládnání pracovní zátěže je důležitým faktorem způsob řízení, vedení. Je důležité, aby vnější kontrola byla přiměřená a jedinec měl i dostatečnou míru autonomie (Paulík, 2010). Vztah pracovníka se zhorší ve chvíli, kdy nastanou problémy s autoritou a zmenší se jeho vliv nad situací, nad tím, co se děje na pracovišti. Zaměstnanec potřebuje pocítit, že se mu dostává důležitých informací od nadřízených, že se podílí na rozhodování o věcech, které se ho přímo týkají, že může uplatnit svůj vlastní názor apod. (Maroon, 2012).

Mezi moderující faktory syndromu vyhoření patří i složité pracovní postupy, které vyžadují fádní a nekreativní práci, a byrokracie (Jeklová & Reitmayerová, 2006). Například ve zdravotnictví se ukázalo, že vysoké procento času lékaře je věnováno právě tzv. papírování. Této administrativní únavě by se však mělo zabránit (Křivohlavý, 2012).

V neposlední řadě by měl jedinec usilovat o to, aby pracovní podmínky v zaměstnání byly srozumitelné, jasné a pro něho přijatelné. Pracovník by si měl s nadřízeným ujasnit své pracovní povinnosti a poté si hlídat vlastní hranice - stanovit si pracovní závazky tak, aby je byl schopen zvládnout a obhájit si je (Jeklová & Reitmayerová, 2006). Ukázalo se, že čím přesněji a úplněji je toto stanoveno a čím více panuje shoda mezi pracovníkem a vedením, tím větší je naděje, že ke stresům a jevům typu vyhaslosti nebude docházet (Křivohlavý, 2012).

Perspektivní pracovníci by se také měli dozvědět, co to stres a burnout je, jak tento proces startuje, čím je ovlivňován, jaké jsou jeho příznaky apod. Měli by se seznámit s tím, co je možno proti těmto stavům dělat a jak jim předcházet. Měli by vědět, jak podporovat a rozvíjet struktury sociální opory v rámci firmy, jak vést sociální komunikaci, aby vedla k evalvací místo devalvací, umět se orientovat v mezilidských vztazích, chápat jejich vliv apod. (Křivohlavý, 2012).

Pracovníkům, obzvláště v pomáhajících profesích, by měla být nabídnuta i možnost supervize. Jde o systematickou pomoc při řešení profesionálních problémů v neohrožující

atmosféře, která pomůže jedinci pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému (Jeklová & Reitmayerová, 2006).

Prevence se však neodehrává jen na úrovni organizace, ale i každý jedinec může pro sebe využívat ochranné strategie tak, aby lépe čelil stresu, nespokojenosti a syndromu vyhoření.

Jedním z prvních kroků je vrátit životu rovnováhu, znát a brát v úvahu svá omezení (Rush, 2003). Je důležité stanovit si reálná kritéria - jedním ze spouštěcích mechanismů vyhoření v pomáhajících profesích bývá neměřitelnost úspěchu a také snaha „zachránit svět“. Střízlivé cíle napomohou k zachování kontroly (Maroon, 2012). Jedinec by měl zvážit, jak jsou jeho cíle definované. Není dobré, pokud jsou mocenské (pro užití až zneužití moci), rozporuplné, násilně dodávané člověku z jeho okolí, kolidující s jinými již stanovenými cíli, jsou příliš abstraktní nebo pokud se jedná o snahy vyznačující se touhou od něčeho se distancovat. Platí, že čím vyšší roztržičnost našich snah, tím více člověku není dobře (Křivohlavý, 2012).

S tím se pojí i správný pohled na práci - necítit se provinile, pokud si jdeme odpočinout nebo se pobavit. Mnozí podnikatelé mají pocit, že si nemohou dovolit vzít volno z práce, avšak tyto lidé si nebudou moci udržet životní rovnováhu a předejít vyhoření, pokud svůj postoj nezmění (Rush, 2003). Každodenní zátěž by se měla cíleně vyvažovat. Po námaze má následovat období odpočinku, kdy se můžeme věnovat svým zálibám a zažíváme pocity uspokojení - jde tedy o nezbytné emocionální a duševní odreagování (Stock, 2010).

K navrácení ztracené rovnováhy by mohla pomoci informace o pravidlu 80 / 20. Toto pravidlo říká, že 80 % našeho úspěchu vychází z 20 % naší aktivity a zbylých 80 % naší aktivity přináší zbývajících 20 %. Toto pravidlo se vztahuje na všechny životní oblasti. Abychom tedy ve svém životě udrželi rovnováhu, musíme se zaměřit na redukci nebo vyloučení těch činností, které zabírají spoustu času, ale přinášejí jen malé procento z celkových výsledků (Rush, 2003).

Mnoho lidí ovšem odmítá navzdory trvalým nezdarům zmírnit své nesmyslně vysoké požadavky. Člověk, který se dlouhodobě snaží dosáhnout něčeho, co zcela přesahuje jeho síly a čemu nepřejí ani momentální okolnosti, na sebe klade přehnané nároky a je více náchylný k rozvoji vyhaslosti. Je tedy nezbytné vrátit se nohama zpět na zem (Stock, 2010).

S tím souvisí pravidelné přehodnocování cílů a priorit. Jedinec by se měl v dostatečném předstihu zastavit a ověřit si svou životní rovnováhu. Svět kolem nás se mění a i lidé se dostávají do různých životních etap. Není možné, aby se změnil svět okolo člověka,

ale ne jeho priority (Rush, 2003). Určováním priorit získáváme opět kontrolu nad současnou situací (Stock, 2010).

Jak jsem se již několikrát zmiňovala, syndrom vyhoření je důsledkem chronického stresu (Kebza & Šolcová, 2003). Je proto nanejvýš vhodné, seznámit se s postupy a strategiemi, které nám pomohou s ním účinně bojovat. Šnýdrová (2006) v tomto směru doporučuje: naučit se relaxovat, nepřenášet pracovní problémy do osobního života, pravidelně se věnovat sportu, dbát o své zdraví a věnovat pozornost tomu, jak se stravujeme, zda máme dostatek kvalitního spánku a nepřehlížet somatické obtíže, které mají často zdroj v psychice apod.

Pokud tyto snahy selžou a u jedince se již vyskytují všechny symptomy syndromu vyhoření, je namístě psychoterapeutická léčba, a to zejména existenciální psychoterapie, která se zaměřuje na vnitřní svět prožitků a umožňuje klientům vyrovnat se s otázkami podstaty lidské existence, svobody, odpovědnosti člověka a smyslu života. K existenciální psychoterapii patří další dvě evropské školy, a to daseinsanalýza a logoterapie. Daseinsanalýza navazuje na filozofické dílo M. Heideggera. Jejím cílem je pomoci nalézt klientovi cestu k pochopení své existence a pomoci mu ji co nejlépe a nejodpovědněji realizovat (Kebza, 2005). Prostředkem je vztah k pacientovi a ráz „komunikace jedné existence s druhou“. Pacient nesmí být léčen jako pouhý objekt. Základní význam se přikládá terapeutickému vztahu, v němž je rozhodující vnitřní zkušenost. Klient má pochopit své vlastní možnosti a jednat na jejich základě. Výsledkem má být stav, kdy je jedinec sám sebou (Kratochvíl, 1998).

Další škola, která se utvořila v návaznosti na existenciální východiska, je logoterapie. Autorem je vídeňský neurolog a psychiatr Viktor Emanuel Frankl. Na rozdíl od daseinsanalýzy je jeho způsob podání přístupnější a přitažlivější (Kratochvíl, 1998). Logoterapie usiluje o to, aby přispěla klientovi v jeho úsilí nalézt vlastní životní smysl, který koresponduje s jeho životem a osobností. Pomáhá najít pacientovi východisko z jeho existenciální frustrace a chce mu pomoci najít si svůj vlastní smysl života a ne podle představ terapeuta. Za hlavní terapeutický prostředek se považuje objevování a naplňování nových hodnot (Kebza, 2005).

## Závěr

V první části předkládané práce jsem zpracovala teoretická východiska týkající se teoretických přístupů k syndromu vyhoření. Tyto poznatky jsem následně propojila do poslední kapitoly teoretické části, a to moderujících faktorů syndromu vyhoření. Na základě těchto informací jsem dále postupovala ve výzkumné části.

Cíl práce spočíval ve srovnání distribuce rizik syndromu vyhoření a souvisejících osobnostních a sociálních proměnných u profesních skupin orientovaných na profesionální práci s lidmi (psychiatři, psychologové, psychoterapeuti) a u profesních skupin orientovaných jinak (IT pracovníci). Na základě těchto cílů jsem stanovila 7 hypotéz, z nichž bylo 5 zamítnuto a 2 potvrzeny.

První hypotéza byla zaměřena na vztah mezi skórem syndromu vyhoření a velikostí místa bydliště. Tato hypotéza byla zamítnuta. Druhá hypotéza vycházela z předpokladu, že profesionálové pracující s lidmi (psychologové, psychiatři, psychoterapeuti) jsou více ohroženi rizikem syndromu vyhoření. Výsledky však ukázaly, že IT pracovníci skórují signifikantně významněji v syndromu vyhoření a hypotéza byla zamítnuta. V hypotéze H3 zkoumám vztah mezi skórem syndromu vyhoření a věkem pracovníků. Výsledky korelace však vyšly slabé a hypotéza byla zamítnuta. S tím souvisela i další hypotéza H4, která byla zaměřena na vztah celkové délky působení v oboru a skórem syndromu vyhoření. Zde opět vyšel statisticky nevýznamný vztah a hypotéza byla zamítnuta. Hypotéza H5 zjišťovala, zda existuje rozdíl ve skóru syndromu vyhoření mezi skupinou pracovníků, kteří setrvali na stejné pracovní pozici a skupinou těch, kteří ji minimálně jednou změnili. Zde opět nevyšel statisticky významný rozdíl a hypotéza byla zamítnuta.

Zajímavý výsledek vyšel u hypotézy H6 a H7, které byly přijaty na hladině významnosti  $\alpha = 0,01$  a potvrdily informace, které se hojně vyskytují v literatuře. Hypotéza H6 potvrdila skutečnost, že čím více je jedinec zasažen syndromem vyhoření, tím dosahuje menšího skóru v úrovni angažovanosti v životě. Hypotéza H7 zase potvrdila vztah mezi hostilní interpersonální charakteristikou osobnosti a syndromem vyhoření.

V kapitole Diskuze se poté zabývám hlouběji výsledky těchto hypotéz a porovnávám je s dalšími poznatky z literatury a výzkumů. Zde se také věnuji limitům a omezením mé práce. Na konci navrhuji další výzkumy, které by se mohly v souvislosti s mým výzkumem zrealizovat.

Jedna kapitola je také věnována doporučení pro praxi z hlediska prevence syndromu vyhoření.

## Seznam použité literatury

- Acker, G. M. (2012). Burnout among mental health care providers. *Journal of social work, 12* (5), 475-490.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armstrong, M. (2007). *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada.
- Baker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands- Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology, 22* (3), 309-328. doi: 10.1108/02683940710733115
- Baštecká, B., & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál.
- Bělohlávek, F. (1996). *Organizační chování*. Olomouc: Rubico.
- Campagne, D. M. (2012). When therapists run out of steam: Professional boredom or burnout? *Revista de Psicopatologia y Psicologia Clinica, 17* (1), 75-85.
- Csikszentmihalyi, M. (1996). *O štěstí a smyslu života*. Praha: Lidové noviny.
- Dinos, S., Khoshaba, B., Ashby, D., White, P. D., Nazroo, J., Wessely, S.,...Bhui, K. S. (2009). A systematic review of chronic fatigue, its syndromes and ethnicity: prevalence, severity, co-morbidity and coping. *International Journal Of Epidemiology, 38* (6), 1554-1570. doi: 10.1093/ije/dyp147
- Drapela, V. J. (1997). *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál.
- Dušek, K., & Večeřová- Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professionals*. New York: Human Science Press.
- Etzion, D. (1984). Moderating effect of social support on the stress-burnout relationship. *Journal of Applied Psychology, 69* (4), 615-622. doi: 10.1037/0021-9010.69.4.615
- Evengard, B., & Klimas, N. (2002). Chronic Fatigue Syndrome. *Drugs, 62* (17), 2433-2446. doi: 10.2165/00003495-200262170-00003

- Frankl, V. E. (1976). *Man's search for meaning*. New York: Pocket.
- Frankl, V. E. (1996). *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30 (1), 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- Gilbert, M. A. (2008). *The Physiological Response to Implicit and Explicit Fear Faces in Alexithymia*. (Electronic Thesis or Dissertation). Retrieved from: <http://d-scholarship.pitt.edu/8341/>
- Greene, G. (2007). *Vyhaslý případ*. Praha: Kalich.
- Haukanes, H. (2004). *Velká dramata – obyčejné životy : post-komunistické zkušenosti českého venkova*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of psychosomatic Research*, 11 (2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999
- Honzák, R. (2013). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál.
- Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (1998). Burnout syndrom: teoretická východiska, diagnostické a intervenční možnosti. *Československá psychologie*, 42 (5), 429-448.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2004). Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In H. Hnilicová (Ed.), *Kvalita života* (pp. 21-33). Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky.
- Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). Syndrom vyhoření: rekapitulace současného stavu poznání a perspektivy do budoucna. *Československá psychologie*, 52 (4), 351-365.

- Kebza, V., & Šolcová, I. (2010). Syndrom vyhoření, vybrané psychologické proměnné a rizikové faktory kardiovaskulárních onemocnění. *Československá psychologie*, 54 (1), 1-16.
- Keinan, G., & Melamed, S. (1987). Personality characteristics and proneness to burnout: A study among internists. *Stress Medicine*, 3 (4), 307-315.
- Kobasa, S. C., & Pucetti, M. S. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 45 (4), 839-850. doi: 10.1037/0022-3514.45.4.839
- Kociánová, R. (2010). *Personální činnosti a metody personální práce*. Praha: Grada.
- Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- Korczak, D., Hubert, B., & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome. *GMS Health Technology Assessment*, 6, 1-9. doi: 10.3205/hta000087
- Kratochvíl, S. (1998). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
- Kratochvíl, S. (2009). *Klinická hypnóza*. Praha: Grada.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3), 192-207. doi: 10.1080/02678370500297720
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (1994). *Mít pro co žít*. Praha: Návrat domů.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2001). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Křivohlavý, J. (2006). *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada.
- Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
- Längle, A. (2003). Burnout Existential Meaning and Possibilities of Prevention. *European Psychotherapy*, 4 (1), 129-143.
- Lazarus, A. (2011). How can psysicians break through job boredom? *The Journal od Medical Practice Management: MPM*, 26 (5), 286-288.

- Leary, T., LaForge, R. L., & Suczek, R. F. (1976). *Dotazník interpersonální diagnostiky- ICL*. Bratislava: Psychodiagnostica.
- Lovaš, L. (2008). Malé sociální skupiny. In J. Výrost, & I. Slaměník (Eds.), *Sociální psychologie* (pp. 321-336). Praha: Grada.
- Maddi, S. R. (1967). The existential neurosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 72 (4), 311-325. doi: 10.1037/h0020103
- Marcum, J. W., & Hatcher, J. M. (1994). Differentiating Between Burnout and Copout in Organizations. *National Productivity Review (Wiley)*, 14 (1), 130-130.
- Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál.
- Malach-Pines, A. (2005). The Burnout Measure, Short Version. *International Journal of Stress Management*, 12 (1), 78-88. doi: 10.1037/1072-5245.12.1.78
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-Hall.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *MBI: Maslach Burnout Inventory: Manual Research Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory. In C. P. Zalaquett, & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: a book of resources* (pp. 191-218). London: The scarecrow press.
- Mikšík, O. (2007). *Psychologická charakteristika osobnosti*. Praha: Karolinum.
- Minirth, F., Hawkins, D., Meier, P., & Flournoy, R. (2011). *Jak překonat vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- Nešpor, K. (2000). *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha : Portál.
- Novosad, L. (2000). *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál.
- Okamoto, L. E., Raj, S. R., Peltier, A., Gamboa, A., Shibao, C., Diedrich, A.,...Biagionni, I. (2012). Neurohumoral and haemodynamic profile in postural tachycardia and chronic fatigue syndromes. *Clinical Science* , 122, 183-192. doi:10.1042/CS20110200



- Parfenov, I. (2012). Clinical psychophysiological markers of maladaptive neuropsychic conditions in polyclinic doctors of old and middle age with professional burnout syndrome. *Advances In Gerontology*, 25 (3), 422-426.
- Peterson, Ch. (1991). Further Thoughts on Explanatory Style. *Psychological Inquiry*, 2 (1), 50-57. doi: 10.1207/s15327965pli0201\_14
- Paulík, K. (2010). *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
- Porter, G. (1996). Organizational Impact of Workaholism: Suggestions for Researching the Negative Outcomes of Excessive Work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1 (1), 70-84. doi: 10.1037/1076-8998.1.1.70
- Praško, J., Adamcová, K., Prašková, H., & Vyskočilová, J. (2006). *Chronická únava*. Praha: Portál.
- Procházka, R. (2009). Soudobé koncepce alexithymie. *E-psychologie*, 3, 34-45. Retrieved from <http://e-psycholog.eu/pdf/prochazka.pdf>
- Pilařová, I. (2004). *Základy psychologie práce a organizace pro policejní manažery*. Praha: Management Press.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Pines, A. (2000). Treating career burnout: a psychodynamic existential perspective. *Journal Of Clinical Psychology*, 56 (5), 633-642.
- Rosenman, R. H., & Friedman, M. (1977). Modifying type a behavior pattern. *Journal of Psychosomatic Research*, 21 (4), 323- 331.
- Ryff, C.D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69 (4), 719-727. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Rupert, P., & Kent, J. (2007). Gender and Work Setting Differences in Career-Sustaining Behaviors and Burnout Among Professionals Psychologists, *Professional- Psychology: Research and Practice*, 38, 88-96.
- Rush, M. D. (2003). *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů.

- Seeman, M. (1959). On the meaning of alienation. *American Sociological Association*, 24 (6), 783-791.
- Seligman, M. E. P. (2003). Positive Psychology: Fundamental Assumptions. *Psychologist*, 16 (3), 126-27.
- Selye, H. (1966). *Život a stres*. Bratislava: Obzor.
- Selye, H. (1984). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Scheffer, J. (2001). Keeping the city alive. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 11 (6), 491-494. doi: 10.1002/casp.649
- Shephard, R. J. (2001). Chronic Fatigue Syndrome. *Sports Medicine*, 31 (3), 167-194.
- Shirom, A., & Melamed, S. (2006). A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *International Journal of Stress Management*, 13 (2), 176-200. doi: 10.1037/1072-5245.13.2.176
- Schaufeli, W. B., Bakker, A., Schaap, C., Kladler, A., & Hoogduin, C. A. L. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Measure. *Psychology & Health*, 16, 565-582.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4 (3), 219-247. doi: 10.1037/0278-6133.4.3.219
- Scheier, M. F., Wrosch, C., Baum, A., Cohen, S., Martire, L. M., Matthews, K. A., ... Zdzienicka, B. (2006). The Life Engagement Test: Assessing Purpose in Life. *Journal of Behavioral Medicine*, 29 (3), 291- 297. doi: 10.1007/s10865-005-9044-1
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Stanetić, K., & Tešanović, G. (2013). Influence of age and length of service on the level of stress and burnout syndrome. *Medical Review*, 66, 163-162.
- Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada.
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál.
- Svoboda, M. (2010). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.
- Šnýdrová, I. (2006). *Manažerka a stres*. Praha: Grada.

- Špatenková, N. (2006). *Jak řeší krizi moderní žena*. Praha: Grada.
- Štikar, J., Rymeš, M., Riegel, K., & Hoskovec, J. (2003). *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum.
- Templeton, M., & Satcher, J. (2007). Job burnout among public rehabilitation counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling, 38*, 39-45.
- Uher, T., Bob, P., & Ptáček, R. (2010). Alexithymie a psychosomatická onemocnění. *Československá psychologie, 54* (5), 496-504.
- Unger, D. (1980). *Superintendent burn-out : myth or reality*. (Electronic Thesis or Dissertation). Retrieved from <https://etd.ohiolink.edu/>
- Vágnerová, M. (2004). *Základy psychologie*. Praha: Karolinum.
- VanVonderen, J. (2005). *Unavený ze života*. Praha: Návrat domů.
- Vosečková, A., & Hrstka, Z. (2010). *Kapitoly z psychologie zdraví: 4. díl Syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Univerzita obrany, Fakulta vojenského zdravotnictví.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- Wanbo, J., Yunhui, H., & Gong, Ch. (2012). How Cooperativeness and competitiveness influence student burnout: The moderating effect of neuroticism. *Social Behavior & Personality: An International Journal, 40* (5), 805-809.
- Zvánovcová, I. (2009). Musím a nemohu jinak. In *Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu - Sborník přednášek 2008* (pp. 5-25). Praha: Společnost pro logoterapii a existenciální analýzu.

## Přílohy

### Příloha 1- Dotazník

#### Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

**\*Povinné pole**

**Dotazník interpersonální diagnózy-způsoby jednání lidí mezi sebou\***

Odpovídejte ANO/NE, podle toho, co Vás charakterizuje. Pokud se tvrzení skládá ze dvou charakteristik- odpovězte "ano" jen, pokud Vás charakterizují OBA výrazy. Nezapomeňte: PRVNÍ DOJEM je nejlepší, neuvažujte příliš nad žádným tvrzením. Tento dotazník je delší (128 otázek), prosím o trpělivost, další dva jsou již velmi krátké. Děkuji :-)

	ano	ne
Lidé mají o mně dobré mínění	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dovedu na lidi působit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Důvěřuju si.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hájím svá práva.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je-li třeba, dovedu být strohý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dovedu být přímý/á a otevřený/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokážu si stěžovat, když je třeba	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem opatrný/á, než začnu důvěřovat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem smířlivý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umím se podřídit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem vděčný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dovedu si lidí vážit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem ochotný/á spolupracovat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem přátelský/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem ohleduplný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem ochotný/á pomoci	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dělám dobrý dojem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ano	ne
Jsem schopný/á řídit činnost ostatních	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spoléhám na sebe a dovedu se uplatnit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem praktický/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem neoblomný/á, když je to nutné	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem kritický/á k druhým	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nestřím, aby mě někdo komandoval	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Každému hned nevěřím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Upadám snadno do rozpaků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem skromný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obdivuji své přátele	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rád/a si dám poradit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vyhýbám se konfliktům	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem laskavý/á, plný/á porozumění	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umím ostatní povzbudit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem přející a nesobecký/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

\*Povinné pole

Dotazník interpersonální diagnózy

2/4

\*

	ano	ne
Jsem odpovědný/á a spolehliv/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ostatní přijímají mé vedení	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dovedu si sám/a sebe vážit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rád/a soutěžím s ostatními	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem neústupný/á, ale spravedlivý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem otevřeně kritický/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem pochybovačný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem tvrdohlavý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chybí mi sebedůvěra	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Většinou se přizpůsobím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám velkou úctu k autoritě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Záleží mi na mínění ostatních	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem příjemný/á a vlídný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem velmi společenský/á a přátelský/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem citlivý/á a vlídný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ano	ne
Rád/a a s ochotou pečuji o druhé	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lidé si mě váží	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rád/a přejímám odpovědnost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem nezávislý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokáži odmítnout prosbu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jednám tvrdě, ale spravedlivě	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jednám přímočaře a bez okolku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem často nespokojený/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Těžko se na mě dá udělat dojem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem plachý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snažím se nevybočit z mezí	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jen zřídka kdy bývám podezřivý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám rád/a, když se o mě někdo stará	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chci, aby mě měl každý rád	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem vždy přátelský/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ano	ne
Jsem laskavý/á, dodávám sebedůvěru	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Neustále se snažím každému pomáhat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

\*Povinné pole

Dotazník interpersonální diagnózy  
3/4\*

	ano	ne
Často bývám obdivován/a pro své jednání	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rád/a poroučím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem spokojený/á sám/a se sebou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem vypočítavý/á, vychytralý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stále se prosazuji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem nedůvěřivý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem často mrzutý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Těžko odpouštím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	ano	ne
Jsem silně ostýchavý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obvykle ustoupím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Druzí mi často pomáhají	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rozhodování přenechávám jiným	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám sklon ke kompromisům	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Velmi snadno si každého oblíbím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem příliš soucitný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Příliš ochotný/á rozdávat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snažím se neúměrně o úspěch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usiluju často o to, abych byl/a vedoucím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dělám ze sebe něco lešiho než jsem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem sobecký/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem bez pochopení pro chyby druhých	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem často zlostný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Proti všemu se bouřím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ano	ne
Jsem často zklamaný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stále se omlouvám	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem pasivní a neprůbojný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zřídka kdy odporuji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem důvěřivý/á a dychtivě se snažím vyhovět	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Příliš podléhám vlivu přátel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nekriticky si oblíbím lidi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Každému všechno odpustím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kazím lidem dobrotou	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

\*Povinné pole

Dotazník interpersonální diagnózy  
4/4\*

	ano	ne
Stále chci každému radit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chci ovládat ostatní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ano	ne
Jsem vychloubačný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myslím jen na sebe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem jízlivý/á a výsměšný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem neomaleně otevřený/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stále si na něco stěžuji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem podezřivý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem bojácný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem příliš povolný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chci být veden/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Snadno se dám oklamat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Každému se chci zavděčit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám rád/a každého	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Přiliš shovívavý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Slibuji víc než můžu splnit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Očekávám od každého uctivý obdiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	ano	ne
Neustále se snažím ovlivňovat ostatní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem pyšný/á a samolibý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jsem chladný/á a bezcitný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rád/a trestám ostatní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Často nepřívětivý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zatrpklý/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nikomu nedůvěřuji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím se neustále zahanben/a	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nekriticky se podřizuji druhým	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nesamostatný/á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Často napodobuji ostatní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
S každým souhlasím	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Každého miluji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stále bych chtěl/a někoho utěšovat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Přehnaně se starám o ostatní	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

\*Povinné pole

## Shirom-Melamedova škála- Jak se cítíte v práci?

- Jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů? - 14 otázek

	Nikdy nebo téměř nikdy	Velmi zřídka	Zřídka	Někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo téměř vždy
Cítím se unavený/-á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Necítím žádnou sílu jít ráno do práce	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím se fyzicky vysílený/-á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím, že mám všeho dost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Připadám si, jako by se mi „vybíly baterky“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím se vyhořelý/-á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Myslím si to pomalu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obtížně se koncentruji	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/-á	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím, že se mi nedaří být cílivý/-á k potřebám spolupracovníků a zákazníků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím, že nejsem schopen/-a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cítím, že nedokážu být milý/-á na spolupracovníky a zákazníky	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

\*Povinné pole

### Test životní angažovanosti- hodnocení smyslu života

- 6 otázek

\*

	Zcela nesouhlasím	Nesouhlasím	Nemohu se rozhodnout	Souhlasím	Zcela souhlasím
V mém životě není dostatek smyslu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vše, co dělám, je pro mne hodnotné.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Většina toho, co dělám, se mi zdá zanedbatelná a nedůležitá.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Velmi si cením svých aktivit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Příliš mi nezáleží na tom, co dělám.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mám spoustu důvodů proč žít.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

\*Povinné pole

### Sociodemografické údaje

Do které kategorie patříte?\*

Věk\*

vyjádřete číslovkou

Pohlaví\*

Nejvyšší dokončené vzdělání

Celková délka praxe\*

Vepište roky (R) a měsíce (M), např.: 3 roky + 2 měsíce= 3R+2M

Počet let na současné pozici\*

Vepište roky a měsíce, např. 1 rok + 2 měsíce= 1R+2M

Velikost místa bydliště\*

Pokud máte zájem o výsledky Vašeho testování nebo tuto diplomovou práci, zadejte svůj email:

Na svůj email chci časem zaslat:

Výsledky mého testování

Diplomovou práci na toto téma, až bude obhájen

### Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21.stol.

Děkuji za Váš čas a ochotu!!! :-)

Pokud znáte nějakou vhodnou osobu pro tento výzkum, budu ráda, když přepošlete odkaz.

Hezký den, Adelheid Petříková

[padelheid@seznam.cz](mailto:padelheid@seznam.cz)

## **Příloha 2- Průvodní email**

*(Omlouvám se za nechtěný email, bohužel musím sehnat min. 120 respondentů, tudíž se snažím oslovit všechny možné vhodné osoby...)*

Dobrý den,

Jmenuji se Adéla Petrlíková, studuji psychologii na FF UK a chtěla bych Vás požádat o vyplnění **anonymního** dotazníku pro mou diplomovou práci:

***Syndrom vyhoření v podmínkách výkonově orientované společnosti 21. století.***

O čem bude tato DP?

- **srovnání rizik syndromu vyhoření** u profesí orientovaných na **profesionální práci s lidmi** (psychiatři, psychologové a psychoterapeuti) a u **profesí orientovaných jinak** (IT pracovníci).
- pokud na konci testování zadáte svůj email, pošlu Vám Vaše výsledky.

Koho potřebuji?

- Psychology, psychiatry, psychoterapeuti**= hlavní náplní profese je profesionální práce s lidmi- psychoterapie, poradenství, provázení člověka v jeho osobních, vztahových, pracovních nesnázích, apod.
- IT pracovníky**, jejichž hlavní náplní profese je práce na počítači- spravování sítě, softwaru, hardwaru, programování, vývojářství, apod.

**Pokud jste vhodní respondenti, klikněte na tento odkaz a můžete začít s anonymním testováním:**  
**<http://bit.ly/YRIJfe>**

Děkuji moc za Váš čas a ochotu! :-)  
padelheid@seznam.cz