

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích**

**Pedagogická fakulta**

**Katedra výchovy ke zdraví**

**Diplomová práce**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

## **Syndrom vyhoření u učitelů 2. stupně ZŠ**

Diplomová práce

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc

Konzultant práce: Mgr. Pavlína Moučková

Vypracovala: Bc. Kamila Machovcová

Studijní program: Učitelství pro střední školy

Studijní obor: Psych-vkzn

České Budějovice 2014

University of South Bohemia České Budějovice

Pedagogical Faculty

Department of Health Education

Burnout syndrome by teachers at secondary school

Dissertation Thesis

Supervisor: doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc

Consultant: Mgr. Pavlína Moučková

Autor: Bc. Kamila Machovcová

Study programme: Psych-vkzn

Field of study: Teaching at highschool

České Budějovice, April 2014

## **Bibliografická identifikace**

**Autor:** Bc. Kamila Machovcová

**Název diplomové práce:** Syndrom vyhoření u učitelů 2. stupně ZŠ

**Pracoviště:** Katedra výchovy ke zdraví

Pedagogická fakulta

Jihočeská univerzita České Budějovice

**Vedoucí diplomové práce:** doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc

**Konzultant práce:** Mgr. Pavlína Moučková

**Rok obhajoby:** 2014

### **Abstrakt:**

Tato práce se zabývá projevem syndromu vyhoření u učitelů 2. stupně základních škol v regionu jižních Čech. O spolupráci na výzkumném šetření bylo požádáno 48 škol. Pro výzkum byl použit standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory. Dotazník vyplnilo celkem 111 respondentů.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření, Maslach Burnout Inventory, životní styl

## **Bibliografic identification**

**Author:** Bc. Kamila Machovcová

**Title of the dissertation thesis:** Burnout synrome by teachers at secondary school

**Department:** Department of Health education

Pedagogical Faculty

University of South Bohemia

**Supervisor:** doc. PaedDr. Emil Řepka, CSc

**Consultant:** Mgr. Pavlína Moučková

**Year of the presentation:** 2014

### **Abstrakt:**

This work is engaged in signs of burnout synrome by teachers at secondary school in the region of South Bohemia. 48 schools were asked to cooperate on this reaserch. For this research was used standardized questionnaire Maslach Burnout Inventory. In this research took part in 111 respondents.

**Key word:** burnout syndrome, Maslach Burnout Inventory, life style

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

České Budějovice

.....

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce panu doc. PaedDr. Emilu Řepkovi, CSc. a své konzultantce slečně Mgr. Pavlíně Moučkové za odborné vedení a cenné rady. Také děkuji všem školám a vyučujícím za spolupráci na výzkumné části této práce.

## Obsah

1. Úvod .....	9
2. Teoretická část .....	10
2.1 Stres a stresory .....	10
2.2 Syndrom burn out .....	16
2.3 Odlišení syndromu burn out od jiných negativních psychických stavů .....	21
2.4 Průběh syndromu vyhoření .....	23
2.5 Prožívání syndromu vyhoření .....	25
2.6 Syndrom vyhoření a učitelé .....	27
2.7 Zvládání burn out .....	29
2.8 Psychohygienu a zdravý životní styl .....	33
2.9 Relaxace .....	36
2.10 Relaxační techniky „jóga nidrá“, „pránajáma“ a autogenní trénink .....	39
3. Praktická část .....	41
3.1 Cíle práce .....	41
3.2 Hypotézy práce .....	41
3.3 Metodika .....	42
4 Výsledky .....	47
4.1 Základní údaje o respondentech .....	47
4.2 Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory .....	51
4.3 Vyhodnocení dotazníku životního stylu respondentů .....	54
4.4 Vyhodnocení dotazníků a průměrné hodnoty .....	69
4.5 Syndrom vyhoření a životní styl učitele .....	70
4.6 Syndrom vyhoření a věk respondentů .....	74
4.7 Syndrom vyhoření a délka učitelé praxe .....	77
4.8 Diskuze .....	80
5. Závěr .....	85
6. Referenční seznam .....	86



# 1. Úvod

V dnešní době se neustále potýkáme se stresem v jeho různých podobách. Provází nás jak v pracovním, tak v osobním životě. Stres může vyvolat mnoho negativních následků. Jedním z nich může být syndrom vyhoření, na který se v této práci zaměřuji.

Syndrom vyhoření postihuje především jedince, kteří se v rámci své profese věnují jiným lidem. Jedná se často o zdravotníky, pečovatele nebo učitele. Jelikož jsem studentkou pedagogické fakulty, zajímám se o syndrom vyhoření v učitelské profesi. Konkrétně u učitelů 2. stupně, kteří musí zvládnout žáky v pubescentním věku.

V této práci zkoumám projevy syndromu vyhoření u učitelů 2. stupně základních škol v Jihočeském kraji. Také se zaměřuji na životní styl vyučujících, neboť věřím, že zdravý životní styl funguje jako prevence syndromu vyhoření. Dalším zkoumaným faktorem je délka učitelské praxe

## 2. Teoretická část

### 2.1 Stres a stresory

Pojem stres představuje jeden z významných charakteristických fenoménů dnešní hektické doby. V současnosti je mu věnována poměrně velká pozornost (URBANOVSKÁ, 2010). Ale co je to vlastně stres? Dle MLČÁKA (1999) se v průběhu vývoje zkoumání stresu, ale i v současné době, setkáváme s rozmanitými přístupy a koncepty ke stresu. Z toho vyplývá značná terminologická nejednotnost tohoto pojmu (URBANOVSKÁ, 2010).

Dle MLČÁKA (2004) je stres v optimálním případě přirozenou a nezbytnou součástí života. Pokud je zachována rovnováha mezi životními nároky a schopnostmi člověka je zvládat, podněcuje stres harmonický rozvoj osobnosti, protože přispívá k vytváření nových způsobů adaptivního chování a prožívání, zvyšuje jeho integritu, odolnost a zdraví. V pesimálním případě, kdy dochází k vyhocenému rozporu mezi životními nároky a psychickými předpoklady člověka je zvládat, vede stres k různým formám maladaptivního chování, ale i k různým zdravotním poruchám. SELYE (1966), který je považován za zakladatele systematického zkoumání stresu, pojímá stres jako stav projevující se ve formě specifického syndromu. Tento syndrom představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému. Podle této definice má stres zvláštní příznaky, ale nemá žádnou zvláštní příčinu. Jedná se o odpověď organismu na rozmanité podněty, které narušují jeho rovnovážný stav (URBANOVSKÁ, 2010). NAKONEČNÝ (1997) tvrdí, že stres lze chápat jako silnou frustraci. Vzniká tehdy, působí-li na člověka nadměrně silný podnět dlouhou dobu nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci a setrvává v ní. Dle ATKINSONOVÉ (2003) se stres objevuje tehdy, když se lidé setkají s událostmi, jež vnímají jako ohrožení své tělesné nebo duševní pohody. Antonovsky považuje stres za stav organismu, kdy je nadměrné množství energie využíváno k řešení problémů (KŘIVOHLAVÝ, 1994). V odborné literatuře bychom našli ještě mnoho dalších pojetí stresu.

Události, které vyvolávají stres, můžeme označit pojmem stresor (ATKINSONOVÁ, 2003). Pod pojem stresor můžeme začlenit jakékoli okolnosti, podmínky či podněty, které vyvolávají u člověka stres, tíživý pocit napětí, nejistoty či ohrožení (URBANOVSKÁ, 2010). Stres může vyvolat nespočetné množství událostí. Mohou to být změny, které ovlivňují mnoho lidí (válka, přírodní katastrofa,...). Nebo

změny v životě jednotlivce (změna zaměstnání, stěhování,...). Každodenní nepříjemnosti mohou být také zdrojem stresu. I člověk může být sám sobě stresorem. Například formou konfliktních motivů nebo přání (ATKINSONOVÁ, 2003). GRANTOVÁ A KOL. (2003) zastávají odlišné pojetí termínu stresor. Podle jejich názoru je pro stresory typické externí prostředí. Pojem stres vnímají v širším pojetí. Používají ho jako globálnější termín, jenž se vztahuje na řetězec procesů spuštěný vnějšími stresory. Toto pojetí nezahrnuje vnitřní psychické stavy mezi stresory. Tato koncepce by byla opodstatněná a logická, pokud bychom vnitřní psychické stavy chápali jako přetrvávání externího stresoru (MEDVĚDOVÁ, 2008).

Někteří autoři odlišují pojmy zátěž a stres. Zátěž na rozdíl od stresu představuje stav, který není pro jedince škodlivý (URBANOVSÁ, 2010). KŘIVOHLAVÝ (2001) proto doporučuje hovořit o stresové situaci jen tehdy, pokud je situace nadlimitní. To znamená, když je míra intenzity stresogenní zátěže vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Setkání s podnětem, jež může u někoho vyvolávat stres, bude pro jinou osobu představovat příjemnou výzvu (URBANOVSÁ, 2010).

Pojem stres poprvé použil kanadský endokrinolog Selye. A to jako označení charakteristických fyziologických projevů, jimiž organismus reaguje na různé typy zátěže (VÁGNEROVÁ, 2004). SELYE (1982) rozdělil stresory na fyzikální a emocionální. Mezi fyzikální stresory řadí jedy a skoro-jedy (alkohol, nikotin, kofein,...), radiaci, znečištění vzduchu, změny počasí, viry, bakterie, katastrofy, úrazy, atd. K emocionálním stresorům řadí úzkost, zármutek, obavy, nenávisť, očekávání,...

Zajímavá je také myšlenka MÍČKA (1997), který mezi specifické stresory poslední doby řadí konzumentskou životní filozofii, negativní vlivy jednostranné zaměřenosti, znevýhodněné postavení žen, morální devastaci, kariérismus, necitlivost, lhostejnost k druhým, pojetí lásky, problémy v rodině, apod. Rovněž NAKONEČNÝ (1997) upozorňuje na to, že zdrojem řady stresorů, je současná civilizace a kultura. To znamená život ve velkoměstech, panelových sídlištích, neustálý shon a časová tíseň, dehumanizované vztahy, nezaměstnanost. Je nutno poznamenat, že od doby prezentace těchto myšlenek síla jmenovaných stresorů narůstá (URBANOVSÁ, 2010).

### 2.1.1 Charakteristické znaky stresových situací (dle ATKINSONOVÉ, 1995, in VÁGNEROVÁ, 2004).

- *Pocit neovlivnitelnosti situace.* Pokud je člověk přesvědčen, že nelze zabránit tomu, aby vznikla určitá situace, s větší pravděpodobností ji vnímá jako stresovou. Máme-li pocit, že můžeme průběh událostí nějakým způsobem ovlivnit, snižuje se prožitek stresu.
- *Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace.* Nemožnost odhadnout, kdy by taková situace mohla vzniknout, a proto se na ni nemůžeme připravit, zvyšuje pocit intenzity stresu.
- *Pocit nezvládnutelnosti situace,* jež klade subjektivně nepřiměřené nároky.
- *Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn.* Změna životních zvyklostí klade velké nároky na adaptaci a znehodnocuje význam dosud fungujících strategií chování.

### 2.1.2 Reakce na stres

H. Selye vypracoval biologickou teorii stresu a teorii adaptace organismu na stres. Při stresových situacích dochází v organismu k poplachovým a obranným reakcím (NAKONEČNÝ, 1995). Reakce na stres je procesem, který probíhá ve třech fázích. Ty zachycují postupné zvládnání takové situace (RAHE, 1995).

Ve chvíli, kdy je jedinec vystaven stresoru a vnímá jej jako ohrožující, dochází k prvotní aktivaci organismu. Jejím cílem je zajistit či obnovit narušenou homeostázu (rovnováhu organismu). Tento stav má různou dobu trvání v závislosti na interakci vnitřních a vnějších podmínek. Stresová reakce je spojena s celou řadou fyziologických, emocionálních, kognitivních, motivačních a behaviorálních procesů. Reakce se odehrává ve třech rovinách- oblast psychická, behaviorální a somatická. Selye vytvořil koncepci generálního adaptačního syndromu (GAS). Adaptační syndrom zahrnuje tři fáze (URBANOVSÁ, 2010).

#### 1. Poplachová fáze

Selye pojmenoval tuto fázi jako poplachovou reakci. Reakcí na zátěž je aktivace obranných reakcí, a to fyziologických i psychických. Je to první fáze adaptace (VÁGNEROVÁ, 2004). Dochází k prudké neurohormonální reakci. Jejím cílem je

zajištění energetických rezerv a mobilizace organismu k boji nebo útěku (URBANOVSÁ, 2010).

#### *Fyziologická reakce*

Dochází k podráždění sympatiku a začínají se vyplavovat hormony adrenalin a noradrenalin. Následkem toho se zvyšuje krevní tlak, srdeční tepová frekvence. Krevní oběh je regulován ve prospěch nejdůležitějších orgánů (VÁGNEROVÁ, 2004). Zároveň dochází ke snížení činností organismu, které nejsou nezbytné. Je to například trávení, dále dochází k vysychání slin a hlenu, čímž se zvyšuje množství vzduchu v plicích (ATKINSONOVÁ, 2003). Následně jsou aktivovány hormony ledvin (glukokortikoidy a mineralokortikoidy) a hormony hypofýzy (adrenokortikotropní hormon, ACTH). Tím organismus aktivuje energetické zdroje a získává energii z cukrů a bílkovin. Tuky se aktivují nakonec (VÁGNEROVÁ, 2004).

#### *Psychická reakce*

V momentě, kdy v nás situace vyvolává silné negativní pocity, začínáme ji interpretovat jako stresující. Způsob vyhodnocení situace závisí na zkušenostech jedince, jeho aktuálním rozpoložení, schopnostech, ale i na podpoře, kterou mu poskytuje jeho okolí. Prožitek stresu je spojen se změnou prožívání. Typickou reakcí je úzkost, pocity napětí a obavy z neurčitého ohrožení. Dále se objevuje hněv, vztek, smutek, deprese, apatie nebo tendence k rezignaci. Dochází ke změnám v oblasti kognitivních funkcí (VÁGNEROVÁ, 2004). Jsou to například potíže se soustředěním a logickým uspořádáním myšlenek, neschopnost uvažovat o alternativních způsobech chování. Někteří lidé se uchylují k vývojově ranějším způsobům chování, které jsou pro danou situaci neadekvátní (ATKINSONOVÁ, 2003). Zátěž může měnit způsob uvažování jedince. Zátěž také aktivizuje psychické obranné reakce. Jejich smyslem je zachování či znovuzískání psychické rovnováhy jedince (VÁGNEROVÁ, 2004).

## **2. Fáze zvýšené rezistence (MLČÁK, 2004)**

Tyto strategie by měly vést ke zvládnutí situace nebo alespoň přispět ke zmírnění účinků stresu. Důležité je to, do jaké míry si člověk myslí, že situaci může ovlivnit. Pokud zátěž zvládne nebo se situace změní, psychické i fyziologické funkce se vracejí do normálního stavu. Pokud se ovšem zátěž nedaří dlouhodobě zvládnout, nastupuje další fáze (VÁGNEROVÁ, 2004).

### 3. Fáze rozvoje stresem podmíněných poruch, stav exhause (MLČÁK, 2004)

Vznik takových potíží můžeme chápat jako projev selhání obranných reakcí. Už se nejedná jen o akutní potíže, ale o trvalejší a závažnější problémy. Příkladem mohou být psychosomatické poruchy (VÁGNEROVÁ, 2004). Psychosomatické poruchy jsou tělesné poruchy, u nichž se předpokládá, že rozhodující úlohu hrají emoce (ATKINSONOVÁ, 2003).

Ze Selyeho koncepce vychází řada dalších autorů, nicméně tento přístup byl podroben i kritice. A to zejména v aspektech nespecifičnosti, neměnnosti a univerzálnosti stresové reakce (URBANOVSKÁ, 2010). Tento předpoklad byl vyvrácen a v současnosti se považuje za prokázané, že stresová reakce je specifická v závislosti na typu stresového podnětu (MASON, 1971, HENRY, 1980, VIGAŠ, 1985, in ŠOLCOVÁ, 2007).

#### 2.1.3 Zvládání stresu

Proces, jakým se snažíme vyrovnat se se stresem, nazýváme coping (ATKINSONOVÁ, 2003). Do procesu copingu jsou zpravidla zahrnovány vědomé psychické a behaviorální specifické stresové odpovědi. Ty vedle biologických a fyziologických adaptačních mechanismů umožňují člověku vyrovnat se se stresem (URBANOVSKÁ, 2010). Coping označuje vědomé a záměrné úsilí, jež zahrnuje pokusy zdolat stres (LAZARUS, FOLKMAN, 1984 in ATKINSONOVÁ, 2003). Lazarus rovněž zdůrazňuje, že coping není jednorázová záležitost. Jedná se o dynamický proces, při němž dochází k interakcím mezi člověkem a stresovou situací. Nejedná se o automatickou reakci, je vyžadována vědomá snaha a námaha jednatelky osoby (in KŘIVOHLAVÝ, 2001). Dle Cohena a Lazaruse je cílem zvládání snížit úroveň toho, co člověka ve stresu ohrožuje, zachovat si tvář a pozitivní obraz sebe sama, zachovat emocionální klid (in KŘIVOHLAVÝ, 2001).

Procesy zvládání odlišujeme od obranných a adaptačních procesů. Obranné mechanismy jsou obvykle chápány jako neplnohodnotný náhradní způsob adaptace na stres. Nejedná se o skutečné řešení situace, ale o iluzorní náhradu, jež se často realizuje na nevědomé úrovni. Tyto mechanismy souvisejí s vyrovnáváním se s potlačenými komplexy (KEZBA, 2005). Obranné reakce na rozdíl od zvládání si jedinec neuvědomuje, neovládá je vůlí, nepředchází jim zhodnocení situace, jsou

determinovány osobnostními rysy a výsledkem je automatické chování (ERIKSON, 1997 in MAREŠ, 2001).

Způsoby, kterými se jedinec vědomě snaží vyrovnat se stresem, nazýváme strategie zvládání stresu nebo také copingové strategie. Zpracování stresu závisí nejen na podnětu, který ho způsobil, ale také na tom, jak jej jedinec vnímá, interpretuje a hodnotí (URBANOVSÁ, 2010).

U copingu rozlišujeme dvě základní strategie. První je zvládání zaměřené na problém. To znamená, že se člověk zaměří na vzniklou situaci nebo problém, a snaží se najít způsob, jak situaci změnit nebo se jí v budoucnu vyhnout. Druhou strategií je zvládání zaměřené na emoce. Spočívá v tom, že se člověk zaměří na zmírnění svých emocí. Většinou jde o snížení intenzity úzkosti, hněvu či zlosti (LAZARUS, FOLKMAN, 1984 in ATKINSONOVÁ, 2003). Většina lidí tyto dvě strategie kombinuje (ATKINSONOVÁ, 2003). Amirkhan popisuje tři typy copingových strategií. A to řešení problému, hledání sociální opory, a vyhýbání se stresoru (in KEZBA, 2005). V odborné literatuře nalezneme mnoho dalších přístupů ke copingovým strategiím.

## 2.2 Syndrom burn out

Překlad anglického slova burn out v češtině můžeme označit jako vyhoření, vyhasnutí (SCHMIDBAUER, 2008). Hořící oheň znamená v psychologické rovině motivaci, aktivitu a zájem. Vyhoření pak znamená dohořívání, ztrátu nadšení (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010).

Burn out byl jako jev poprvé rozpoznáván a identifikován v 80. letech 20. století. Původně byl spojován se stavem alkoholiků, kteří ztratili zájem o vše kromě alkoholu (KŘIVOHLAVÝ, 1998). Později byl rozšířen i na oblast drogových závislostí, kdy se svět toxikomanů zúžil jen na zájem o drogu. Postupem času se začal tento pojem vztahovat i na další oblasti života. Dokonce předcházela pojmu workoholik, který vyjadřuje stav přepracovanosti, apatii a vyčerpání lidí (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). V 80. letech minulého století došlo k nárůstu zájmu o tuto problematiku. Burn out začíná být zasazován do širších společenských souvislostí a hledají se nové vztahy, proměnné a možnosti jeho ovlivnění (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010).

Syndrom burn out je definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, emocionálního a duševního vyčerpání, které je způsobené dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou mimořádně emocionálně náročné. Tato náročnost je často způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

Všechny definice syndromu burn out mají několik společných znaků. Symptomy se nacházejí především v oblasti psychické, avšak částečně také v oblasti fyzické a sociální (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003). V psychické oblasti se jedná se o přítomnost negativních emocionálních příznaků jako je deprese, vyčerpání, emocionální oploštělost, pocity beznaděje, atd. (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010).

Tento syndrom je spojován s určitými druhy profesí, jež jsou uváděny jako rizikovější. Dále dochází ke snížení efektivity práce. Ta však není spojována se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale s negativními vytvořenými postoji a z nich vyplývajícím chováním. Syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí a nijak nesouvisí s psychickou patologií (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Je důležité zmínit, že všechny hlavní složky syndromu burn out se projevují v důsledku chronického stresu (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003).



Pro syndrom burn out je typické, že se objevuje u lidí, kteří pracují s jinými lidmi a jejichž profese je závislá na interpersonální komunikaci (TOŠNER, TOŠNEROVÁ, 2002 in JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Objevuje se především u „angažovaných pomahačů“. Tedy u lidí, pro jejichž profesi je mezilidský kontakt v podstatě nutný. Jedná se o profese sociálních pracovníků, pracovníků neziskového sektoru, zdravotníků, pedagogů, jedinců pracujících v týmech, atd. (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

Syndrom vyhoření doprovází celá řada příznaků. Ty jsou však velmi obecné, a proto je obtížné je rozpoznat, a to zejména v počáteční fázi. Vyhoření není totéž co stres, avšak vzniká v důsledku chronického stresu. Stresové faktory coby spouštěče hrají při vzniku vyhoření zásadní roli (STOCK, 2010).

### **2.2.1 Příznaky syndromu vyhoření**

Dle STOCKA (2010) existují tři hlavní symptomy syndromu vyhoření. Jedná se o vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Vyčerpání se projevuje v emoční a fyzické vysílenosti jedince. Mezi emoční znaky vyčerpání řadíme bezmoc, beznaděj, pocit strachu, ztrátu sebeovládání, pocit prázdnoty a osamocení, apatii,... Fyzické znaky vyčerpání jsou poruchy spánku, náchylnost k infekcím, poruchy paměti a soustředění, nedostatek energie, chronická únava. Odcizení se projevuje lhostejným postojem vůči své práci a svému okolí. Můžeme tím rozumět také postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Pokles výkonnosti spočívá v tom, že jedinec ztratil důvěru ve vlastní schopnosti a z profesního hlediska se považuje za neschopného. K provedení úkonů, jež jedinec dříve zvládal, potřebuje nyní mnohem více energie i času. ŠOLCOVÁ a KEZBA (2003) uvádějí, že příznaky syndromu vyhoření se objevují ve třech oblastech. A to v oblasti psychické, fyzické a sociální. Na psychické úrovni dominuje pocit, že namáhavé úsilí trvá velmi dlouho, ale efektivita je přitom nepatrná. Výrazný je pocit vyčerpání, především emocionálního. Dochází k utlumení celkové aktivity, iniciativy, kreativity. Objevuje se přesvědčení o vlastní bezcennosti a postradatelnosti. Dochází ke ztrátě zájmu o témata související s profesí. Rozvíjí se pocit sebelítosti a nedostatku uznání. Dochází také k redukci činnosti na rutinní postupy.

### 2.2.2 Co vede k syndromu vyhoření?

První cesta, jež vede k syndromu vyhoření je velmi často ztráta ideálů. Na počátku je nadšení a upřímné těšení se z nové práce. Práce přesčas je zprvu vnímána jako zábava, protože má smysl a napomáhá naplnit počáteční ideály. Postupem času se však začínají objevovat potíže. Dochází ke střetu ideálů s realitou., která je jiná, než si jedinec představoval. Z tohoto důvodu může dojít ke ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti a ztrátě smysluplnosti práce samé. Další cestou může být workoholismus, tedy závislost na práci, kdy jedinec trpí nutkavou vnitřní potřebou hodně pracovat. To ho stojí hodně času i energie. Cestou k syndromu burn out může být i tzv. „teror příležitostí“. Každá pracovní příležitost je chápána jako zajímavá a lákavá, bylo by škoda ji nevyužít. Tolik závazků spotřebovává veškerý čas a energii, nicméně pracovník není schopen slevit, a toho může časem dovést k syndromu vyhoření. Velkou roli hraje také neschopnost říci „NE“ dalším úkolům (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

### 2.2.3 Rizikové faktory pro vznik vyhoření

V předchozích kapitolách jsem se již zmiňovala o tom, že některé profese jsou pro vznik vyhoření rizikovější než jiné. Nicméně profese není jedinou klíčovou složkou, která rozhodne, zda syndrom vznikne či ne. Faktory, které vyhoření přímo či nepřímo způsobují, můžeme rozdělit na vnější a vnitřní. Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, osobním životě i ve společnosti, ve které žijeme. Vnitřní faktory jsou osobnostní charakteristiky jedince, stav organismu, způsoby chování a reagování v určitých situacích (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Mezi rizikové faktory tedy řadíme osamělý život, práci s lidmi, chronický stres, vysoké požadavky na výkon, počáteční vysoký pracovní entuziasmus, vysokou empatii, nízkou asertivitu, vysokou senzitivitu, perfekcionismus, sklon k negativnímu psychickému ladění, neschopnost relaxace, časový tlak, nízké sebehodnocení, stabilně prožívaný hněv, bezmoc (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003), chronické přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém ohodnocení vykonávané práce, nízkou autonomii pracovní činnosti, permanentně prožívaný časový tlak, atd. (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010).

## 2.2.4 Rizikové osobnostní faktory

Dle Friedmana a Rosenmana můžeme rozdělit chování lidí na „typ A“ a „typ B“ v souvislosti s lidským chováním. Tito lékaři se ve svém výzkumu zaměřili na vztah mezi výskytem různých onemocnění srdce a krevního oběhu a určitými formami chování a jednání lidí. U lidí „typu A“ byl zjištěn poměrně vysoký výskyt infarktu myokardu, u „typu B“ byl výskyt poměrně malý (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

### *Chování typu A*

Chování typu A odpovídá jedincům s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost. Vyznačují se soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě (STOCK, 2010). Většinou se nejedná o typickou agresi fyzického charakteru, ale spíše o nepřátelské projevy k druhým lidem (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010). Obvykle jednají velmi rychle. Chtějí mít vše ihned hotové a být nejlepší. V práci jsou velmi pilní a často pracují přesčas nebo si berou práci domů. Pokud se v práci něco podaří, přisuzují zásluhy jen sobě. Naopak, když se něco nezdaří, viní druhé lidi a dávají jim to najevo (KŘIVOHLAVÝ, 2012). Lidé s tímto vzorcem chování jsou zpočátku úspěšní, neboť se jim dostává uznání za jejich výkony. Ale svou netrpělivostí a bojovností způsobují konflikty mezi lidmi a začínají narážet. Tím se dostávají do určité izolace a mají pocit, že vše musí udělat sami. Tito lidé nepocitují téměř žádné zdravotní komplikace a neuvědomují si, jak se na nich nedostatek regenerace a celková nevyváženost podepisuje. Teprve po letech vyplývané energie, kdy se začnou hromadit neúspěchy, dochází k fyzické reakci- např. vyhoření (STOCK, 2010).

### *Chování typu B*

I lidé s chováním typu B mají velkou výkonnost, avšak úspěch za každou cenu nikdy nebyl cílem jejich života. Žijí nejen pro práci. Dovedou výkonně pracovat, ale i přiměřeně odpočívat. Spektrum jejich zájmů je podstatně širší (KŘIVOHLAVÝ, 2012). Tito lidé se vyznačují nižší mírou hostilního chování, agresivity, soutěživosti. Jsou klidnější, trpělivější a uvolněnější. V extrémním případě může člověku chování typu B chybět dostatek angažovanosti, iniciativy a motivace. To může z dlouhodobého hlediska vést k nespokojenosti v zaměstnání či v osobním životě, ne však k vyhoření (STOCK, 2010).

### **2.2.5 Protektivní a neutrální faktory**

Mezi protektivní faktory řadíme chování typu B, dostatečnou asertivitu, schopnost relaxace, schopnost umět si dobře zorganizovat čas, pestrou a proměnlivou pracovní náplň, pocit kompetence a víru ve vlastní schopnosti, pocit osobní pohody (well-being) - životní spokojenost, pozitivní emoce a pocit štěstí (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003), sociální oporu a pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010).

Za neutrální faktory na vzniku syndromu burn out jsou považovány: inteligence, věk, pohlaví, vzdělání, délka praxe v oboru, atd. Názory odborníků se liší, jde-li o délku práce na úrovni jedné pozice (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003).

## **2.3 Odlišení syndromu burn out od jiných negativních psychických stavů**

Projevy syndromu burn out mají mnoho obecných příznaků. Proto jej lze především v počáteční fázi obtížně rozpoznat (STOCK, 2010). Čím se tedy odlišuje od jiných negativních psychických stavů?

### **2.3.1 Burn out a stres**

Burn out není totéž, co stres, nicméně dochází k němu v důsledku dlouhodobého stresu (STOCK, 2010). Do stresu se může dostat každý člověk. Avšak burn out se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací, mají výkonovou motivaci, vysoké cíle a očekávání. Ten, kdo takové nadšení nemá, se může dostat do stresu, ale nepropukne u něj syndrom vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 1998).

### **2.3.2 Burn out a deprese**

Deprese může stejně jako burn out propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují. Avšak úplně stejně může propuknout u lidí, kteří intenzivně nepracují nebo nepracují vůbec. Deprese může být vedlejším příznakem burn out, ale může se vyskytovat rovněž zcela nezávisle. Je však pravda, že vztah mezi burn out a depresí je velice úzký (KŘIVOHLAVÝ, 1998). Symptomy deprese a burn out se částečně překrývají a je mezi nimi řada podobností. Někteří autoři dokonce považují vyhoření za zvláštní formu deprese. Ale mnohé nasvědčuje tomu, že burn out představuje v porovnání s depresí daleko složitější problém (STOCK, 2010).

### **2.3.3 Burn out a únava**

Únava se vyskytuje při syndromu burn out, obecně má však užší vztah k fyzické zátěži. Z fyzické únavy se dostaneme odpočinkem, u burn out to není možné. Fyzickou námahu můžeme pociťovat i kladně. U burn out je to však negativní, tíživý, bezvýchledný pocit. Únava je spojována s pocitem selhání a marnosti (KŘIVOHLAVÝ, 2012)

### **2.3.4 Burn out a existenciální neuróza**

Existenciální neuróza je definována jako chronická neschopnost věřit v důležitost, užitečnost a pravdivost čehokoliv, co si člověk představí, že by měl dělat, případně mít o to zájem, natož pak, že by se pro to měl angažovat. S něčím podobným se setkáváme

i při burn out. Na počátku je naopak intenzivní prožitek smysluplnosti života/práce. Až na konci syndromu burn out přichází pocit ztráty smyslu života (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

## 2.4 Průběh syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření není osamoceným jevem. Je do určité míry konečným stádiem všeobecného adaptačního syndromu (GAS), který popsal Hans Seyle. Syndrom burn out je zařazován do třetí fáze adaptační reakce na stres – vyčerpání (KŘIVOHLAVÝ, 1998). Burn out můžeme chápat jako stav nebo jako vyvíjející se proces (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003). Pokud budeme uvažovat o procesu, můžeme říct, že trvá mnoho měsíců i let a jeho vrcholem je vyhoření. Probíhá v několika fázích, které jsou různými autory popisovány různým způsobem (různé počty fází a různé způsoby hodnocení). Identifikace fáze syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých příznaků u dané osoby, dále ze subjektivního hodnocení psychického stavu a ze speciálních psychologických diagnostických metod. Nejpoužívanější metodou jsou dotazníky založené na posuzovacích škálách- Maslach Burnout Inventory, Burnout Measure (VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010).

### 2.4.1 Koncepce vývoje syndromu vyhoření

Existuje mnoho pojetí vývoje syndromu burn out. Proto se seznámíme s různými druhy koncepcí jeho vývoje.

V koncepci **R.Schwaba** vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami. Jeho vývoj má 3 fáze (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003).

1. Nerovnováha mezi požadavky v zaměstnání a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát.
2. Krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu (úzkost, únava, napětí).
3. Změny v postojích a v chování. Tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky.

VOSEČKOVÁ, HRSTKA, 2010 zmiňují jednoduchý čtyřfázový model dle **Christiny Maslach**:

1. idealistické nadšení a přetěžování
2. emocionální a fyzické vyčerpání
3. dehumanizace (napadání) druhých lidí jako obrana před vyhořením
4. stavění se proti všem a všemu- syndrom burnout se projevuje v celé své pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie)

O něco známější je možná dělení dle **Eelwicha a Brodskyho** (in MALLOTOVÁ, 2000).

- Na počátku je nadšení a nereálné očekávání, práce se stává nejdůležitější součástí života, jedinec se přepracovává.
- Stádium stagnace- jedinec slevuje ze svých očekávání, začíná více reálně vnímat podmínky pro svou práci, postupně se zaměřuje na uspokojování svých potřeb v podobě platu, volného času, atd.
- Stádium frustrace- jedinec začíná pochybovat o smysluplnosti své práce, má-li význam někomu pomáhat, objevují se fyzické a psychické potíže, problémy ve vztazích.
- Apatie- jedinec je trvale frustrován, není schopen změnit situaci podle svých očekávání, dělá jen to, co je nezbytně nutné a vyhýbá se novým úkolům.
- Stádium intervence- vede k přerušení tohoto procesu, může to být přerušení práce, změna životního stylu nebo přehodnocení situace.

Existuje také rozsáhlejší model dle **W. Jamese** (in KŘIVOHLAVÝ, 1998). Tento model se skládá z 12 po sobě následujících fází:

1. Snaha kladně se osvědčit v pracovním procesu.
2. Snaha udělat vše sám.
3. Zapomínání na sebe a své potřeby.
4. Práce se stává tím jediným, oč člověku jde.
5. Zmatek v hodnotovém žebříčku-člověk neví co je a co není podstatné.
6. Nutkavé popírání všech náznaků rodícího se vnitřního napětí (jako projev obrany).
7. Dezorientace, ztráta naděje, vymizení angažovanosti, nástup cynismu. Hledání útěchy v alkoholu, drogách, jídle,...
8. Radikální, pozorovatelné změny chování. Neschopnost snášet rady a kritiku. Sociální izolace.
9. Depersonalizace- ztráta kontaktu sama se sebou, s životními cíly a hodnotami.
10. Prázdnost- pocity zoufalství ze selhání. Touha po opravdovém a smysluplném životě.
11. Deprese-zoufalství z poznání, že nic nefunguje. Sebehodnocení je na nulovém bodě. Pocit, že „nejsem nic“.
12. Totální vyčerpání- fyzické, emocionální a mentální. Vyčerpání všech zásob energie a zdrojů motivace. Pocit nesmyslnosti žití.



## **2.5 Prožívání syndromu vyhoření**

### **2.5.1 Prožívání ve vztahu k sobě samému:**

Jedinec, který se blíží k vyhoření, prožívá beznaděj, velkou únavu, pesimismus, zklamání, úzkost, strach, sám nemůže nic dělat, neboť není motivován, své okolí vnímá jako úspěšnější, výkonnější a spokojenější, je v neustálém napětí, má nízké sebehodnocení, má o sobě špatné mínění, sebemenší problém ho zatěžuje a neví si s ním rady, chybí mu tvořivost (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006, KŘIVOHLAVÝ, 2012).

### **2.5.2 Prožívání ve vztahu k ostatním:**

Jedinec má pocit, že ho lidé obtěžují. Že po něm vyžadují něco, co není schopen ani ochoten poskytnout. S lidmi jedná chladně, bez citové angažovanosti. Nemá zájem o druhé, jsou mu lhostejní. Ztrácí empatii a problémy druhých se ho nedotýkají. Nezajímá ho, co si oněm druzí myslí, jak ho hodnotí, ani jestli ho chápou (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006, KŘIVOHLAVÝ, 2012).

V extrémním případě může také dojít k depersonalizaci. Ta se projevuje ztrátou úcty k druhým lidem jakožto lidským bytostem. Objevuje se především u lidí, kteří mají velkou potřebu recipacity od lidí, kterým se věnují. V případě, že se jim kladné odezvy nedostává, začínají se k druhým lidem chovat cynicky. V poslední fázi syndromu vyhoření může dojít až k naprosté dehumanizaci osob, se kterými postižený jedinec pracuje. Jedná s nimi jako s neživými předměty (POHLOVÁ, KOZÁKOVÁ, JAROŠOVÁ, 2011).

### **2.5.3 Projevy vyhoření navenek**

Mezi nejčastější projevy navenek patří snížená produktivita. Tento projev je logickým důsledkem ztráty smyslu výkonu práce a současného emocionálního vyčerpání, které znemožňuje podávání obvyklého pracovního výkonu (POHLOVÁ, KOZÁKOVÁ, JAROŠOVÁ, 2011).

Současně s tím se zvyšuje aktivita jedince. Bere si práci domů nebo pracuje přesčas. Nicméně produktivita práce zůstává na stejném bodě nebo se nadále snižuje, a to zvyšuje pocit frustrace (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006, KŘIVOHLAVÝ, 2012). Dochází rovněž k poklesu až ztrátě zájmu o témata související s profesí. Často

se objevuje také negativní hodnocení celkové situace, v níž byla profese vykonávána (KUPKA, 2008).

Mezi další projevy řadíme ztrátu odvahy a neochotu riskovat. Dále můžeme upozorovat negativní postoj ke světu, přecitlivělost a podrážděnost. Očividná je také nejen ztráta fyzické energie, ale i energie vnitřní. Člověk působí jakoby „bez života“. Dále se objevuje nespolehlivost a neobjektivnost. Jedinec není schopen reálně zhodnotit situaci. Také přestává být schopen řešit každodenní problémy, místo toho se před nimi schovává nebo odkládá jejich řešení (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006, KŘIVOHLAVÝ, 2012).

#### **2.5.4 Fyzické projevy**

Na fyzické úrovni hovoříme především o rychlé unavitelnosti a vyčerpání. Dále se mohou objevovat vegetativní potíže jako jsou: bolesti u srdce, změny tepové frekvence, změny krevního tlaku, dýchací potíže, zažívací potíže, bolesti hlavy, poruchy spánku a celková tenze (KUPKA, 2008).

## 2.6 Syndrom vyhoření a učitelé

Učitel je člověk, který soustavně a odborně vzdělává a vychovává děti, mládež nebo dospělé. Je iniciátorem výchovného procesu a jeho úkolem je pečovat o tělesný, rozumový, citový a volní vývoj vychovávaného jedince (GRECMANOVÁ, HOLOUŠOVÁ, URBANOVSKÁ, 1999). Učitelství je bezesporu stresovým povoláním. Na učitele je kladeno velmi mnoho nároků, a to z různých stran- od dětí, jejich rodičů, kolegů, řídicích pracovníků, politiků (FONTANA, 2003). Spolu s rozvojem masových komunikačních prostředků se snižuje úloha učitele coby hlavního zdroje informací pro žáky. Učitel musí usilovněji sledovat rozvoj vědeckého a technického poznání, aby mohl zodpovídat případné dotazy žáků. Zároveň však vzrůstá role učitele jako iniciátora činnosti žáků. K tomu, aby učitelova činnost byla úspěšná, potřebuje učitel zvláštní schopnosti jako je pedagogický talent, pedagogické mistrovství, kdy učitel dosahuje vynikajících výsledků a pedagogický takt. Dále by měl učitel mít diagnostické a didaktické schopnosti, schopnost rozšiřovat obzory svých vědomostí, schopnost pronikat do vnitřního světa žáka, schopnost získat si autoritu, organizační schopnosti, komunikační schopnosti, atd. Co se týče osobnostních vlastností, tak je to smysl pro spravedlnost, cílevědomost, samostatnost (GRECMANOVÁ, HOLOUŠOVÁ, URBANOVSKÁ, 1999), schopnost sebepoznání, sebereflexe, sebekritiky, psychická odolnost (DYTRTOVÁ, KRHUTOVÁ, 2009) schopnost sebeovládání, trpělivost, optimismus, láska k dětem a pedagogické činnosti, slušné vystupování, měl by být žákům vzorem,...(GRECMANOVÁ, HOLOUŠOVÁ, URBANOVSKÁ, 1999).

Učitelé jsou vystaveni neustálému požadavku udržení kázně ve třídě. Nemají jasně vymezené hodiny potřebné k výkonu své práce a mnoho práce si nosí domů (FONTANA, 2003). Zhruba polovinu času pracovní doby učitele tvoří vyučování, další polovina je věnována domácí přípravě, komunikaci s rodiči, administrativní práci, aj. (PRŮCHA, 2002). Tím je však omezena doba jejich odpočinku. Jsou vystaveni kritice rodičů, ředitelů škol, inspektorů, médií,... Mají nedostatek příležitostí k dalšímu vzdělávání, a přitom je od nich očekáváno, že budou držet krok s novými osnovami a pokroky v předmětech, které vyučují. Emocionálně na ně působí úspěchy a selhání jejich žáků. Učitel pracuje celý den s dětmi, a tak je v relativní izolaci od ostatních dospělých. Má tak omezený prostor k tomu, aby pohovořil s kolegy či probral s nimi své nesnáze (FONTANA, 2003).

Se syndromem vyhoření se u učitelů setkáváme velmi často a zvláště pak u učitelek základních a středních škol. Často se jedná o relativně nejlepší učitelky. Do svého zaměstnání vstupovaly s představou, že budou pomáhat žákům na jejich cestě za poznáním. Nezřídka to byly učitelky, které patřily mezi nejlepší na pedagogických fakultách. Ve škole se však setkaly s realitou- zájem žáků o učivo je velmi malý nebo žádný, kázeň je velice nízká a kázeňské prostředky učitelů jsou velmi omezené, špatné vztahy na pracovišti také nejsou ojedinělé (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

Na 2. stupni základních škol je dle mého názoru práce učitele ještě náročnější, neboť žáci prožívají období puberty. To je charakterizované především tělesnými a emocionálními změnami. Žáci jsou citově nevyrovnaní, hledají sebe sama, velmi často se bouří proti autoritě, ... To vše na učitele klade ještě větší nároky (MACHOVCOVÁ, 2014).

## **2.7 Zvládání burn out**

Jedním z velkých problémů při syndromu burn out je skutečnost, že člověk je zahlcen každodenními povinnostmi, z nichž není snadné se vymanit. Lidé snadno podléhají svým zvykům a často je ani nenapadne, že by některé věci mohli začít dělat jinak (STOCK, 2010).

Pomoc je možná, avšak záleží na několika různých podmínkách. V první řadě je důležité, aby si člověk uvědomil, že něco není v pořádku. Musí si připustit a uvědomit, že trpí syndromem vyhoření a že se jedná o závažný stav. Další podmínkou je, aby člověk sám chtěl se svým stavem něco udělat, aby měl dostatečnou motivaci ke změně a uzdravení. S tím neodlučitelně souvisí i převzetí osobní odpovědnosti za nápravný proces (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Je potřeba získat určitý odstup od svých problémů. Vhodné je například vzít si na několik dní dovolenou a v klidu přemýšlet o vzniklé situaci. Dalším krokem může být eliminace vlivů, které jedinci odebírají energii a posílení a vyhledávání vlivů, které ji naopak dodávají. Postižený jedinec by si také měl stanovit nějaké cíle, kterých chce v budoucnu dosáhnout. Tyto cíle by měly být samozřejmě reálné, konkrétní a měly by mít jasně vymezená kritéria splnění. Velmi důležitým krokem je zpomalení životního tempa, aby mohl člověk dosáhnout uvolnění a klidu. Velmi dobrým pomocníkem je v tomto případě relaxace (STOCK, 2010). Velkou roli hraje také to, jestli má jedinec dostatečnou oporu ve své rodině a do jaké míry je účinná v jeho osobním životě. Svou úlohu hraje také pracoviště a to, jaké podmínky vytváří pro ozdravný proces. Zda jej podporuje a poskytuje pro něj prostor či nikoli. Pomoc můžeme rozdělit na pomoc sama sobě a pomoc zvenčí (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

### **Pomoc sama sobě**

Je velmi důležité si uvědomit, že zážitky, které prožíváme, v nás nevyvolávají druzí lidé, ale naše vlastní vnímání světa (KOPŘIVA, 1997 in JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Pokud zažíváme negativní a nepříjemné pocity, je jen na nás samých, abychom to změnili. Při syndromu vyhoření se nemění svět kolem nás, ale náš pohled na svět (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Jedním z hlavních faktorů jak při vzniku, tak při zvládání syndromu burn out, je otázka uspokojení či neuspokojení základní existenciální potřeby, a to potřeby smysluplnosti bytí. Touto potřebou rozumíme prožívání

smysluplnosti existence. Toto prožívání je však subjektivní. Vztahuje se k pocitu smysluplnosti práce i života jako celku (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

Jak již bylo zmíněno, syndrom vyhoření úzce souvisí s chronickým stresem. Stres vzniká, začnou-li stresory převažovat nad salutory. Stresory chápeme jako zátěžové situace, které na nás kladou zvýšené nároky. Salutory představují možnosti, jak lze těžké situace problémy řešit. Abychom dokázali předcházet stresu, musíme ubrat na straně stresorů nebo přidat na straně salutorů (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Ubráním na straně stresorů je myšleno například vzdání se některých nebo některé z aktivit, které děláme. V případě, že se činnost rozdělit nedá, zbývá ještě možnost s činností skončit. Tato možnost se může jevit jako útěk z boje, ale v určité situaci může být lepší, nežli později se objevující totální vyhoření. Přidání na straně salutorů může spočívat v různých preventivních aktivitách. Například seznámení se s problematikou duševního zdraví a možnostmi jeho posilování, s relaxačními technikami, s posilováním vlastní odolnosti. (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

Pojem sociální opora je definován jako trvajících mezilidské vztahy člověka ve skupině lidí, na které se člověk může spolehnout a kteří mu mohou poskytnout emocionální podporu a potřebné zdroje ve chvílích, kdy jsou potřeba (KŘIVOHLAVÝ, 2012). Toto společenství druhých lidí, kteří jsou spolu nějakým způsobem spjati, vytváří sociální síť. Sociální síť je významná pomoc v boji proti stresu a zabránění emocionálního vyhoření. Dle Pinesové a Aronsona se ukazuje, že čím lepší vztahy má člověk k druhým lidem, tím má relativně nižší úroveň psychického vyhoření. Sociální opora spočívá v tom, že v těžkých chvílích postiženého člověka, se od něj jeho okolí neodvrací. Naopak s ním tráví čas, snaží se mu naslouchat, vyslechnout jeho nářky. Sdílí s ním jeho rozbourané emoce a neodsuzuje ho (KŘIVOHLAVÝ, 1998). Dalším způsobem, jak nám může naše okolí pomoci, je poskytnutí zpětné vazby. Poskytuje nám informace o tom, jak působíme, jakou práci vykonáváme, jak nás vnímají druzí. Na základě těchto informací můžeme korigovat, podporovat a rozvíjet naše další snažení (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006). Sociální oporou může být rovněž finanční či materiální pomoc (KŘIVOHLAVÝ, 2012). Sociální opora může být účinná pouze v případě, že ji příjemce jako oporu vnímá. Vztah plní funkci sociální opory, je-li důvěryhodný a vlivný (UPHOLD, 1991 in BAŠTECKÁ, 2005). Sociální opora má hlavní zdroje v rodině, v zaměstnání od spolupracovníků, mimo práci od přátel a dobrých známých. Nedostatek sociální opory pozitivně koreluje s rozvojem vyhaslosti. Zdá se, že významnou roli hraje sociální opora poskytovaná spolupracovníky, kteří jsou ve stejném postavení (KUPKA, 2008).

Další věc, kterou může vyhořelý jedinec podniknout je to, že bude usilovat o to, aby jeho podmínky v zaměstnání byly přijatelné, jasné a srozumitelné. To znamená ujasnění si pracovních úkolů a hlídání si vlastních hranic. Je vhodné se zamyslet nad tím, jestli mám pro svou práci dostatečné množství kompetencí, dovedností a znalostí. Pokud ne, bude pravděpodobně muset vynaložit mnohem větší úsilí na to, aby mohl svou práci dobře vykonávat (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

### **Pomoc zvenčí**

Pomoc zvenčí může být různého charakteru. Tou nejjednodušší je úprava pracovních podmínek. Jde o jasné vymezení pracovních úkolů a jejich ohraničení. Dalším opatřením může být zajištění konkrétního místa, kam může jedinec z pracoviště odejít a odpočinout si. Podmínky lze zlepšit i dobře fungujícím týmem, který bude spolupracovat na úkolech nebo různými zajímavými činnostmi, jež vytrhnou pracovníky ze stereotypní náplně. V neposlední řadě pomůže jakékoliv zjednodušení v oblasti administrativy či složitých pracovních postupů, které vyžadují fádňní nekreativní práci (JEKLOVÁ, REITMAYEROVÁ, 2006).

### **Supervize jako pomoc**

Ke korekci profesionálního chování a zajišťování prevence syndromu vyhoření se používá také metoda supervize. Jedná se o systematickou pomoc při řešení profesionálních problémů. Napomáhá jedinci pochopit jeho osobní, zejména emoční podíl na jeho profesním problému. Supervize také slouží jako nástroj k pravidelnému očištění od myšlenek a emocí, které v hlavě uvíznou. Odborně prováděná pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních způsobů prevence syndromu burn out (TOŠNER, TOŠNEROVÁ, 2002).

### **Metody odstraňování stresových stavů (rozdělení dle KUKAČKA, 2010)**

- Transformace emocí: Hlavní myšlenkou je, že emoce jsou určitou formou energie, kterou je možno přetransformovat. Jde tedy o přeměnění negativní emoce na emoci pozitivní (PATAKY, 2005 in KUKAČKA, 2010).
- Zvládnutí emocí a následné řešení situace: Často se rozhodujeme pod vlivem náhlých emocí. Avšak ne všechna tato rozhodnutí bývají správná. NEŠPOR (2008 in KUKAČKA, 2010) doporučuje, abychom se nejprve uklidnili. A teprve po

zklidnění či důkladném seznámení se s problémem se rozhodovali pro řešení situace.

- Ventilace stresu: Tato metoda vychází z poznatků o tom, že stres připravuje organismus na fyzickou či psychickou zátěž. Uvolnění koncentrované energie můžeme dosáhnout například intenzivní pohybovou aktivitou či výkřikem (KUKAČKA, 2010).
- Asertivita: Asertivita je komunikační dovednost či technika, která nám umožňuje překonat působení emocí a díky tomu efektivně vyjádřit naše zájmy, potřeby, pocity a postoje. Umožňuje nám kontrolovat vlastní chování a zachovat si sebeúctu i v situacích kdy pocítujeme úzkost nebo máme pocit, že se situace vymyká kontrole. Smyslem asertivního jednání je získat zdravé sebevědomí (LAHNEROVÁ, 2012).
- Meditace: Meditace patří do skupiny relaxačních technik. Technika spočívá v opakování určitého slova při každém nádechu. Člověk se tak soustředí na pomalé vyslovování daného slova, a tak nemá možnost myslet na těžkosti, které ho trápí. Může si od problémů odpočinout (KŘIVOHLAVÝ, 2001).
- Dechové techniky: Rychlý a povrchní dech na náš organismus působí negativně. Může zvyšovat napětí, nervozitu a stres. Naopak klidný a rovnoměrný hluboký dech uklidňuje tělo i mysl. Dechové techniky nám tedy pomáhají zvládat každodenní zátěž (MAHÉŠVARÁNANDA, 2000).

### **Prevence syndromu burn out dle KUPKA (2008)**

Za preventivní faktory syndromu vyhoření považujeme tři skupiny okolností.

- Nalezení smysluplné pracovní činnosti
- Získání a převzetí profesionální autonomie
- Vytváření přirozeného vztahu k práci (poznání přínosu, jenž práce přináší) a dalším životním aktivitám



## 2.8 Psychohygienu a zdravý životní styl

Duševní hygienou (psychohygienou) rozumíme v užším slova smyslu prevenci před vznikem duševních nemocí. Často se ale s tímto termínem setkáváme v širším slova smyslu (VOSEČKOVÁ, 2003). Centrem pozornosti je vztah mezi duševním zdravím a poruchou (nemocí), zabývá se faktory zdraví a nemoci z pohledu psychického stavu jedince (BARTKO, DOLEŽAL, KONDÁŠ in VOSEČKOVÁ, 2003). Mentální hygiena je v obecném povědomí oproti tělesné hygieně méně známým pojmem (KŘIVOHLAVÝ, 2001). Dle MÍČKA (1984) rozumíme duševní hygienou soubor vědecky propracovaných pravidel a rad, které nám slouží k prohloubení, udržení nebo znovuzískání duševní rovnováhy. Psychohygienu se zabývá především zdravými lidmi a snaží se posílit a upevnit jejich duševní zdraví. Avšak zabývá se i jedinci, kteří se nacházejí na hranici zdraví a nemoci. Těm pomáhá objevit cesty ke znovunabytí duševní rovnováhy. Vhodná je i pro lidi nemocné. Těm pomáhá lépe vzdorovat nemocem.

SYŘIŠŤOVÁ (1972 in MLČÁK, 2004) definovala duševní zdraví podle následujících charakteristik:

- Subjektivní uspokojení
- Schopnost správného sebehodnocení
- Pocit identity
- Schopnost seberealizace
- Autonomie, nezávislost, sebeurčení
- Integrace osobnosti
- Rezistence ke stresu, tolerance úzkosti
- Adekvátní percepce reality
- Schopnost přežití
- Sociální adaptace
- Aktivní přizpůsobivost

### **Zásady duševní hygieny dle KEZBA, ŠOLCOVÁ (2003)**

- Otevřenost k tomu, co se děje v našem okolí. Snaha chápat okolní události jako zajímavé a smysluplné.
- Nebát se změn a přijímat je jako něco přirozeného, běžného. Chápat je jako novou příležitost a výzvu.
- Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní. Aktivně hledat způsoby a kroky k tomu, jak situaci vyřešit.
- Počítat se stresujícími situacemi. V dnešním světě se stresu jen těžko vyhneme.
- Umět dokázat izolovat stres od ostatních životních aktivit. Tedy schopnost nechat své pracovní starosti na pracovišti a naopak nepřenášet partnerské či rodinné starosti do zaměstnání.
- Udržovat dobré a hojné vztahy s druhými lidmi. Dobré sociální zázemí velmi pomáhá při zvládnutí stresu.
- Osvojení zdravého životního stylu.

### **Zdravý životní styl**

Cílem zdravého životního stylu je především dosažení dobrého zdraví (KUKAČKA, 2009). Zdraví můžeme definovat z mnoha hledisek. Můžeme ho chápat jako protiklad nemoci, jako stav normálního fungování, kdy je člověk schopen provádět běžné úkony, dále jako schopnost adaptace a akomodace, kdy se jedinec dokáže přizpůsobit vnějším podmínkám a zároveň je schopen přizpůsobovat si vnější podmínky tak, aby mu vyhovovaly. Za zdraví můžeme považovat i stav dobré fyzické a psychické zdatnosti (MLČÁK, 2004). Moderní pojetí zdraví (dle WHO) chápe tento fenomén jako stav pohody po stránce fyzické, psychické, sociální a případně i spirituální. K tomu, abychom dosáhli takového stavu, nestačí jen kombinace racionální výživy a tělesné aktivity. Neméně důležitou roli hraje schopnost střídání práce a odpočinku (KUKAČKA, 2009).

Dle NEŠPORA 2007 (in KUKAČKA, 2009) řadíme ke zdravému životnímu stylu následující:

- Vhodná výživa a dostatek tekutin. Odvodňující nápoje jsou nevhodné. Člověku, který má v těle dostatek tekutin, to lépe myslí.
- Dostatečný spánek pro regeneraci těla a vyšší duševní výkonnost.
- Rovnováha mezi povinnostmi a volným časem.

- Střední míra zátěže. Člověk by se neměl přetěžovat, neboť z toho pramení stres a nedostatek času.
- Dostatek pohybu je zásadní požadavek pro zdravý životní styl. Pohybová aktivita by měla kompenzovat jednostranné pracovní zaměření či přetížení.
- Pravidelná relaxace, především u jedinců, kteří jsou vystavováni častému či intenzivnímu stresu.
- Péče o zdraví. Každý jedinec by se měl snažit eliminovat rizikové faktory jako je kouření, nadměrná konzumace alkoholu, ... Dále sem řadíme preventivní lékařské prohlídky.

### **Pohyb a psychika**

Pokud tělo nemá dostatek přiměřené fyzické zátěže, nevyprodukuje dostatečné množství endorfinů. Endorfiny jsou hormony, které tlumí bolest, přinášejí příjemný pocit, snižují napětí a pocit stresu. Při jejich nedostatku může člověk trpět chmurnými náladami a každá překážka mu bude připadat nepřekonatelná (KUKAČKA, 2009). Tělesná aktivita má tedy prokazatelný pozitivní vliv na psychiku člověka a jeho emoční ladění, umožňuje tak lidem lépe zvládat stresové situace (MLČÁK, 2004).

### **Spánek**

Spánek patří zcela nepochybně mezi nejdůležitější podmínky dobrého zdraví (KUKAČKA, 2010). Je to přirozený způsob odbourávání následků stresu. Pokud není spánek kvalitní, neplní tuto funkci v dostatečné míře. To znamená, že se po něm necítíme dostatečně psychicky a fyzicky občerstvení a odpočnutí (DROTÁROVÁ, DROTÁROVÁ, 2003). Význam spánku spočívá především v regeneraci centrálního nervového systému. (PRAŠKO, 2009 in KUKAČKA, 2010). Spánková deprivace zhoršuje kognitivní funkce, k nimž patří pozornost či schopnost rozhodovat se. (NEŠPOR, MATANELLI, 2011). Nedostatek spánku může být příčinou stresu a naopak stres může způsobovat poruchy spánku (KŘIVOHLAVÝ, 2001). K léčbě poruch spánku jsou doporučovány relaxační techniky a úprava životního stylu (NEŠPOR, MATANELLI, 2011).

## 2.9 Relaxace

Potřeba uvolnit se je společná všem lidem a dokonce i zvířatům. Existuje však mnoho různých způsobů, jak toho dosáhnout. Rozličné životní a kulturní prostředí ovlivňuje, jaké relaxační techniky lidé používají. Mezi nejznámější způsoby relaxace patří: jógová relaxace, Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink, buddhistické meditační techniky, relaxace vyžívající biofeedback, ... (NEŠPOR, 1998). Pojem relaxace se původně vztahoval k oblasti fyziologie a znamenal uvolnění svalových vláken. Dnes se ovšem s pojmem relaxace setkáváme ve smyslu psychického i fyzického uvolnění (DROTÁROVÁ, DROTÁROVÁ, 2003).

Relaxace neznamena běžný odpočinek, kdy člověk přijde domů a usadí se na pohovku. Tím dosáhneme pouze povrchového uvolnění. Relaxaci chápeme jako hluboké uvolnění, které nám pomáhá odstranit zbytečné svalové a nervové napětí (KOMBERCOVÁ, SVOBODOVÁ, 1998). Relaxace spolu se správným dýcháním patří k nejúčinnějším způsobům, které kompenzují negativní účinky stresu. Ve stavu relaxace dochází k řadě tělesných změn. Dochází k aktivaci parasymptiku vegetativního nervového systému. Ve stresu je aktivován sympatikus. Tyto změny tedy představují opak tělesných změn, které jsou vyvolávány ve stresových situacích. (DROTÁROVÁ, DROTÁROVÁ, 2003). Mezi tyto tělesné změny patří: snížení svalového napětí a prokrvení svalů, snížení tepové frekvence a krevního tlaku, snížení dechové frekvence, snížení látkové výměny, snížení produkce hormonů nadledvin a štítné žlázy, snížení frekvence vln na záznamu elektrické aktivity mozku (EEG), snížení kožní vodivosti. Naopak dochází ke zvýšení imunity, rychlejšímu hojení, zlepšení spánku a trávení (NEŠPOR, 1998).

Relaxační techniky nejsou všelékem na všechny starosti, nepomohou nám odstranit všechny příčiny problémů, ani neodstraní negativní vzpomínky z našeho podvědomí. Avšak může snížit jejich negativní náboj a pomoci nám k pozitivnějšímu emočnímu ladění. Pomůže nám získat nadhled a odstup od našich problémů. Další výhodou relaxace je, že nám napomáhá k většímu sebepoznání, adekvátní sebereflexi a případně i k osobnostnímu růstu a vyzrání (DROTÁROVÁ, DROTÁROVÁ, 2003). Nadbytečné napětí je potřeba odstraňovat. Někteří lidé jsou ve zvýšeném napětí po celý den a neumějí se uvolnit ani během spánku. To může vést k tomu, že se napětí začne hromadit a stává se tak ještě intenzivnějším. Napětí nespočívá pouze ve svalech, které používáme k běžnému pohybu, ale také ve svalech vnitřních orgánů, které nemůžeme ovládat pomocí vůle. K jejich uvolnění pomáhá dýchání. To je prostředníkem mezi oblastmi, jež ovládáme vůlí a

oblastmi, které vůlí neovládáme. Svalové uvolnění přináší uvolnění i mozku a nervovému systému, proto dochází i k uvolnění naší mysli. Naučíme-li se tedy uvolňovat naše svaly a kontrolovat svůj dech, uvolníme i svou mysl, a tím dosáhneme hlubokého kvalitního odpočinku. Relaxaci můžeme rovněž využívat jako přechod do spánku, který je díky tomu hlubší a odpočinek je intenzivnější (KOMBERCOVÁ, SVOBODOVÁ, 1998).

Naučit se hluboce uvolnit není otázkou několika minut. Je potřeba učit se postupně. A to nejlépe pod vedením zkušeného terapeuta v autogenním tréninku, či cvičitele jógy (KOMBERCOVÁ, SVOBODOVÁ, 1998). Relaxační a meditační techniky procvičují a zlepšují schopnost uvědomovat si vlastní tělo a psychiku. Další prvek, který je přítomen prakticky u všech relaxačních či meditačních technik, je koncentrace. Nejedná se však o nějaké křečovitě soustředění, ale o klidnou uvolněnou pozornost. Taková klidná pozornost je zcela jistě výhodou i v normálním životě. Relaxace nám napomáhá zlepšit také naše sebeovládání. A právě pocit, že můžeme sami sebe či situace, ve kterých se nacházíme, ovládat, zvyšuje odolnost vůči stresu (NEŠPOR, 1998). Stav únavy či stresu je důležitým signálem, že tělo požaduje odpočinek a chvíli klidu. Rozlišujeme odpočinek těla a ducha. V rozvinutých zemích se setkáme především s přetížením nervové soustavy. A právě relaxace je účinným prostředkem, který umožňuje „dobít“ nervový systém. Oddaluje totiž stres a zároveň je jeho prevencí (COMBY, 1997).

### **2.9.1 Fyzická relaxace**

Tato forma relaxace znamená záměrné uvolnění napětí, které se vytvořilo během dne. Jedná se o vědomé uvolnění všech svalů. Někdy se doporučuje postupovat z jednoho konce těla k druhému a uvolňovat svaly postupně. Avšak mnoho lidí dokáže uvolnit všechny svaly naráz (BALSEKAR, 2003 in KUKAČKA, 2009).

### **2.9.2 Psychická relaxace**

Tady se jedná o relaxaci jiného druhu než v předešlém případě. Jde o absenci myšlení, absenci vědomého fyzického uvolňování. Osvobozuje nás tedy od neustálého přemýšlení. Při mentální relaxaci se soustředíme na interval ticha mezi dvěma myšlenkami. V těchto intervalech dochází k tomu, že mysl „zmlkne“ a vyprázdní své obsahy. Díky tomu si plně uvědomuje, co se děje v daném okamžiku. Utišená mysl otevírá prostor pro tvořivé schopnosti a intuici. To má za následek jednak vymizení psychologických problémů, ale také to, že se objevují i řešení intelektuálních a praktických problémů (BALSEKAR, 2003 in KUKAČKA, 2009).

### 2.9.3 Zásady pro správnou relaxaci

Předtím, než budeme relaxaci provádět, je nutné nejprve vytvořit vhodné podmínky. Je důležité, abychom na relaxaci měli dostatek času a aby nás během ní nikdo nevyrušoval. Před samotnou relaxací místnost dobře vyvětráme. V případě, že nerelaxujeme na lůžku, si připravíme podložku a případně i lehkou pokrývku. Vybíráme volný, pohodlný oděv z přírodních materiálů. Šperky, brýle a hodinky před relaxací sundáváme, aby nás nic netísnilo. Rovněž je vhodné rozpustit si vlasy (KOMBERCOVÁ, SVOBODOVÁ, 1998).

### 2.9.4 Způsoby relaxace

Způsoby relaxace (dle DROTÁROVÁ, DROTÁROVÁ, 2003).

- Relaxace na bázi svalového uvolnění- masáže, akupresura, reflexní terapie, postojové cvičení (asány)
- Relaxace na bázi dechových cvičení- koncentrace na volný, přirozený průběh dechu, plný jógový dech
- Relaxačně koncentrační metody- Jacobsonova progresivní relaxace, Schultzův autogenní trénink, meditace
- Relaxačně imaginativní metody- Silvova metoda, tvůrčí představivost Gawainové, Simontonova relaxační autoregulační metoda
- Technologické postupy- biofeedback
- Další přístupy- relaxace pomocí aromaterapie, muzikoterapie

Jiné rozdělení relaxace nabízí KUKAČKA (2010).

#### *Metody fyzické relaxace*

- Metody aktivní tělesné relaxace- jóga, Čchi.kung, Kum-nye
- Metody pasivní tělesné relaxace- masáže, akupunktura, akupresura, reflexní terapie, aromaterapie, saunování, parní lázeň, koupele, zábaly, balneologie

#### *Metody mentální relaxace*

- Relaxačně koncentrační metody- progresivní relaxace, autogenní trénink, meditace, dechová cvičení,
- Jiné metody- imaginace, mentální trénink, zpěv, hudba,

## **2.10 Relaxační techniky „jóga nidrá“, „pránajáma“ a autogenní trénink**

### **2.10.1 Jóga nidrá**

Jóga nidrá v překladu znamená „jógový spánek“. Jedná se o techniku, která navozuje stav na hranici vědomí a spánku. Jednoduše řečeno je to velmi hluboká relaxace. Tělo je nehybné a dokonale uvolněné. Ale mysl a vědomé zaměření naší pozornosti prochází pod vedením učitele jednotlivými částmi těla. Postupně se odvrací od vnějších podnětů a zaměřuje se dovnitř. Při provádění tohoto cvičení bychom neměli být nikým rušeni. Je však důležité sledovat slovní pokyny učitele (MAHÉŠVARÁNANDA, 2000). Dle NEŠPORA (2008) se také pokyny můžeme naučit nazpaměť a v duchu si je přehrávat nebo můžeme použít audiozáznam. Hlubokou relaxací můžeme dosáhnout realizace tzv. „sankalpy“. To je přání dosáhnout něčeho pozitivního. Sankalpa by měla být formulována v krátkých větách, které mají jednoznačný význam. Sankalpu si opakujeme třikrát na začátku a před koncem relaxace (MAHÉŠVARÁNANDA, 2000). Délka cvičení je cca 30 min, ale může být i delší. Výchozí polohou je leh na zádech s nohama mírně od sebe, ruce jsou podél těla dlaněmi vzhůru. Oči jsou zavřené po celou dobu cvičení (NEŠPOR, 2008). Abychom nepocítovali chlad a cítili se pohodlně, můžeme použít přikrývku (MAHÉŠVARÁNANDA, 2000).

### **2.10.2 Pránajáma- dechová cvičení**

Dechová cvičení slouží k prohlubování a zkvalitňování dechu, zvyšují kapacitu plic, pročišťují dýchací cesty, aktivují či zklidňují nervovou soustavu a napomáhají k obnově psychických i fyzických sil (DROTÁROVÁ, DROTÁROVÁ, 2003). Hloubku a frekvenci dechu řídí dechové centrum v mozku. Tato regulace probíhá automaticky bez našeho vědomí. Dýchání však nemusí probíhat pouze automaticky. Můžeme ho také vědomě ovlivňovat. Pránajáma je tedy vědomé řízení dechu. Klasická pránajáma má tři fáze: nádech, výdech a zadržetí dechu. Největší důraz je kladen právě na zadržetí dechu. Zpočátku zadržujeme dech pouze po nádechu, později také při výdechu. Předtím, než začneme cvičit pránajámu se zádržemi, je nutné zvládnout přípravná dechová cvičení. K těm patří nádí šódhana, kdy dýcháme střídavě pouze jednou nebo druhou nosní dírkou. Pro pokročilou pránajámu se zádržemi je důležitý časový sled dechových fází. Nádech provádíme na 1 dobu, zádrž na 4 doby a výdech na 2 doby. Když provádíme zádrž i po

výdechu, je to 1 doba na nádech, 4 doby zádrž, 2 doby výdech a 4 doby zádrž (MAHÉŠVARÁNANDA, 2000).

Důsledkem pránajámy se zádrží je, že do tělesných tkání přichází menší množství kyslíku a současně se vylučuje méně kysličníku uhličitého. Tkáně se musí přizpůsobit a lépe využívat kyslíku. Mírný nadbytek kysličníku uhličitého v krvi navozuje vnitřní pohodu, zklidnění a zvyšuje krevní oběh v mozku. Z hlediska psychického nám pránajáma pomáhá udržet mysl pod kontrolou a lépe zvládat stresové situace (MAHÉŠVARÁNANDA, 2000).

### **2.10.3 Autogenní trénink**

Zakladatelem této relaxační techniky byl německý lékař Johann Heinrich Schultz. Původně se zabýval hypnózou. Nicméně při léčbě pomocí hypnózy je pacient závislý na terapeutovi. To byl patrně hlavní vliv, který přispěl vzniku autogenního tréninku (NEŠPOR, 1998). Autogenní trénink je činností vycházející ze sebe, z vlastního já. Zdrojem je aktivita osobnosti každého jedince. (GEIST, 1998). Člověk si uvolnění navozuje sám a není závislý na terapeutovi (NEŠPOR, 1998). Ovšem k osvojení této techniky je nutné cvičit pod dohledem zkušeného cvičitele. Doba potřebná k osvojení základního stupně je individuální. V literatuře se však uvádí průměrná hodnota- 3 až 4 měsíce (GEIST, 1998). Mnoho lidí z praktických důvodů používá k nácviku různé zvukové nahrávky, které mají nahradit terapeuta (KOVÁŘOVÁ, 20-?).

Cvičení se provádí 3-5 min., avšak cvičení by se mělo provádět třikrát denně (ráno, v poledne a večer), a to nejlépe ve stejnou dobu (GEIST, 1998). V autogenním tréninku se pracuje s navozením pocitu tíhy a tepla. Důležitým prvkem je také koncentrace na dech (KOVÁŘOVÁ, 20-? ). Dále spočívá autogenní trénink v sugestivních podnětech. Dochází tak k psychickému sebeovlivňování (GEIST, 1998). Tyto formule mohou pracovat s pocitem tíhy, tepla, uvolnění, ale i s emocemi, sebehodnocením, atd. To vše probíhá za pravidelného dýchání. Výchozí poloha je zpravidla leh na zádech. Ruce jsou podél těla dlaněmi vzhůru (NEŠPOR, 1998).



## **3. Praktická část**

### **3.1 Cíle práce**

1. Zjištění prevalence vyhoření v kategorii emocionálního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení u učitelů 2. stupně základních škol v Jihočeském kraji pomocí dotazníku Maslach Burnout Inventory.
2. Zjištění souvislosti mezi syndromem vyhoření a životním stylem učitele.
3. Zjištění souvislosti mezi syndromem vyhoření a délkou učitelské praxe.

#### **3.1.2 Dílčí úkoly**

1. Studium odborné literatury
2. Vyhledání vhodných škol pro připravovaný výzkum
3. Oslovení vybraných škol, seznámení ředitele či zástupce ředitele školy s náležitostmi výzkumu a prosba o spolupráci
4. Vyhodnocení získaných dat

### **3.2 Hypotézy práce**

H1: Předpokládám, že učitelé 2. stupně ZŠ jsou ohroženi syndromem vyhoření, neboť dle KŘIVOHLAVÉHO (2012) se syndrom vyhoření u učitelů vyskytuje velmi často.

H2: Předpokládám, že zdravý životní styl slouží jako prevence syndromu vyhoření. Dle ŠOLCOVÉ a KEZBY (2003) patří osvojení zdravého životního stylu k zásadám duševní hygieny, která je důležitá pro udržení či získání duševního zdraví.

H3: Předpokládám, že vyučující s delší učitelskou praxí, mají větší sklon k syndromu vyhoření. Dle PRŮCHY (2002) se u starších učitelů ve větší či menší míře objevují projevy vyčerpání, zejména psychických sil, profesní ochablosti a apatičnosti k snahám znovu „zahořet“.

### **3.3 Metodika**

#### **3.3.1 Charakteristika výzkumného souboru**

Cílovou skupinou mého výzkumu jsou učitelé 2. stupně základních škol v Jihočeském kraji. Dotazník vyplnilo celkem 111 respondentů. Z toho 91 žen a 20 mužů. Věkové rozmezí respondentů se pohybuje mezi 24-68 lety. Délka učitelské praxe se pohybuje mezi 0,5-45 lety.

#### **3.3.2 Organizace výzkumného šetření**

Respondenti byli osloveni skrze elektronický dotazník, který jsem sestavila. Dotazník byl zaslán řediteli či zástupci ředitele školy prostřednictvím emailu. V online dotazníku bylo popsáno, o jaký výzkum se jedná, že je anonymní a kolik času zabere vyučujícím. Ředitele či zástupce ředitele jsem požádala, zda by dotazník rozeslal učitelům druhého stupně. Nabídla jsem jim i zpětnou vazbu z mé strany, v případě jejich zájmu o výsledky výzkumného šetření. O spolupráci jsme požádala celkem 48 škol. Jednalo se o základní školy v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, Jindřichově Hradci, Písku, Táboře, Prachaticích, Milevsku, Čimelicích, Vodňanech, Blatné, Týnu nad Vltavou, Soběslavi a Vimperku.

#### **3.3.3 Metodologický postup výzkumu**

Pro výzkumné šetření jsem použila dva druhy dotazníků. Jedná se o standardizovaný Maslach Burnout Inventory, jež se zabývá syndromem vyhoření a dotazník životního stylu, který jsem osobně zhotovila.

Maslach Burnout Inventory je dotazník založený na posuzovacích škálách (ŠOLCOVÁ, KEZBA, 2003). Má celkem 22 otázek. Respondenti označí číslo (Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně), které nejvíce vystihuje jejich pocity pro danou otázku. Tento dotazník se zaměřuje na tři aspekty syndromu vyhoření. Je to emocionální vyčerpání EE, depersonalizace DP a osobní uspokojení PA. V každé oblasti může respondent dosáhnout nízkého, mírného nebo vysokého stupně. V oblasti EE a DP jsou nejpříznivější nízké skóry. Pro oblast PA je nejpříznivější vysoký skór (dostupné z: <http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory>).

## **Maslach Burnout Inventory:**

### **1 Práce mne citově vysává.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **4 Velmi dobře rozumím pocitům svých žáků.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **5 Mám pocit, že někdy s žáky jednám jako s neosobními věcmi.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **6 Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **7 Jsem schopen/ schopna velmi účinně vyřešit problémy svých žáků.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **8 Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **9 Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalad'ují.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **10 Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal/a jsem se méně citlivým/ citlivou k lidem.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **11 Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým/tvrdou .**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **12 Mám stále hodně energie.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **15 Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými žáky.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

### **16 Práce s lidmi mi přináší silný stres.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

**17 Dovedu u svých žáků vyvolat uvolněnou atmosféru.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

**18 Cítím se svěží a povzbuzený/á, když pracuji se svými žáky.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

**19 Za roky své práce jsem byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

**20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

**21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.**

Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

**22 Cítím, že žáci mi přičítají některé své problémy.**

### **Vyhodnocení MBI:**

*Stupeň emocionálního vyčerpání EE (otázky 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20)*

Nízký 0 - 16 bodů

Mírný 17 – 26 bodů

Vysoký 27 a více bodů = vyhoření!

*Stupeň depersonalizace DP (otázky 5, 10, 11, 15, 22)*

Nízký 0 - 6 bodů

Mírný 7 - 12 bodů

Vysoký 13 a více bodů = vyhoření!

*Stupeň osobního uspokojení PA (otázky 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21)*

Vysoký 39 a více bodů

Mírný 38 - 32 bodů

Nízký 31 - 0 bodů = vyhoření!

Dotazník životního stylu obsahuje 20 otázek, v nichž zkoumá, zda se respondent zajímá o zdravý životní styl a stravu, kterou konzumuje, zda sportuje a tráví čas na čerstvém vzduchu, zda se věnuje relaxaci a odpočinku, zda konzumuje alkohol či kouří, apod. Díky tomuto dotazníku si lze udělat představu o tom, jakým způsobem respondent žije. Dotazník životního stylu je ohodnocen pomocí počtu dosažených bodů v tomto dotazníku. Pokud respondent získal 20-16,5 bodů, byla úroveň jeho životního stylu hodnocena jako výborná. V rozmezí 16-12,5 bodů byla úroveň životního stylu hodnocena

jako velmi dobrá. Pokud respondent dosáhl 12-8,5 bodů, byla úroveň životního stylu hodnocena jako dobrá. V rozmezí 8-4,5 bodů byla úroveň životního stylu hodnocena jako dostatečná. 4-0 bodů bylo vyhodnoceno jako nedostatečná úroveň životního stylu.

**Dotazník životního stylu:**

**1. Zajímáte se o zdravý životní styl?**

Ano Ne

**2. Sportujete?**

Ano Ne Občas

**3. Kolik tekutin vypijete během dne (káva, alkohol se nepočítá)?**

Méně než 1l 1-2l 2l a více

**4. Myslíte si, že jíte zdravě?**

Ano Ne Nevím

**5. Zajímáte se o složení potravin? (energetická hodnota, sladidla, éčka,...)**

Ano Ne

**6. Jíte ve stresu?**

Ano Ne Občas

**7. Užíváte doplňky stravy (vitamíny, stopové prvky, aloe vera, bylinky,...)? Jaké?**

Ano Ne .....

**8. Užíváte pravidelně nějaké léky?**

Ano Ne

**9. Chodíte pravidelně na preventivní lékařské prohlídky?**

Ano Ne

**10. Zajímáte se o alternativní medicínu? (homeopatie, čínská medicína, bylinky, aromaterapie,...)**

Ano Ne

**11. Kolik hodin denně spíte? Je to pro Vás dostačující?**

..... Ano Ne

**12. Myslíte si, že dostatečně odpočíváte?**

Ano Ne

**13. Věnujete se relaxaci/ meditaci?**

Ano Ne Občas

**14. Trávíte čas na čerstvém vzduchu (v přírodě, na venkově, v lese)?**

Ano Ne Občas

**15. Věnujete se dostatečně činnostem, které vám přinášejí radost?**

Ano Ne

**16. Máte dost času sám/sama pro sebe?**

Ano Ne Občas

**17. V jaké míře konzumujete alkohol?**

Nekonzumuji Občas Často

**18. Kouříte?**

Ano Ne

**19. Pijete kávu?**

Ano Ne

**20. Řekl/a byste, že jste odolný/á vůči stresu?**

Ano Ne Nevím

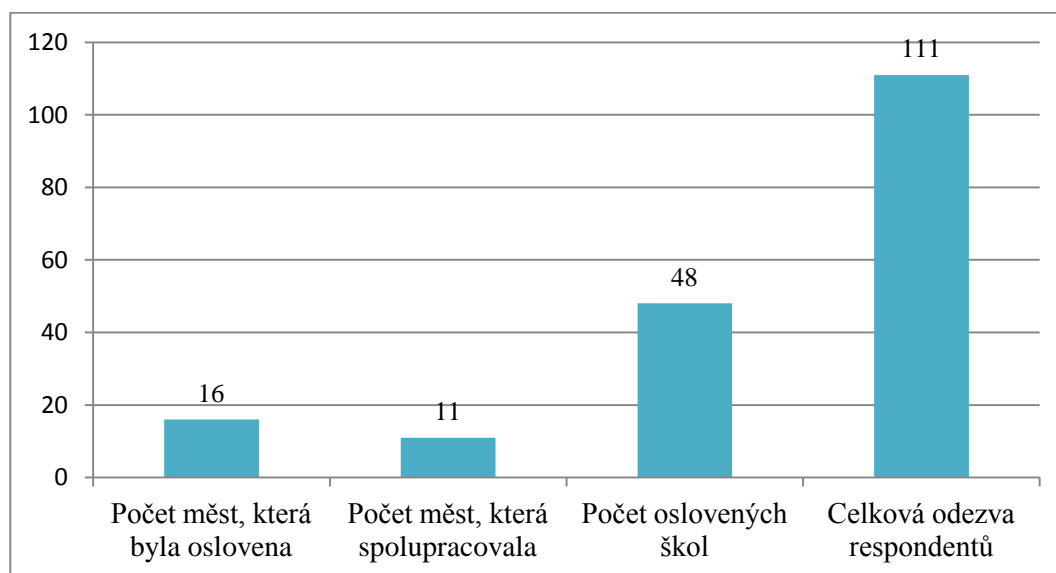
## 4 Výsledky

### 4.1 Základní údaje o respondentech

Tabulka č. 1: Základní údaje

Počet měst, která byla oslovena	16
Počet měst, která spolupracovala	11
Počet oslovených škol	48
Celková odezva respondentů	111

Celkem bylo ve výzkumu osloveno  $n=16$  měst. Z toho  $n=11$  měst spolupracovalo. Bylo osloveno celkem  $n=48$  škol. Do výzkumu se zapojilo celkem  $n=111$  respondentů.

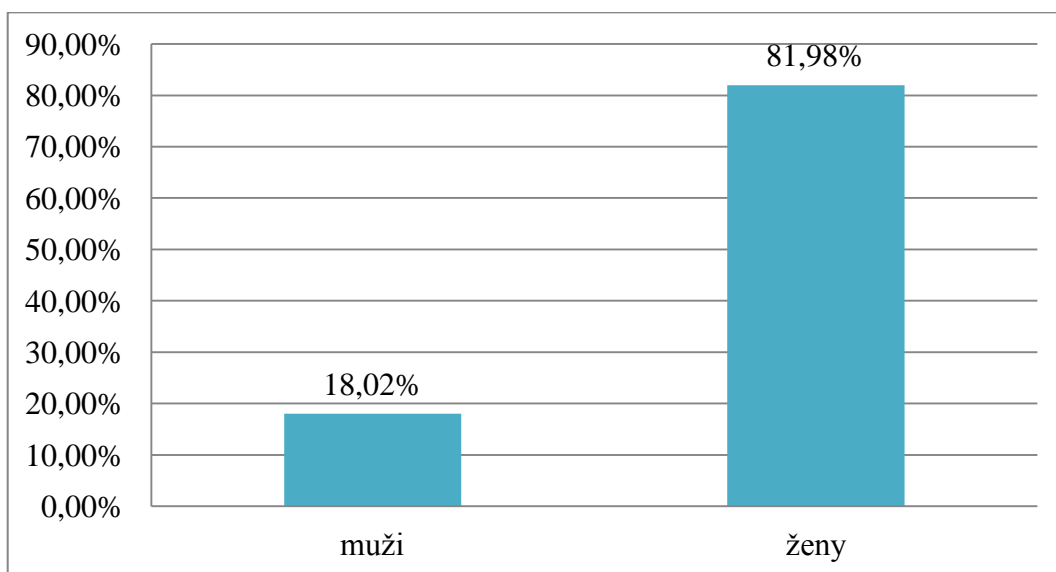


Obrázek č. 1: Základní údaje

Tabulka č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví	Počet respondentů	Vyjádření v %
muži	20	18,02%
ženy	91	81,98%

Výzkumu se zúčastnilo celkem  $n^i=111$  respondentů. Z toho  $n=91$  ( $f_j=81,98\%$ ) respondentů bylo ženského pohlaví a  $n=20$  ( $f_j=18,02\%$ ) bylo mužského pohlaví.



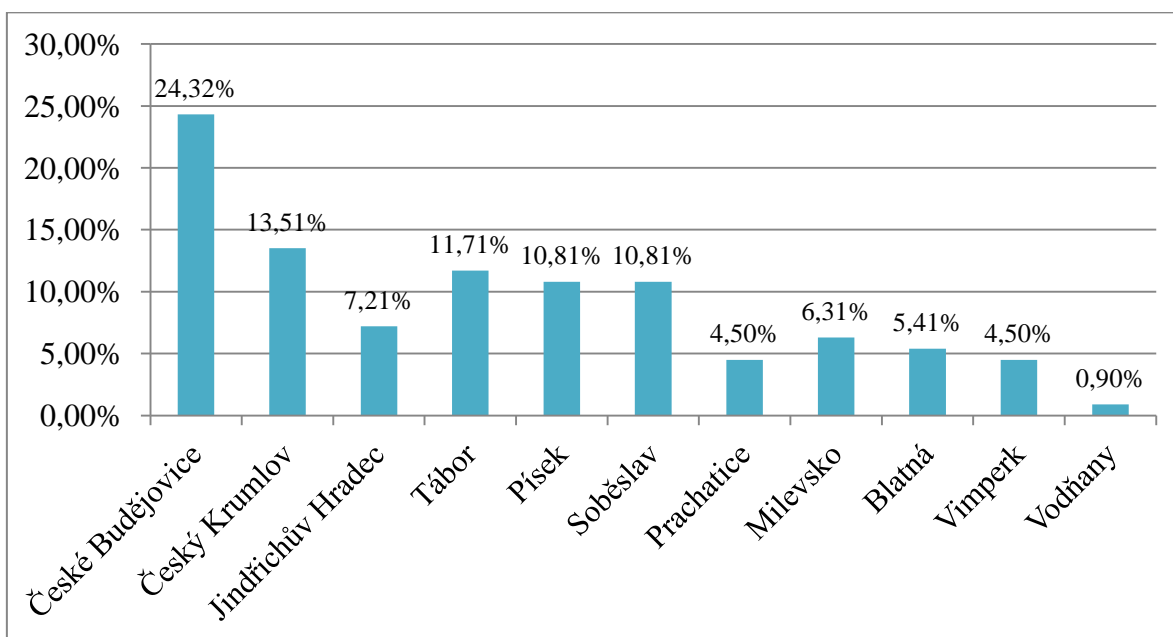
Obrázek č. 2: Pohlaví respondentů

Tabulka č. 3: Odezva v jednotlivých městech

Město	Počet respondentů	Vyjádření v %
České Budějovice	27	24,32%
Český Krumlov	15	13,51%
Jindřichův Hradec	8	7,21%
Tábor	13	11,71%
Písek	12	10,81%
Soběslav	12	10,81%
Prachatice	5	4,50%
Milevsko	7	6,31%
Blatná	6	5,41%
Vimperk	5	4,50%
Vodňany	1	0,90%

Na výzkumu spolupracovaly školy z n=11 jihočeských měst. Z toho n=27 ( $f^i_j=24,32\%$ ) respondentů vyučuje v Českých Budějovicích, n=15 ( $f_j=13,51\%$ ) v Českém Krumlově, n=8 ( $f_j=7,21\%$ ) v Jindřichově Hradci, n=13 ( $f_j=11,71\%$ ) v Táboře, n=12 ( $f_j=10,81\%$ ) v Písku, n=12 ( $f_j=10,81\%$ ) v Soběslavi, n=5 ( $f_j=4,50\%$ ) v Prachaticích, n=7 ( $f_j=6,31\%$ ) v Milevsku, n=6 ( $f_j=5,41\%$ ) v Blatné, n=5 ( $f_j=4,50\%$ ) ve Vimperku a n=1 ( $f_j=0,90\%$ ) ve Vodňanech.



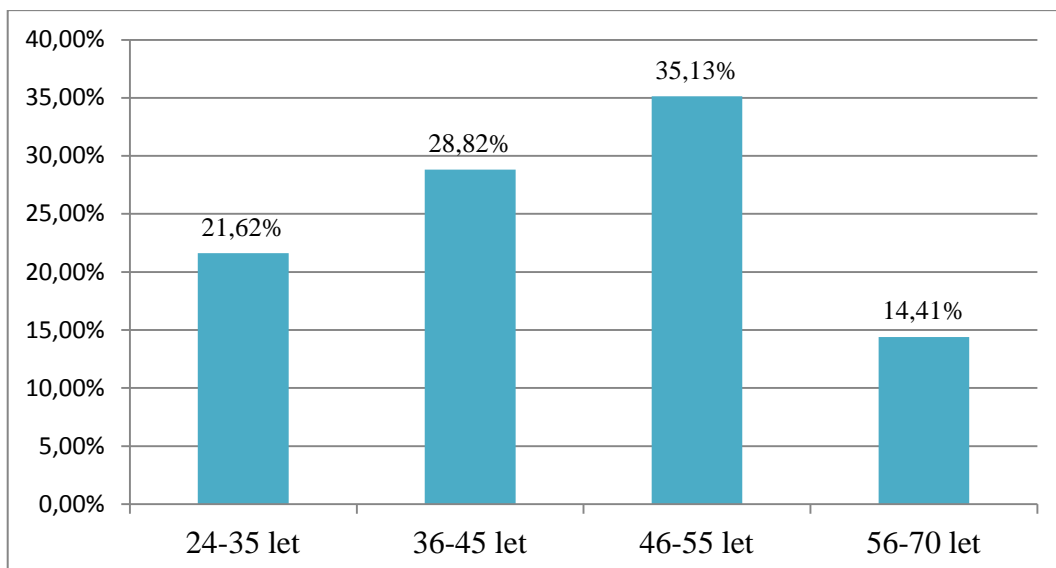


Obrázek č. 3: Odezva v jednotlivých městech

Tabulka č. 4: Věk respondentů

Věk respondentů	Počet respondentů	Vyjádření v %
24-35 let	24	21,62%
36-45 let	32	28,82%
46-55 let	39	35,13%
56-70 let	16	14,41%

Věk respondentů jsem rozdělila do čtyř věkových pásem. V pásmu 24-35 let se nachází celkem  $n=24$  ( $f_j=21,62\%$ ) respondentů. V pásmu 36-45 let se nachází  $n=32$  ( $f_j=28,82\%$ ) respondentů. Do pásma 46-55 let spadá  $n=39$  ( $f_j=35,13\%$ ) respondentů a do pásma 56-70 let  $n=16$  ( $f_j=14,41\%$ ) respondentů.

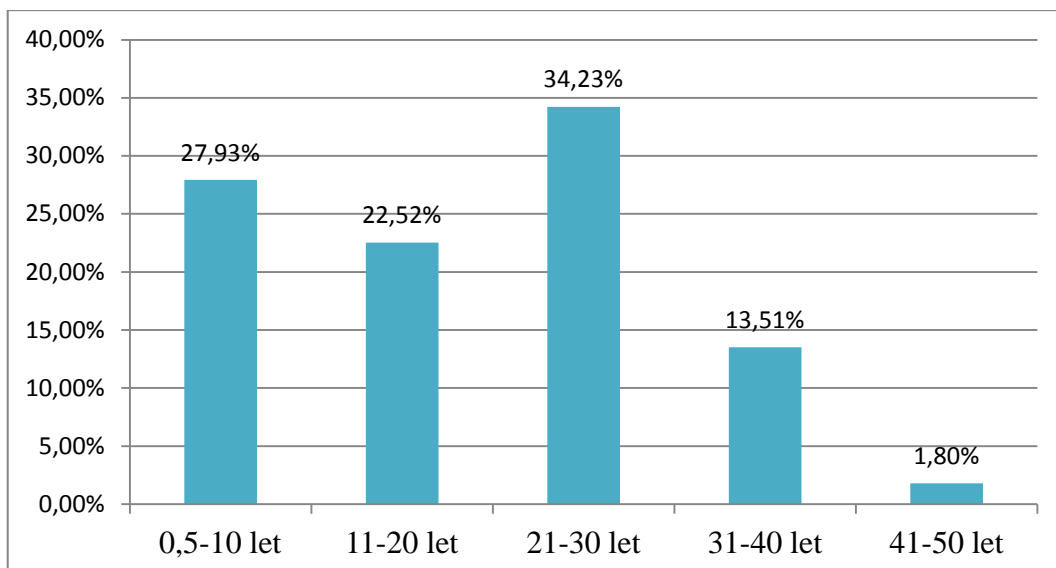


Obrázek č. 4: Věk respondentů

Tabulka č. 5: Délka učitelské praxe

Délka učitelské praxe	Počet respondentů	Vyjádření v %
0,5-10 let	31	27,93%
11-20 let	25	22,52%
21-30 let	38	34,23%
31-40 let	15	13,51%
41-45 let	1	0,009%

Délku učitelské praxe jsem rozdělila do 4 pásem. V pásmu 0,5- 10 let se nachází  $n=31$  ( $f_j=27,93\%$ ) respondentů. V pásmu 11-20 let se pohybuje  $n=25$  ( $f_j=22,52\%$ ) respondentů. Do pásma 21-30 let spadá  $n=38$  ( $f_j=34,23\%$ ) respondentů a do pásma 31-40 let  $n=15$  ( $f_j=13,51\%$ ) respondentů. V pásmu 41-45 let se nachází  $n=1$  ( $f_j=0,009\%$ ) respondent.



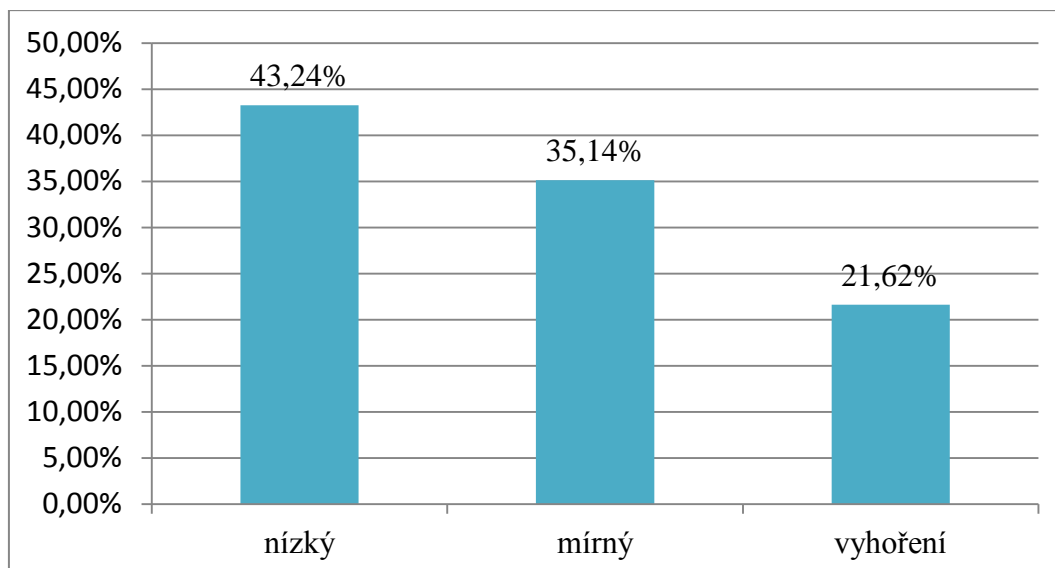
Obrázek č. 5: Délka učitelství praxe

## 4.2 Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory

Tabulka č. 6: Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Stupeň EE (stupeň emocionálního vyčerpání)	Počet respondentů	Vyjádření v %
nízký	48	43,24%
mírný	39	35,14%
vyhoření	24	21,62%

Tato tabulka ukazuje, jakého stupně emocionálního vyčerpání respondent dosahuje. Nízkého stupně emocionálního vyčerpání dosahuje  $n=48$  ( $f_j=43,24\%$ ) respondentů. Mírný stupeň emocionálního vyčerpání vykazuje  $n=39$  ( $f_j=35,14\%$ ) respondentů. Vyhoření v oblasti emocí se vyskytuje u  $n=24$  ( $f_j=21,62\%$ ) respondentů.

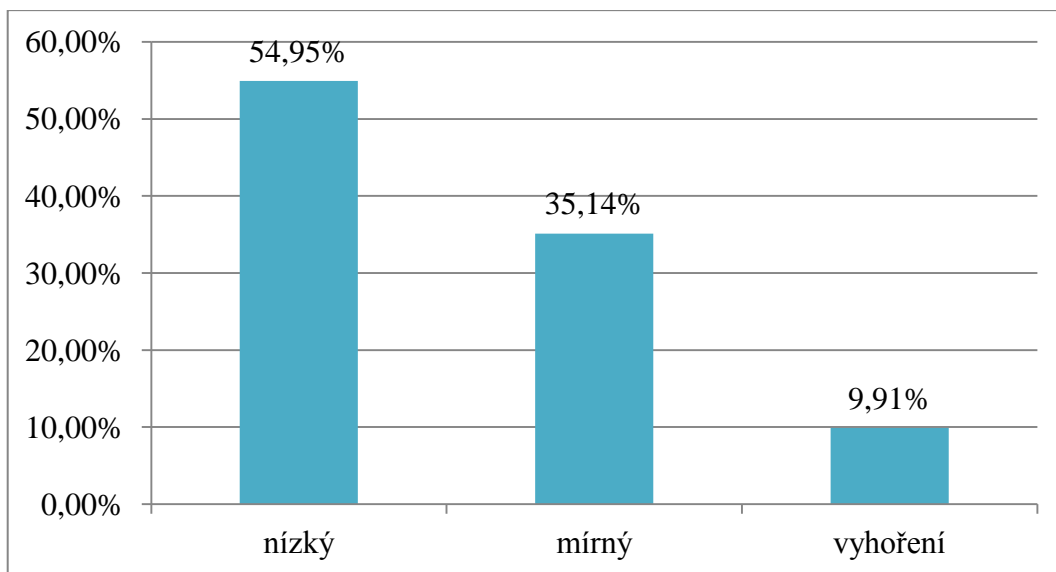


Obrázek č. 6: Stupeň emocionálního vyčerpání

Tabulka č. 7: Stupeň depersonalizace DP

Stupeň DP (stupeň depersonalizace)	Počet respondentů	Vyjádření v %
nízký	61	54,95%
mírný	39	35,14%
vyhoření	11	9,91%

Tato tabulka vyjadřuje, jakého stupně depersonalizace respondent dosahuje. Nízkého stupně depersonalizace dosahuje  $n=61$  ( $f_j=54,95\%$ ) respondentů. Mírný stupeň depersonalizace vykazuje  $n=39$  ( $f_j=35,14\%$ ) respondentů. Vyhoření se vyskytuje u  $n=11$  ( $f_j=9,91\%$ ) respondentů.

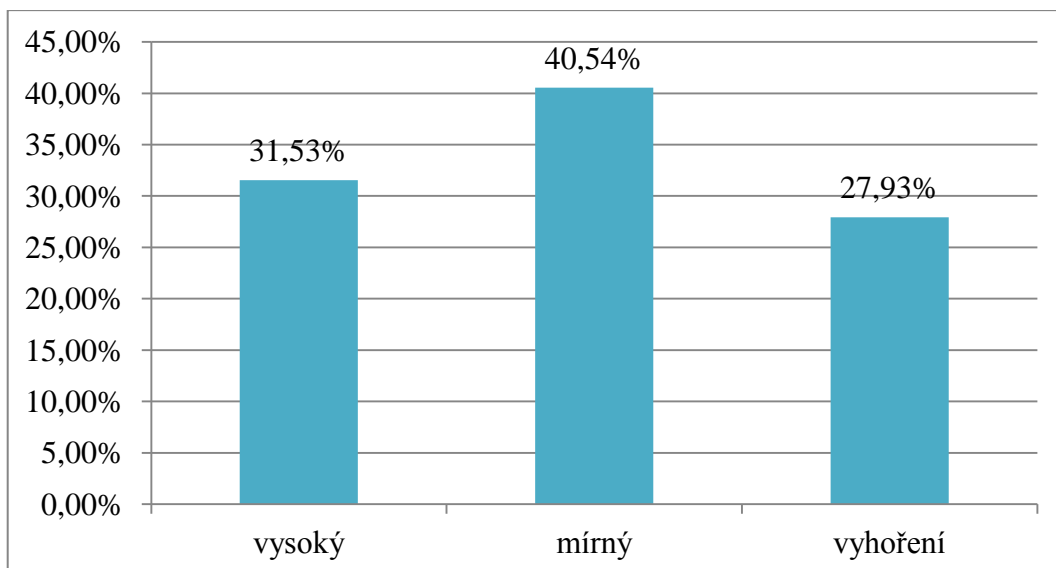


Obrázek č. 7: Stupeň depersonalizace

Tabulka č. 8: Stupeň osobního uspokojení PA

Stupeň PA (stupeň osobního uspokojení)	Počet respondentů	Vyjádření v %
vysoký	35	31,53%
mírný	45	40,54%
vyhoření	31	27,93%

Tato tabulka vyjadřuje stupeň osobního uspokojení respondentů. Vysokého stupně osobního uspokojení dosahuje  $n=35$  ( $f_j=31,53\%$ ) respondentů. Mírný stupeň osobního uspokojení vykazuje  $n=45$  ( $f_j=40,54\%$ ) respondentů. Vyhoření se vyskytuje u  $n=31$  ( $f_j=27,93\%$ ) respondentů.



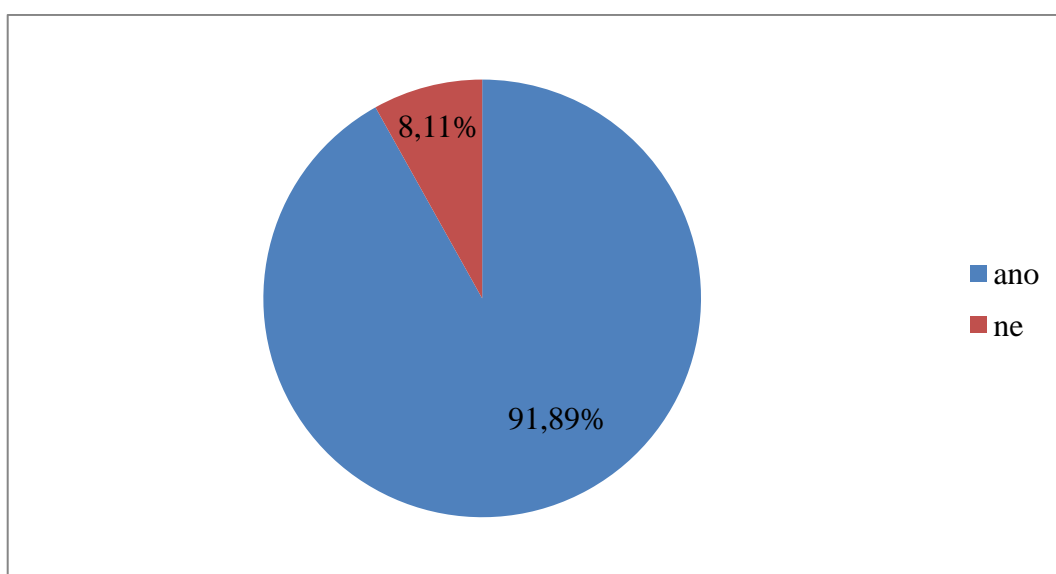
Obrázek č. 8: Stupeň osobního uspokojení

### 4.3 Vyhodnocení dotazníku životního stylu respondentů

Tabulka č. 9: Zajímáte se o zdravý životní styl?

Zajímáte se o zdravý životní styl?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	102	91,89%
ne	9	8,11%

Na otázku „Zajímáte se o zdravý životní styl?“ odpovědělo  $n=102$  ( $f_j=91,89\%$ ) respondentů ano a  $n=9$  ( $f_j=8,11\%$ ) odpovědělo ne.

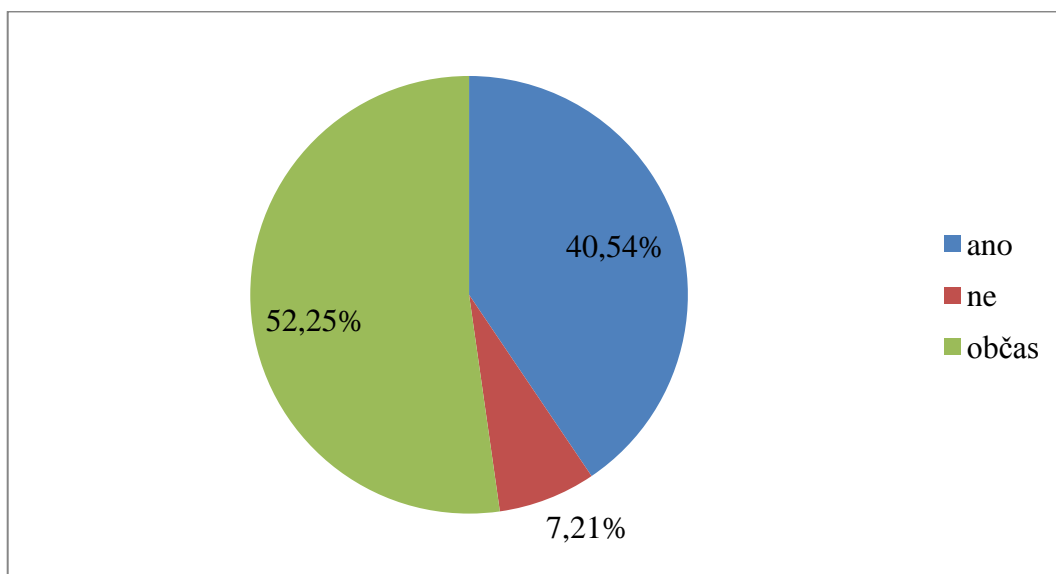


Obrázek č. 9: Zajímáte se o zdravý životní styl?

**Tabulka č. 10: Sportujete?**

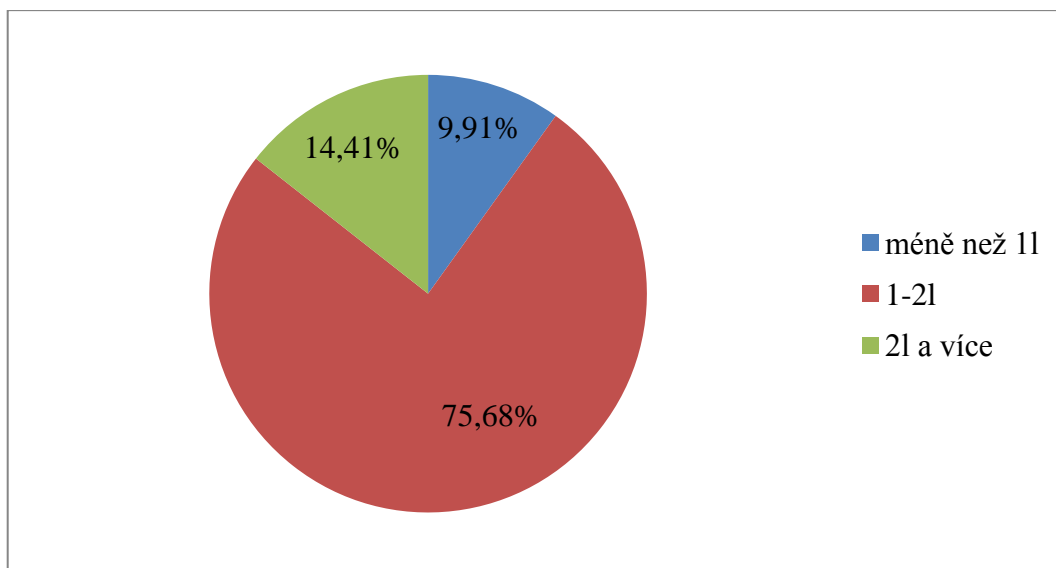
Sportujete?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	45	40,54%
ne	8	7,21%
občas	58	52,25%

Na otázku „Sportujete?“ odpovědělo n=45 (fj=40,54%) respondentů ano, n=8 (fj=7,21%) odpovědělo ne a n=58 (fj= 52,25%) odpovědělo občas.

**Obrázek č. 10: Sportujete?****Tabulka č. 11: Kolik tekutin vypijete během dne?**

Kolik tekutin vypijete během dne?	Počet respondentů	Vyjádření v %
méně než 1l	11	9,91%
1-2l	84	75,68%
2l a více	16	14,41%

Na otázku „Kolik tekutin vypijete během dne?“ odpovědělo n=11(fj=9,91%) respondentů méně než 1l, n=84 (fj=75,68%) odpovědělo 1-2l a n=16 (fj=14,41%) odpovědělo 2l a více.

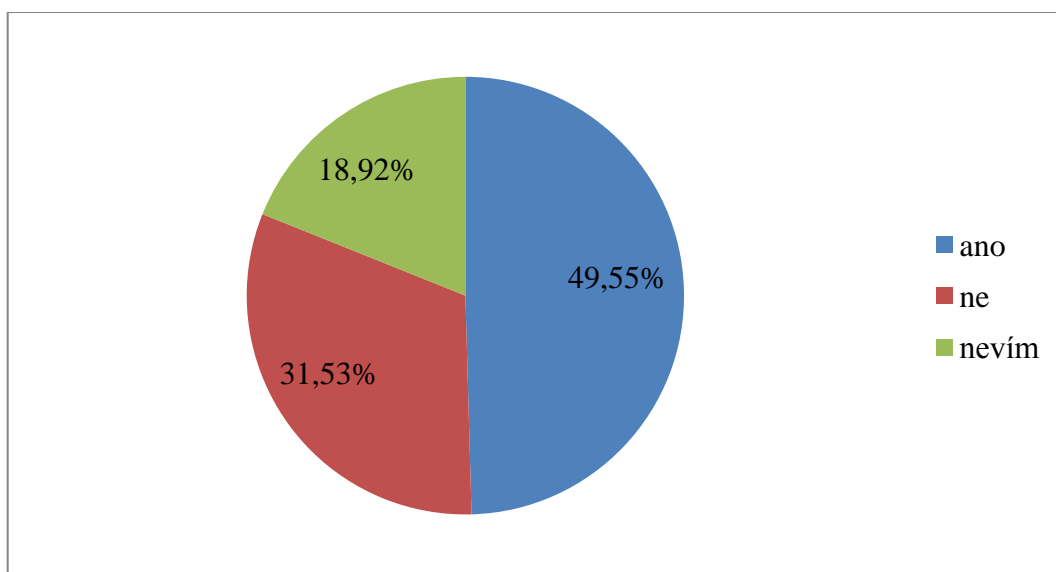


Obrázek č. 11: Kolik tekutin vypijete během dne?

Tabulka č. 12: Myslíte si, že jíte zdravě?

Myslíte si, že jíte zdravě?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	55	49,55%
ne	35	31,53%
nevím	21	18,92%

Na otázku „Myslíte si, že jíte zdravě?“ odpovědělo  $n=55$  ( $f_j=49,55\%$ ) respondentů ano,  $n=35$  ( $f_j=31,53\%$ ) odpovědělo ne a  $n=21$  ( $f_j=18,92\%$ ) odpovědělo nevím.



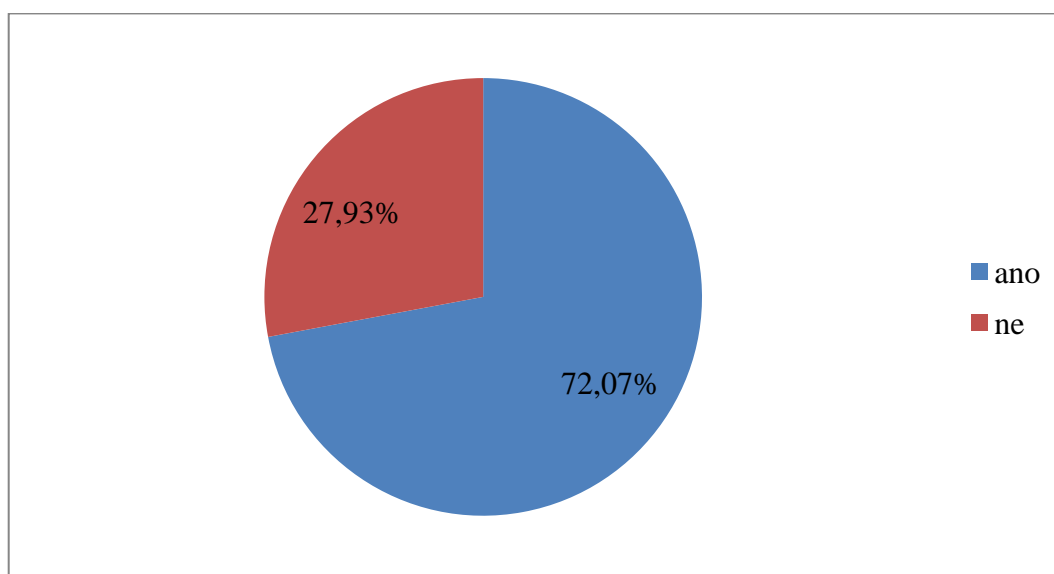
Obrázek č. 12: Myslíte si, že jíte zdravě?



**Tabulka č. 13: Zajímáte se o složení potravin?**

Zajímáte se o složení potravin?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	80	72,07%
ne	31	27,93%

Na otázku „Zajímáte se o složení potravin?“ odpovědělo n=80 (fj=72,07%) respondentů ano a n=31 (fj=27,93%) odpovědělo ne.

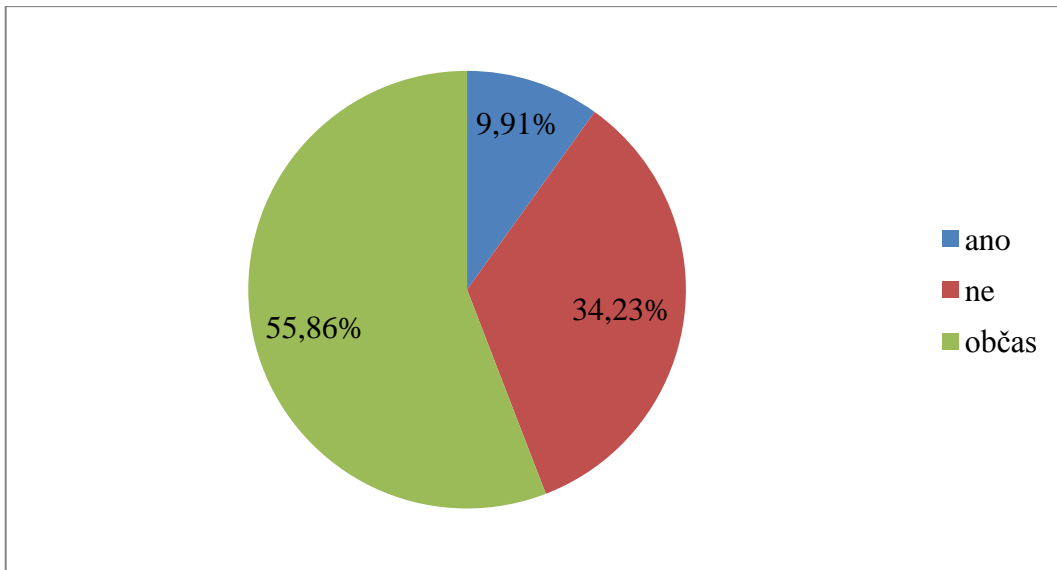


Obrázek č. 13: Zajímáte se o složení potravin?

**Tabulka č. 14: Jíte ve stresu?**

Jíte ve stresu?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	11	9,91%
ne	38	34,23%
občas	62	55,86%

Na otázku „Jíte ve stresu?“ odpovědělo n=11 (fj=9,91%) respondentů ano, n=38 (fj=34,23%) odpovědělo ne a n=62 (55,86%) odpovědělo občas.

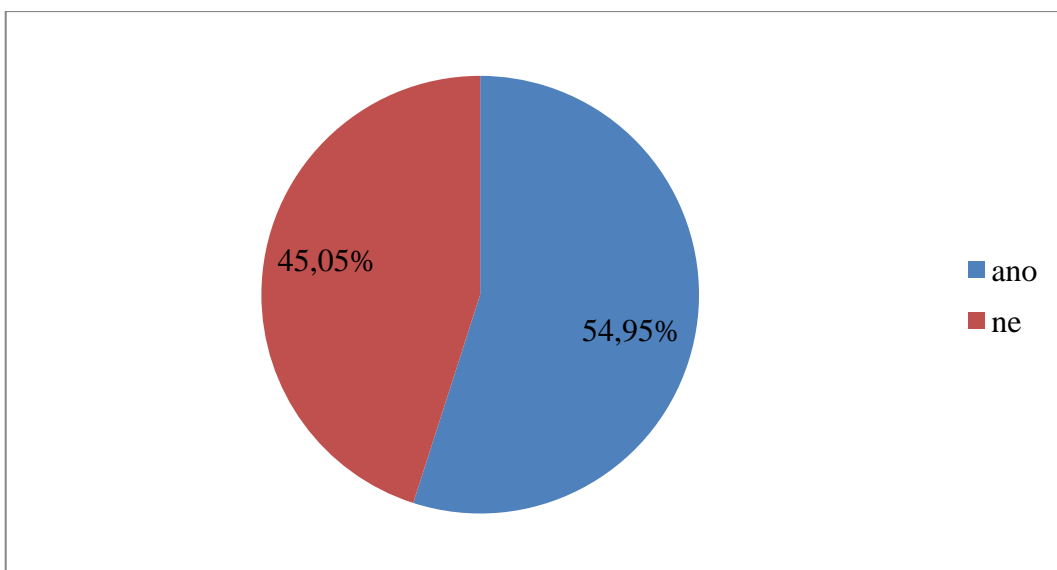


Obrázek č. 14: Jíte ve stresu?

Tabulka č. 15: Užíváte doplňky stravy?

Užíváte doplňky stravy?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	61	54,95%
ne	50	45,05%

Na otázku „Užíváte doplňky stravy?“ odpovědělo  $n=61$  ( $f_j=54,95\%$ ) respondentů ano a  $n=50$  ( $f_j=45,05\%$ ) odpovědělo ne.



Obrázek č. 15: Užíváte doplňky stravy?

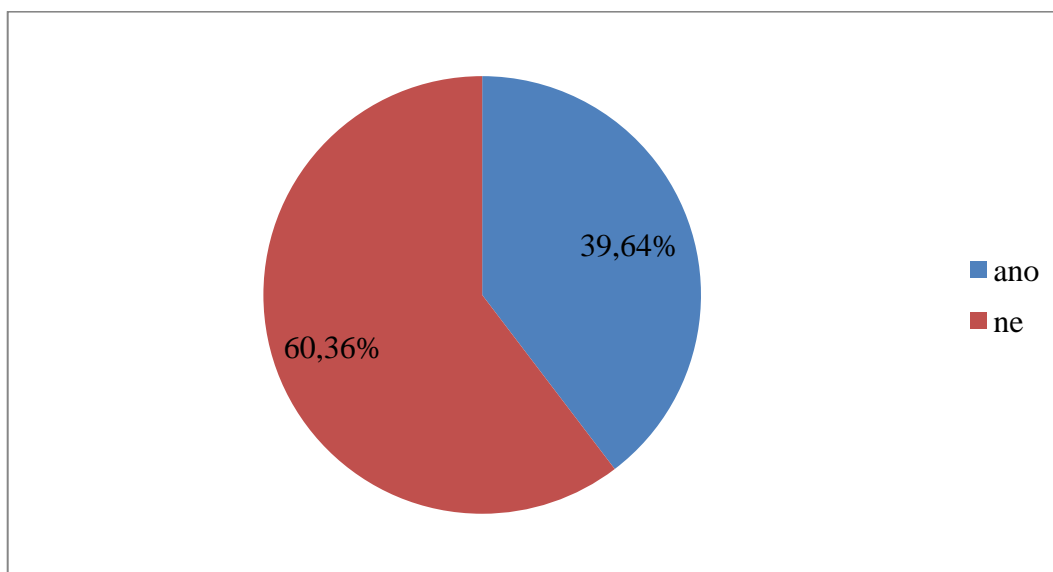
### Jaké doplňky stravy užíváte?

Nejčastější odpovědi respondentů na otázku „Jaké doplňky stravy užíváte?“ byly vitamíny, stopové prvky, bylinky, aloe vera, mladý ječmen, chlorella, hlíva ústřičná, koenzym Q10, echinacea, rakytník a ostropestřec mariánský.

Tabulka č. 16: Užíváte pravidelně nějaké léky?

Užíváte pravidelně nějaké léky?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	44	39,64%
ne	67	60,36%

Na otázku „Užíváte pravidelně nějaké léky?“ odpovědělo n=44 (fj=39,64%) respondentů ano a n= 67 (fj=60,36%) odpovědělo ne.

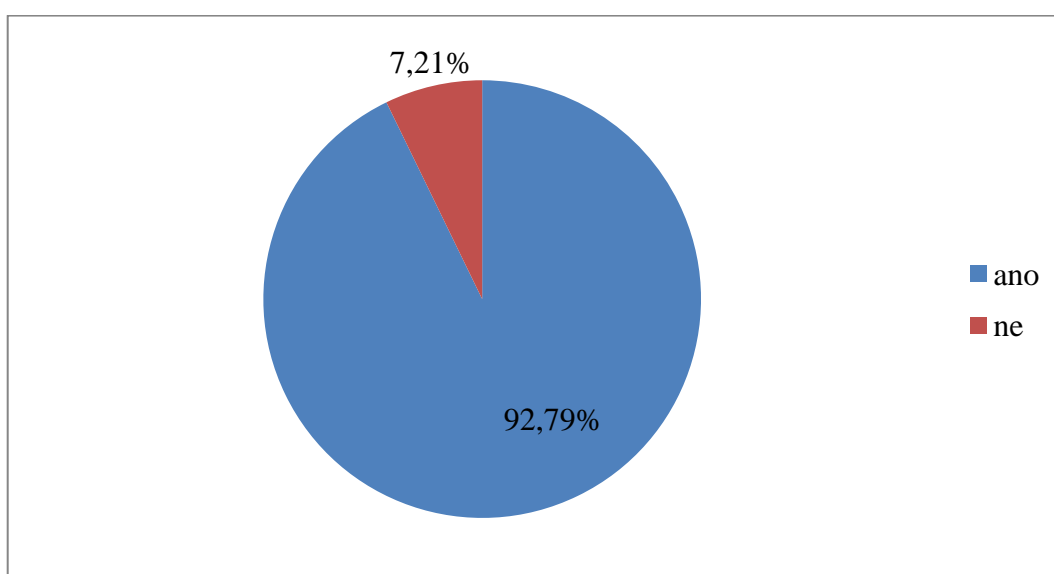


Obrázek č. 16: Užíváte pravidelně nějaké léky?

**Tabulka č. 17: Chodíte pravidelně na preventivní lékařské prohlídky?**

<b>Chodíte pravidelně na preventivní lékařské prohlídky?</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Vyjádření v %</b>
ano	103	92,79%
ne	8	7,21%

Na otázku „Chodíte pravidelně na preventivní lékařské prohlídky?“ odpovědělo n=103 (fj=92,79%) respondentů ano a n=8 (fj=7,21%) odpovědělo ne.

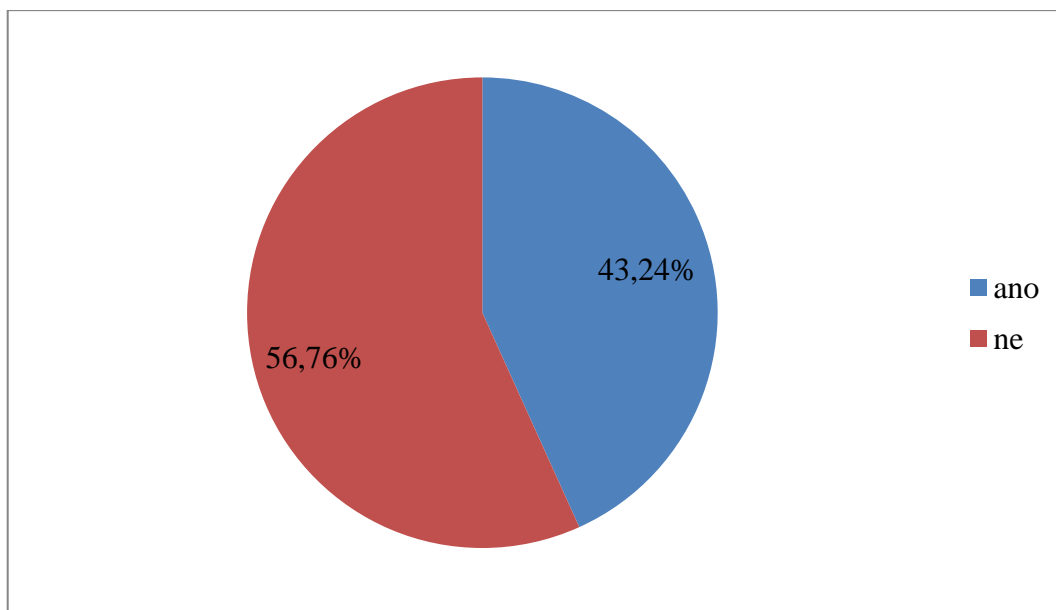


Obrázek č. 17: Chodíte pravidelně na preventivní lékařské prohlídky?

**Tabulka č. 18: Zajímáte se o alternativní medicínu?**

<b>Zajímáte se o alternativní medicínu?</b>	<b>Počet respondentů</b>	<b>Vyjádření v %</b>
ano	48	43,24%
ne	63	56,76%

Na otázku „Zajímáte se o alternativní medicínu?“ odpovědělo n=48 (fj=43,24%) respondentů ano a n= 63 (fj=56,76%) odpovědělo ne.



Obrázek č. 18: Zajímáte se o alternativní medicínu?

Tabulka č. 19: Kolik hodin denně spíte?

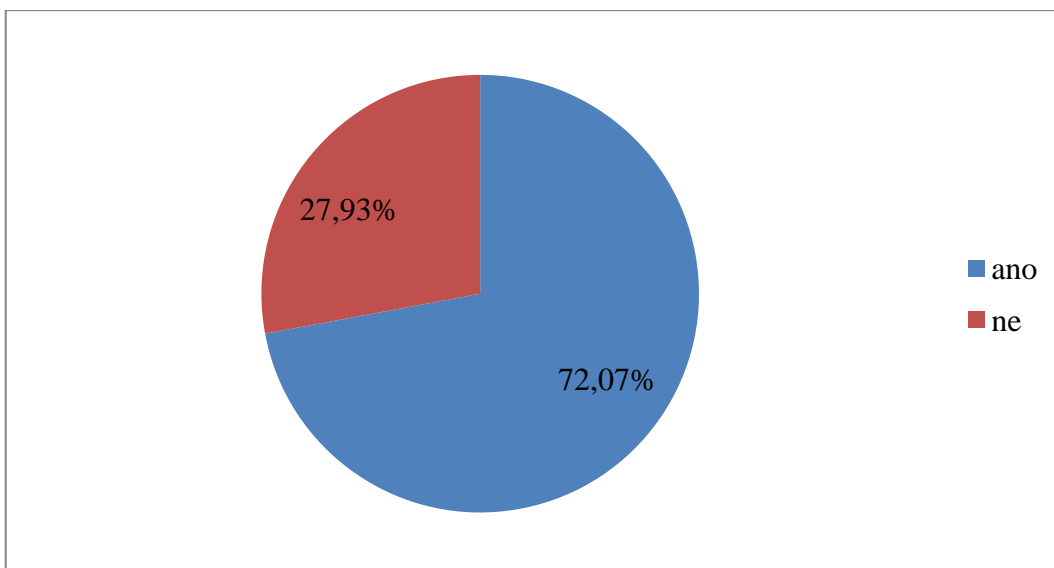
Nejnižší počet hodin	Nejvyšší počet hodin	Průměr
4 hodiny	10 hodin	7,1 hodin

Respondenti spí v průměru  $\bar{x}^{iii}=7,1$  hodin denně. Nejnižší zjištěná hodnota je  $n=4$  hodiny spánku denně a nejvyšší zjištěná hodnota je  $n=10$  hodin spánku denně.

Tabulka č. 20: Je pro Vás dostačující délka Vašeho spánku?

Je pro Vás dostačující délka Vašeho spánku?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	80	72,07%
ne	31	27,93%

Na otázku „Je pro Vás dostačující délka Vašeho spánku?“ odpovědělo  $n=80$  ( $f_j=72,07\%$ ) respondentů ano a  $n=31$  ( $f_j=27,93\%$ ) odpovědělo ne.

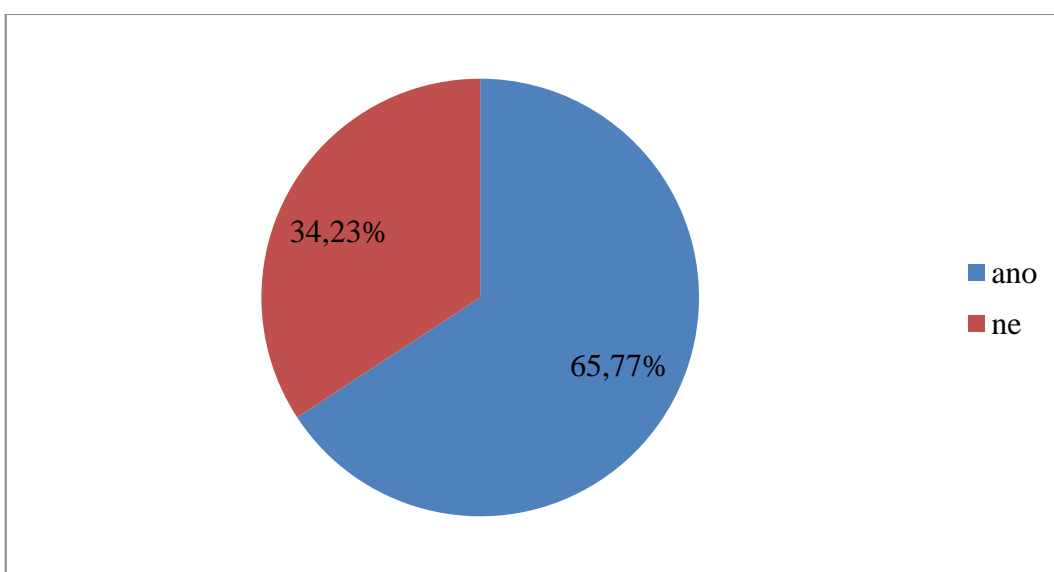


Obrázek č. 19: Je pro Vás dostačující délka Vašeho spánku?

**Tabulka č. 21: Myslíte si, že dostatečně odpočíváte?**

Myslíte si, že dostatečně odpočíváte?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	73	65,77%
ne	38	34,23%

Na otázku „Myslíte si, že dostatečně odpočíváte?“ odpovědělo  $n=73$  ( $f_j=65,77\%$ ) respondentů ano a  $n=38$  ( $f_j=34,23\%$ ) odpovědělo ne.

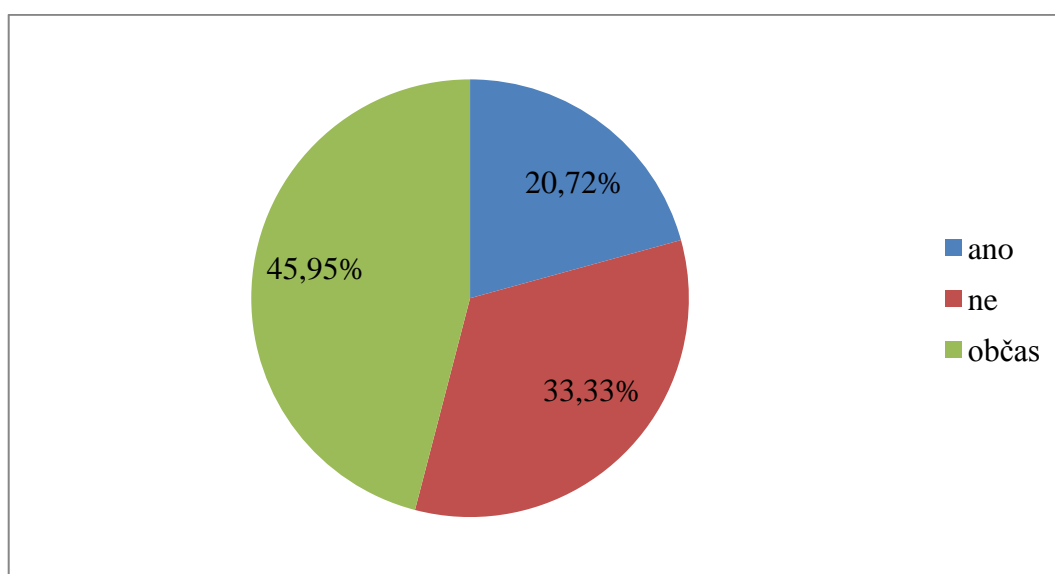


Obrázek č. 20: Myslíte si, že dostatečně odpočíváte?

**Tabulka č. 22: Věnujete se relaxaci/meditaci?**

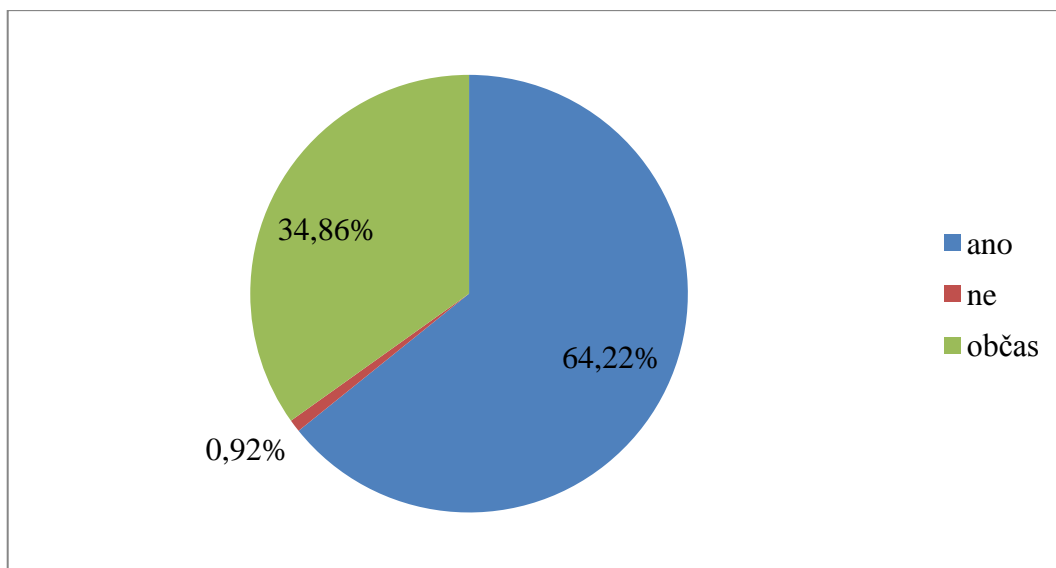
Věnujete se relaxaci/meditaci?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	23	20,72%
ne	37	33,33%
občas	51	45,95%

Na otázku „Věnujete se relaxaci/meditaci?“ odpovědělo n= 23 (fj=20,72%) respondentů ano, n=37 (fj=33,33%) odpovědělo ne a n= 51 (fj=45,95%) odpovědělo občas.

**Obrázek č. 21: Věnujete se relaxaci/meditaci?****Tabulka č. 23: Trávíte čas na čerstvém vzduchu?**

Trávíte čas na čerstvém vzduchu?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	70	64,22%
ne	1	0,92%
občas	38	34,86%

Na otázku „Trávíte čas na čerstvém vzduchu?“ odpovědělo n=70 (fj=64,22%) respondentů ano, n=1 (fj=0,92%) odpovědělo ne a n=38 (fj= 34,86%) odpovědělo občas.

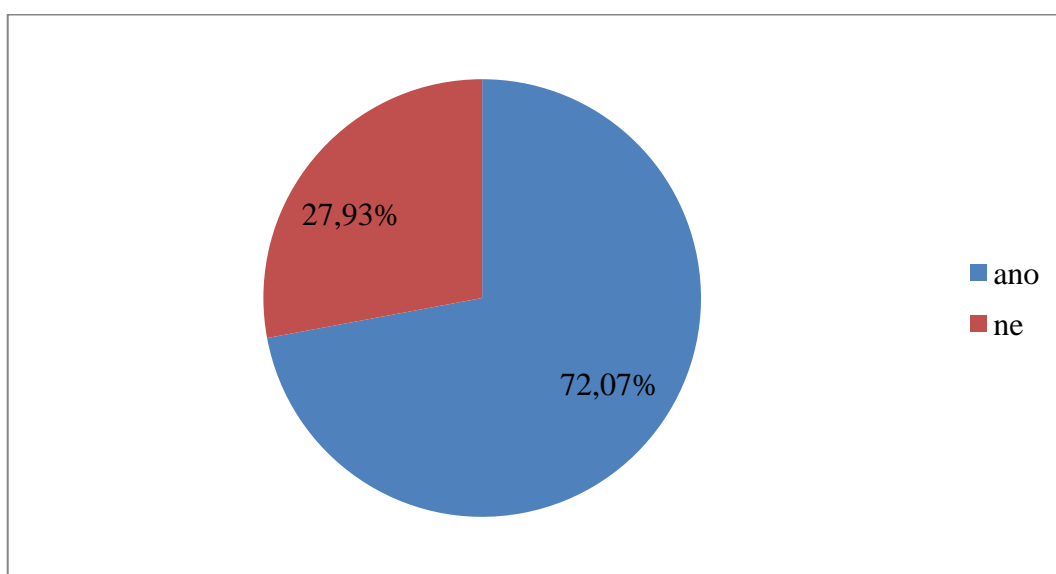


Obrázek č. 22: Trávíte čas na čerstvém vzduchu?

**Tabulka č. 24: Věnujete se dostatečně činností, které Vám přinášejí radost?**

Věnujete se dostatečně činností, které Vám přinášejí radost?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	80	72,07%
ne	31	27,93%

Na otázku „Věnujete se dostatečně činností, které Vám přinášejí radost?“ odpovědělo n=80 (fj=72,07%) respondentů ano a n= 31 (fj=27,93%) odpovědělo ne.



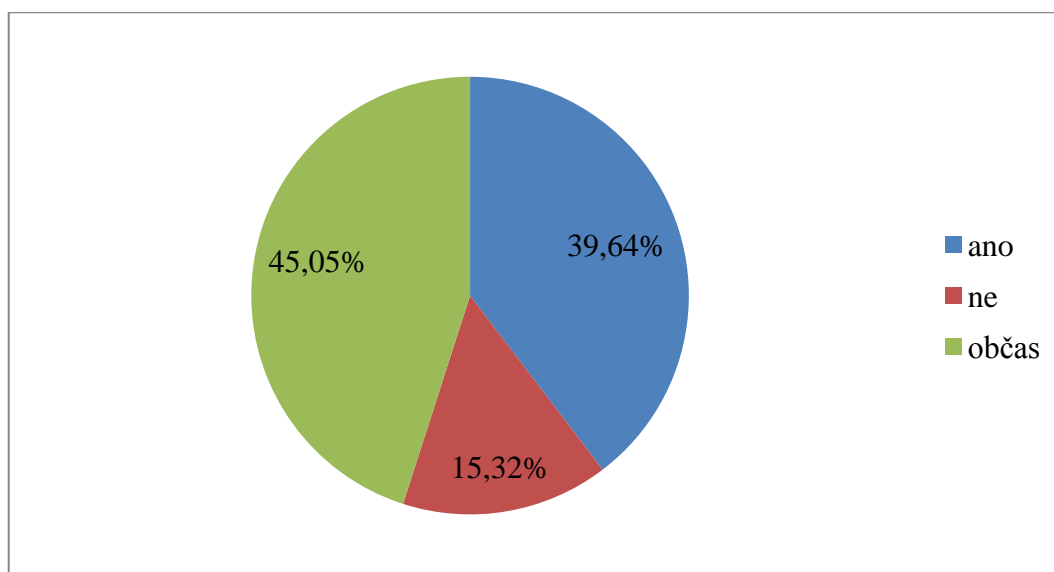
Obrázek č. 23: Věnujete se dostatečně činností, které Vám přinášejí radost?



**Tabulka č. 25: Máte dost času sám/sama pro sebe?**

Máte dost času sám/sama pro sebe?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	44	39,64%
ne	17	15,32%
občas	50	45,05%

Na otázku „Máte dost času sám/sama pro sebe?“ odpovědělo n=44 (fj=39,64%) respondentů ano, n= 17 (fj=15,32%) odpovědělo ne a n=50 (fj=45,05%) odpovědělo občas.

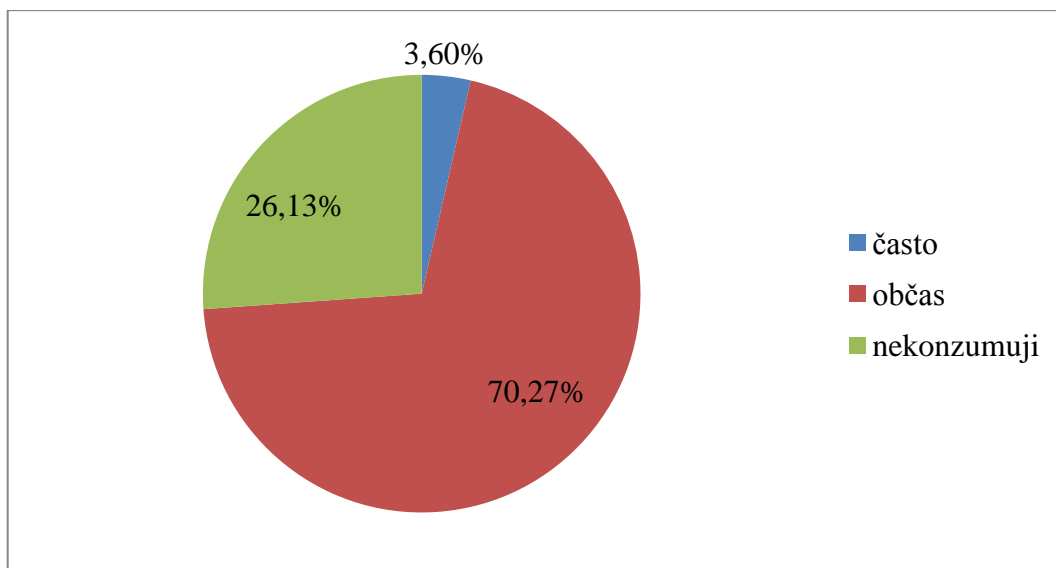


Obrázek č. 24: Máte dost času sám/sama pro sebe?

**Tabulka č. 26: V jaké míře konzumujete alkohol?**

V jaké míře konzumujete alkohol?	Počet respondentů	Vyjádření v %
často	4	3,60%
občas	78	70,27%
ne Konzumují	29	26,13%

Na otázku „V jaké míře konzumujete alkohol?“ odpovědělo n=4 (fj=3,60%) respondentů často, n=78 (fj=70,27%) odpovědělo občas a n=29 (fj=26,13%) odpovědělo ne Konzumují.

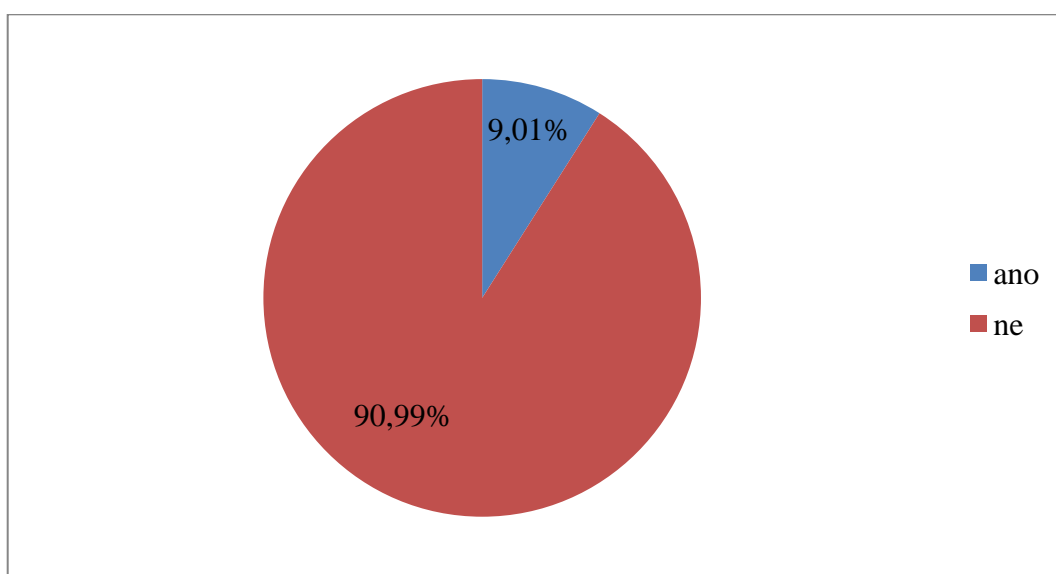


Obrázek č. 25: V jaké míře konzumujete alkohol?

Tabulka č. 27: Kouříte?

Kouříte?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	10	9,01%
ne	101	90,99%

Na otázku „Kouříte?“ odpovědělo  $n=10$  ( $f_j=9,01\%$ ) respondentů ano a  $n=101$  ( $f_j=90,99\%$ ) odpovědělo ne.

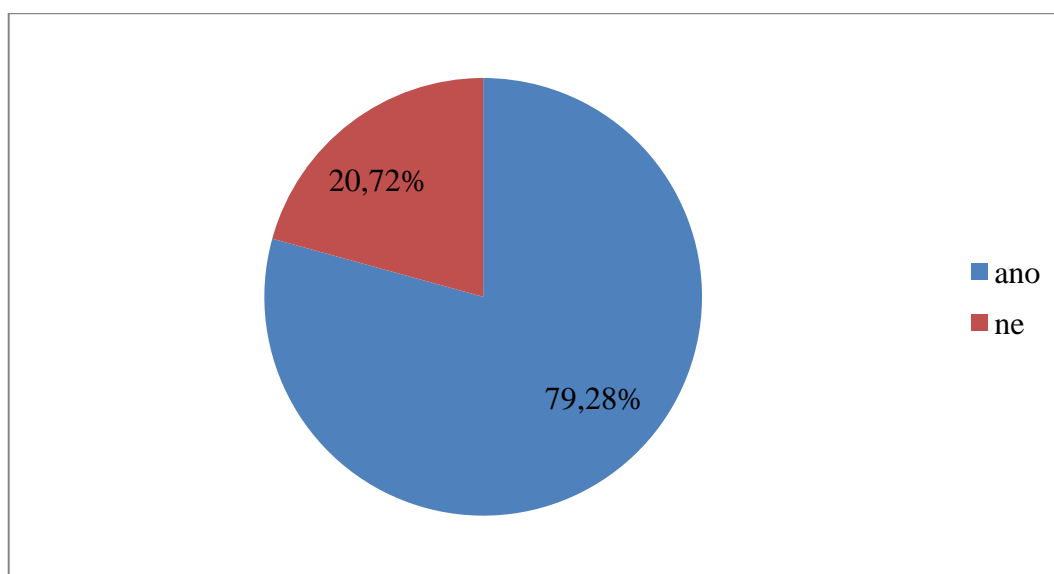


Obrázek č. 26: Kouříte?

**Tabulka č. 28: Pijete kávu?**

Pijete kávu?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	88	79,28%
ne	23	20,72%

Na otázku „Pijete kávu?“ odpovědělo n=88 (fj=79,28%) respondentů ano a n= 23 (fj=20,72%) odpovědělo ne.

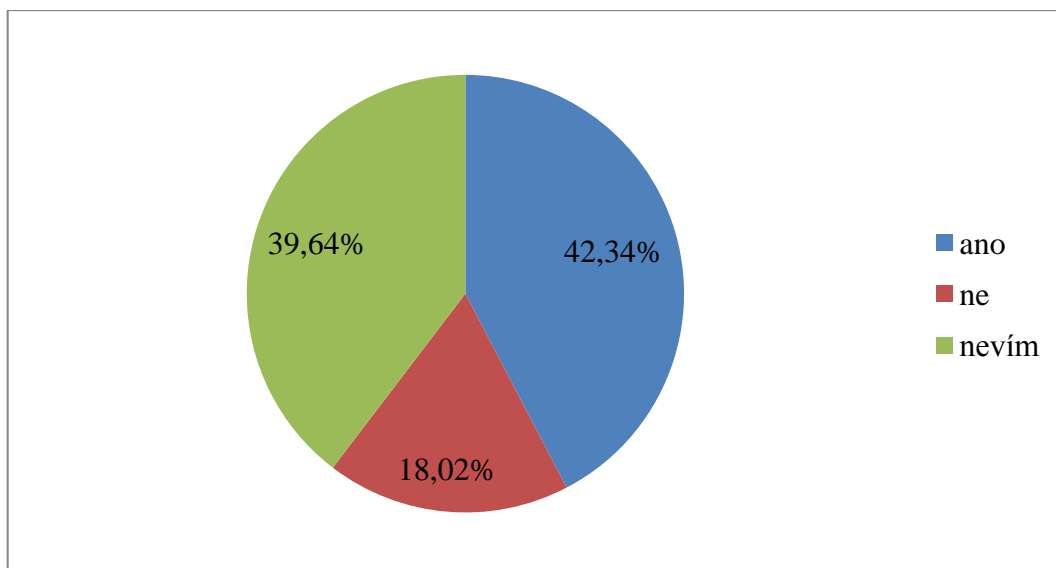


Obrázek č. 27: Pijete kávu?

**Tabulka č. 29: Řekl/a byste, že jste odolný/á vůči stresu?**

Řekl/a byste, že jste odolný/á vůči stresu?	Počet respondentů	Vyjádření v %
ano	47	42,34%
ne	20	18,02%
nevím	44	39,64%

Na otázku „Řekl/a byste, že jste odolný/á vůči stresu?“ odpovědělo n=47 (fj=42,34%) respondentů ano, n=20 (fj=18,02%) odpovědělo ne a n= 44 (fj=39,64%) odpovědělo nevím.

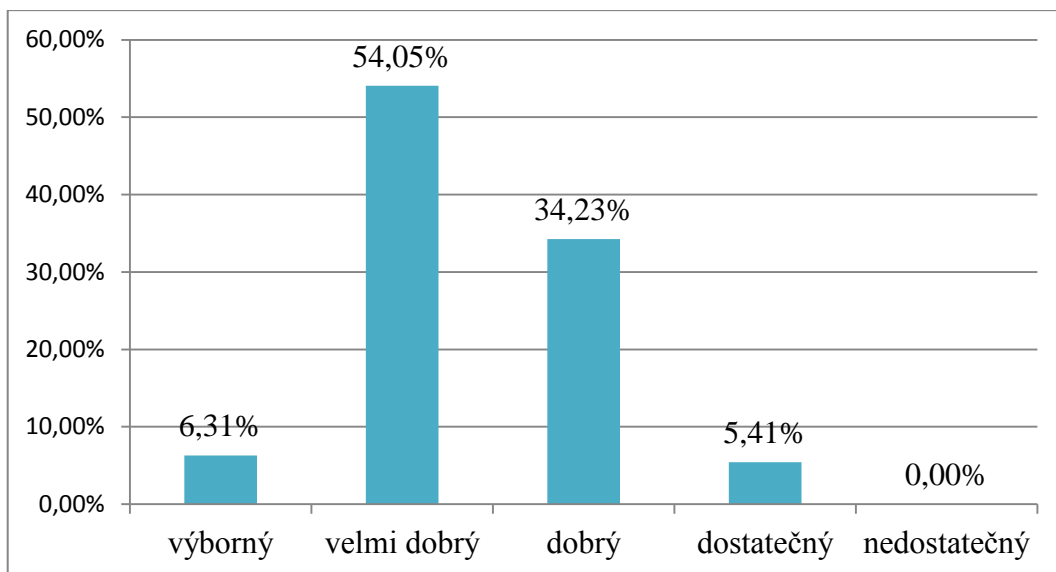


Obrázek č. 28: Řekl/a byste, že jste odolný/á vůči stresu?

Tabulka č. 30: Hodnocení životního stylu respondentů

Hodnocení životního stylu	Počet respondentů	Vyjádření v %
výborný	7	6,31%
velmi dobrý	60	54,05%
dobrý	38	34,23%
dostatečný	6	5,41%
nedostatečný	0	0,00%

Hodnocení životního stylu respondentů bylo rozděleno do pěti kategorií dle dosažených bodů na základě výzkumného šetření. Výborných výsledků dosahuje  $n=7$  ( $f_j=6,31\%$ ) respondentů. V kategorii velmi dobrý se nachází  $n=60$  ( $f_j=54,05\%$ ) respondentů. Dobrých výsledků dosahuje  $n=38$  ( $f_j=34,23\%$ ) respondentů. Do kategorie dostatečný spadá  $n=6$  ( $f_j=5,41\%$ ) respondentů. V kategorii nedostatečný se vyskytuje  $n=0$  ( $f_j=0,00\%$ ) respondentů.



Obrázek č. 29: Hodnocení životního stylu respondentů

#### 4.4 Vyhodnocení dotazníků a průměrné hodnoty

Tabulka č. 31: Hodnocení jednotlivých stupňů vyhoření dle MBI

Stupeň emocionálního vyčerpání EE	nízký= 0-16	mírný= 17-26	vyhoření= 27 a více
Stupeň depersonalizace DP	nízký= 0-6	mírný= 7-12	vyhoření= 13 a více
Stupeň osobního uspokojení PA	nízký= 0-31	mírný= 32-38	vysoký= 39 a více

Tabulka č. 32: Průměrné hodnoty stupňů vyhoření dle MBI

	Průměrná hodnota	Vyhodnocení stupně
Stupeň emocionálního vyčerpání EE	19,3	mírný
Stupeň depersonalizace DP	6,3	nízký/mírný
Stupeň osobního uspokojení PA	34,7	mírný

Průměrná hodnota stupně emocionálního vyčerpání je  $\bar{x} = 19,3$ , což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota stupně depersonalizace je  $\bar{x} = 6,3$ , což je mezní hranice mezi nízkým a mírným stupněm DP. Průměrná hodnota stupně osobního uspokojení je  $\bar{x} = 34,7$ , což odpovídá mírnému stupni PA.

**Tabulka č. 33: Hodnocení úrovně životního stylu respondentů**

Hodnocení životního stylu	Body
výborný	20-16,5
velmi dobrý	16-12,5
dobry	12-8,5
dostatečný	8-4,5
nedostatečný	4-0

**Tabulka č. 34: Průměrná úroveň životního stylu respondentů**

Průměrný počet bodů	Hodnocení
12,7	velmi dobrý

Průměrný počet bodů respondentů v dotazníku životního stylu je  $\bar{x}=12,7$  bodů, což odpovídá hodnocení velmi dobrý.

#### 4.5 Syndrom vyhoření a životní styl učitele

**Tabulka č. 35: Vyhodnocení BMI u respondentů, kteří dosáhli výborného hodnocení v dotazníku životního stylu**

Průměrná hodnota EE	Průměrná hodnota DP	Průměrná hodnota PA	Průměrná hodnota bodů z dotazníku životního stylu
14	4,85	35,42	17,14
nízký stupeň EE	nízký stupeň DP	mírný stupeň PA	výborný

Respondenti, kteří dosáhli v dotazníku životního stylu výborného hodnocení (průměrná hodnota  $\bar{x}=17,14$  bodů), mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=14$  bodů, což odpovídá nízkému stupni EE. Průměrná hodnota depersonalizace u těchto respondentů je  $\bar{x}=4,85$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení je  $\bar{x}=35,42$  bodů, což odpovídá mírnému stupni PA.

**Tabulka č. 36: Vyhodnocení BMI u respondentů, kteří dosáhli velmi dobrého hodnocení v dotazníku životního stylu**

Průměrná hodnota EE	Průměrná hodnota DP	Průměrná hodnota PA	Průměrná hodnota bodů z dotazníku životního stylu
17,3	6,41	34,55	14,18
mírný stupeň EE	nízký/mírný stupeň DP	mírný stupeň PA	velmi dobrý

Respondenti, kteří dosáhli v dotazníku životního stylu velmi dobrého hodnocení (průměrná hodnota  $\bar{x}=14,18$  bodů), mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=17,3$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota depersonalizace u těchto respondentů je  $\bar{x}=6,41$  bodů, což odpovídá hranici mezi nízkým a mírným stupněm DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení je  $\bar{x}=34,55$  bodů, což odpovídá mírnému stupni PA.

**Tabulka č. 37: Vyhodnocení BMI u respondentů, kteří dosáhli dobrého hodnocení v dotazníku životního stylu**

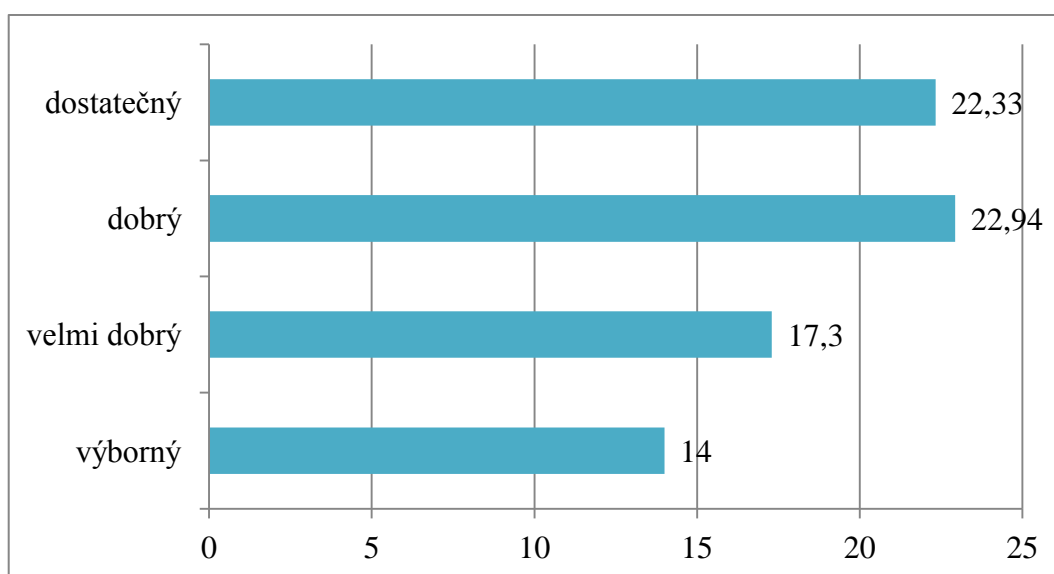
Průměrná hodnota EE	Průměrná hodnota DP	Průměrná hodnota PA	Průměrná hodnota bodů z dotazníku životního stylu
22,94	6	34,81	10,63
mírný stupeň EE	nízký stupeň DP	mírný stupeň PA	dobrý

Respondenti, kteří dosáhli v dotazníku životního stylu dobrého hodnocení (průměrná hodnota  $\bar{x}=10,63$  bodů), mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=22,94$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota depersonalizace u těchto respondentů je  $\bar{x}=6$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení je  $\bar{x}=34,81$  bodů, což odpovídá mírnému stupni PA.

**Tabulka č. 38: Vyhodnocení MBI u respondentů, kteří dosáhli dostatečného hodnocení v dotazníku životního stylu**

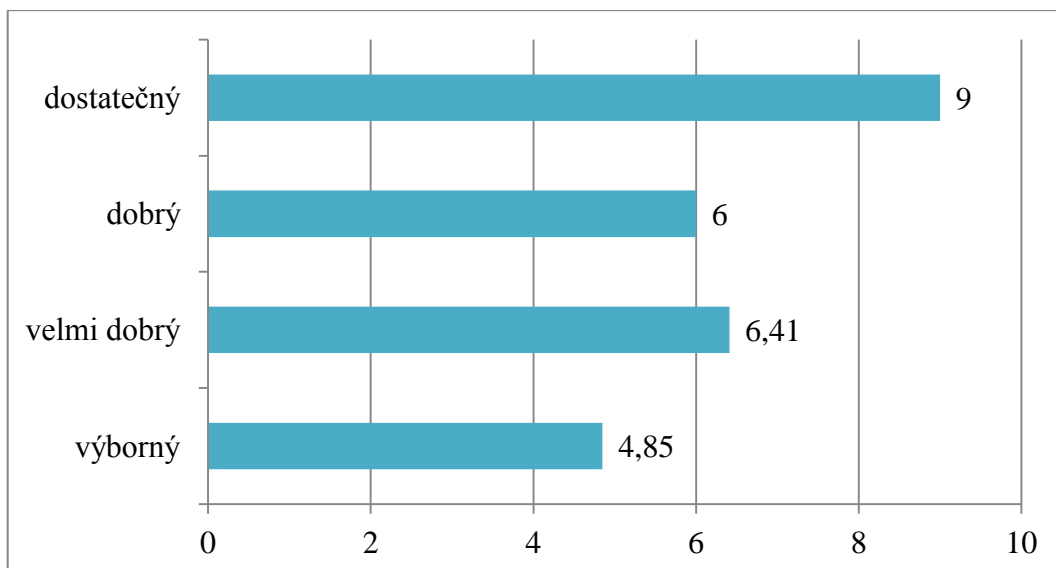
Průměrná hodnota EE	Průměrná hodnota DP	Průměrná hodnota PA	Průměrná hodnota bodů z dotazníku životního stylu
22,33	9	34,66	7
mírný stupeň EE	mírný stupeň DP	mírný stupeň PA	dostatečný

Respondenti, kteří dosáhli v dotazníku životního stylu dostatečného hodnocení (průměrná hodnota  $\bar{x}=7$  bodů), mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=22,33$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota depersonalizace u těchto respondentů je  $\bar{x}=9$  bodů, což odpovídá mírnému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení je  $\bar{x}=34,66$  bodů, což odpovídá mírnému stupni PA.

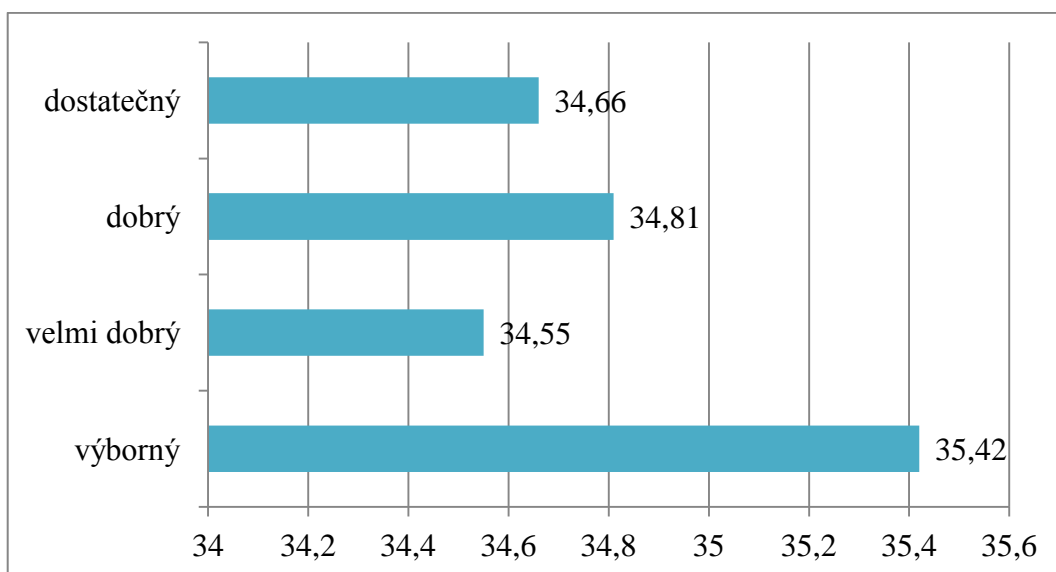


**Obrázek č. 30: Průměrná hodnota bodů emocionálního vyčerpání EE dle hodnocení úrovně životního stylu**





Obrázek č. 31: Průměrná hodnota bodů depersonalizace DP dle hodnocení úrovně životního stylu



Obrázek č. 32:

Průměrná hodnota bodů osobního uspokojením PA dle hodnocení úrovně životního stylu

## 4.6 Syndrom vyhoření a věk respondentů

**Tabulka č. 39: Vyhodnocení MBI u respondentů ve věkové kategorii 24-35 let**

Věk	Průměr v této věkové kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
24-35 let	29,54 let	20,08	7,79	36,12

Respondenti ve věkové kategorii 24-35 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=20,08$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}=7,79$  bodů, což odpovídá mírnému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=36,12$  bodů, tedy mírné PA.

**Tabulka č. 40: Vyhodnocení MBI u respondentů ve věkové kategorii 36-45 let**

Věk	Průměr v této věkové kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
36-45 let	40,40 let	19,25	6,62	34,34

Respondenti ve věkové kategorii 36-45 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=19,25$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}=6,62$  bodů, což odpovídá hranici mezi nízkým a mírným stupněm DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=34,34$  bodů, tedy mírné PA.

**Tabulka č. 41: Vyhodnocení MBI u respondentů ve věkové kategorii 46-55 let**

Věk	Průměr v této věkové kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
46-55 let	50,89 let	19,84	5,79	34,05

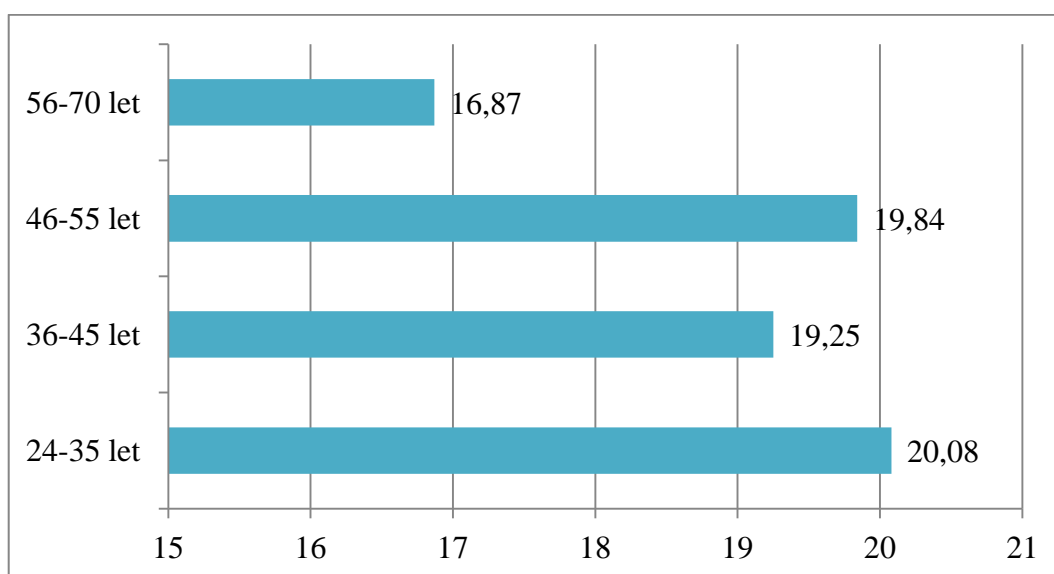
Respondenti ve věkové kategorii 46-55 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=19,84$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti

depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}= 5,79$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=34,05$  bodů, tedy mírné PA.

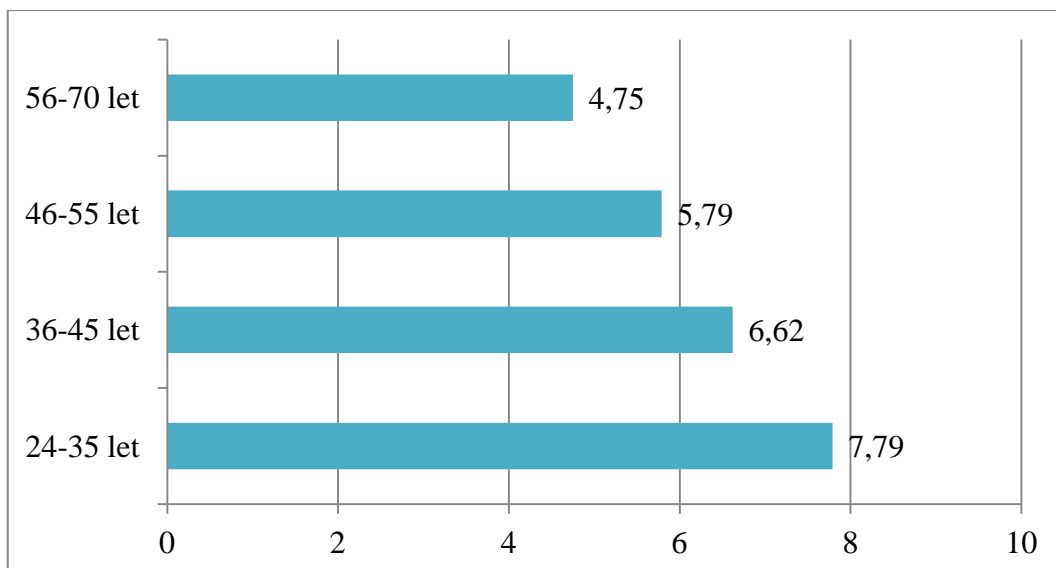
**Tabulka č. 42: Vyhodnocení MBI u respondentů ve věkové kategorii 56-70 let**

Věk	Průměr v této věkové kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
56-75 let	59,25 let	16,87	4,75	34,87

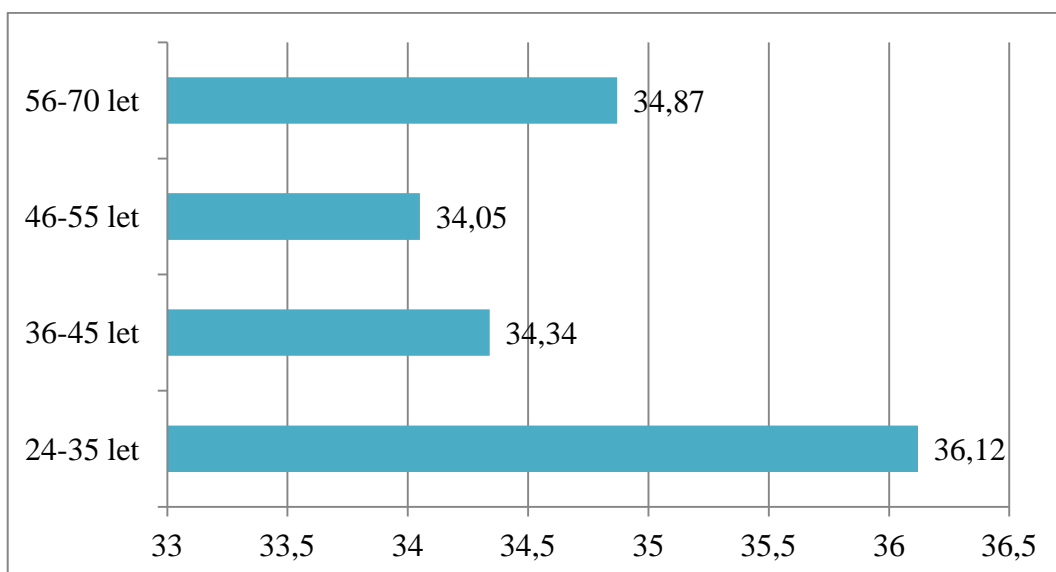
Respondenti ve věkové kategorii 56-70 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=16,87$  bodů, což odpovídá hranici mezi nízkým a mírným stupněm EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}= 4,75$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=34,87$  bodů, tedy mírné PA.



Obrázek č. 33: Průměrná hodnota bodů emocionálního vyčerpání EE dle věku respondentů



Obrázek č. 34: Průměrná hodnota bodů depersonalizace DP dle věku respondentů



Obrázek č. 35: Průměrná hodnota bodů osobního uspokojení PA dle věku respondentů

## 4.7 Syndrom vyhoření a délka učitelé praxe

**Tabulka č. 43: Vyhodnocení MBI u respondentů s délkou učitelé praxe 0,5-10 let**

Délka učitelé praxe	Průměrná délka v této kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
0,5-10 let	5,45 let	20,29	8,09	34,25

Respondenti s délkou učitelé praxe 0,5-10 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=20,29$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}= 8,09$  bodů, což odpovídá mírnému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=34,25$  bodů, tedy mírné PA.

**Tabulka č. 44: Vyhodnocení MBI u respondentů s délkou učitelé praxe 11-20 let**

Délka učitelé praxe	Průměrná délka v této kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
11-20 let	16 let	19,36	6,04	36,24

Respondenti s délkou učitelé praxe 11-20 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=19,36$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}= 6,04$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=36,24$  bodů, tedy mírné PA.

**Tabulka č. 45: Vyhodnocení MBI u respondentů s délkou učitelé praxe 21-30 let**

Délka učitelé praxe	Průměrná délka v této kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
21-30 let	26,13 let	19,71	5,73	36,26

Respondenti s délkou učitelé praxe 21-30 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=19,71$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}= 5,73$  bodů, což odpovídá

nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=36,26$  bodů, tedy mírné PA.

**Tabulka č. 46: Vyhodnocení MBI u respondentů s délkou učitelství praxe 31-40 let**

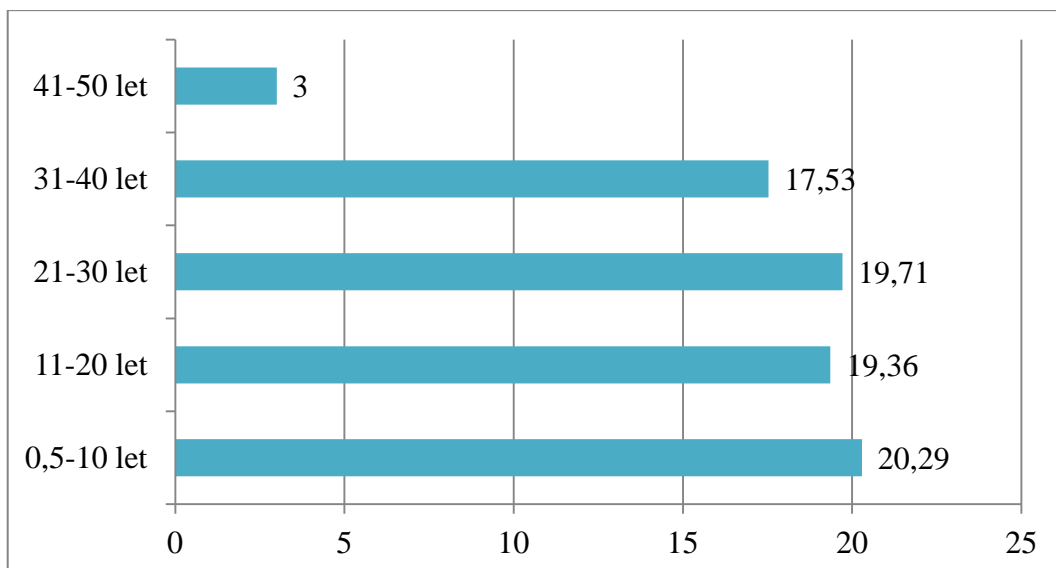
Délka učitelství praxe	Průměrná délka v této kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
31-40 let	34,73 let	17,53	4,8	34,66

Respondenti s délkou učitelství praxe 31-40 let mají průměrnou hodnotu emocionálního vyčerpání  $\bar{x}=17,53$  bodů, což odpovídá mírnému stupni EE. Průměrná hodnota v oblasti depersonalizace je u těchto respondentů  $\bar{x}= 4,8$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. Průměrná hodnota osobního uspokojení respondentů je  $\bar{x}=34,66$  bodů, tedy mírné PA.

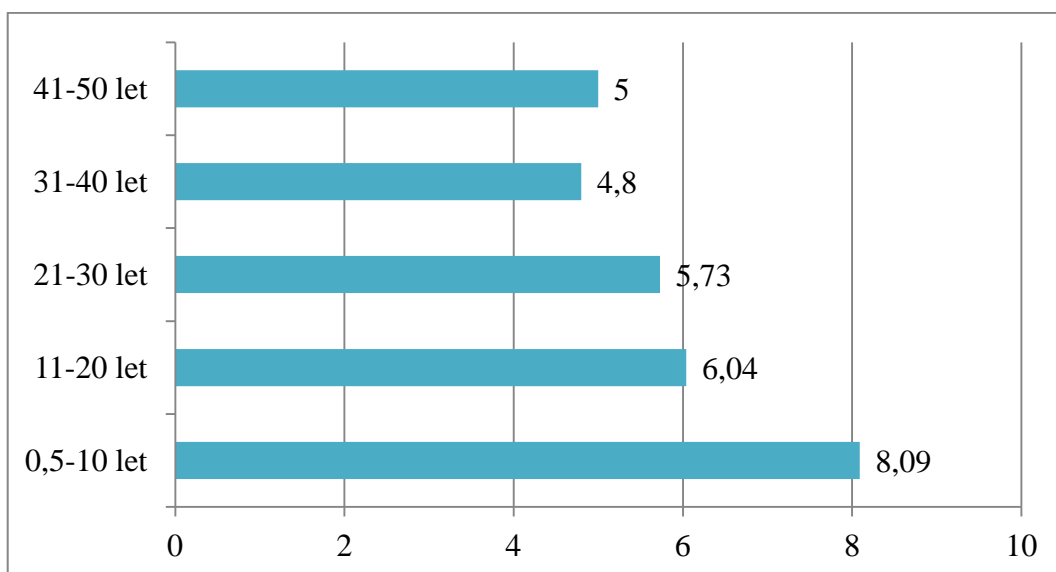
**Tabulka č. 47: Vyhodnocení MBI u respondentů s délkou učitelství praxe 41-50 let**

Délka učitelství praxe	Průměrná délka v této kategorii	EE průměrná hodnota	DP průměrná hodnota	PA průměrná hodnota
41-50 let	45 let	3	5	42

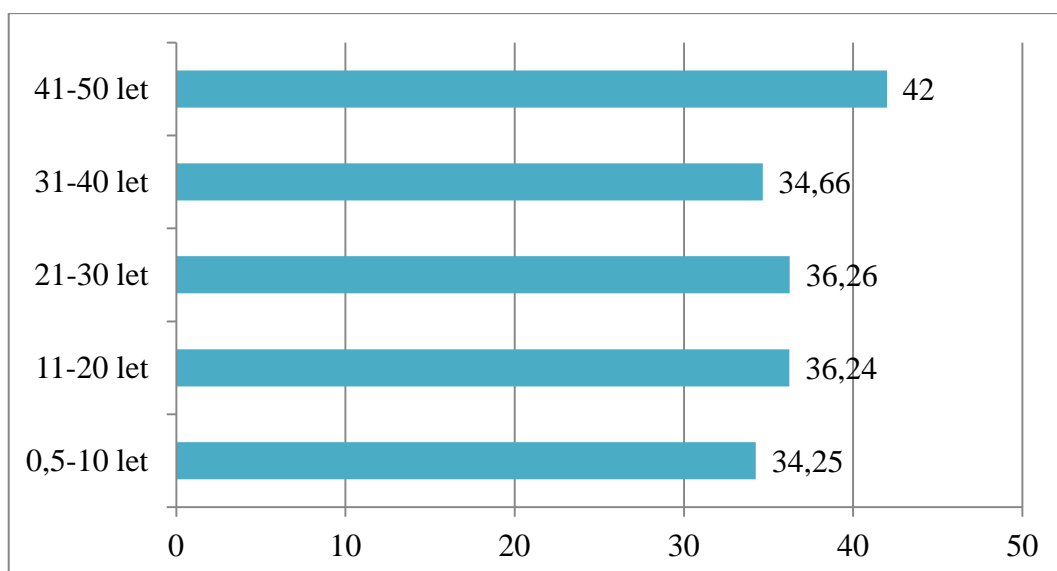
V kategorii délka učitelství praxe 41-50 let se nachází pouze jeden jediný respondent. Hodnota emocionálního vyčerpání je  $n=3$  body, tedy nízký stupeň EE. Hodnota depersonalizace je  $n=5$  bodů, což odpovídá nízkému stupni DP. A hodnota osobního uspokojení je  $n=42$  bodů, tedy vysoký stupeň PA.



Obrázek č. 36: Průměrná hodnota bodů emocionálního vyčerpání EE dle délky učitelské praxe



Obrázek č. 37: Průměrná hodnota bodů depersonalizace DP dle délky učitelské praxe



Obrázek č. 38: Průměrná hodnota bodů osobního uspokojení PA dle délky učitelství praxe

## 4. 8 Diskuze

Projevy syndromu vyhoření byly zjišťovány u učitelů 2. stupně základních škol v Jihočeském kraji. Celkem bylo osloveno 48 škol, a to v Českých Budějovicích, Českém Krumlově, Jindřichově Hradci, Třeboni, Dačicích, Písku, Táboře, Strakonících, Prachaticích, Milevsku, Čimelicích, Vodňanech, Blatné, Týnu nad Vltavou, Soběslavi a Vimperku. Na výzkumu spolupracovaly školy z 11 jihočeských měst. Z toho 27 (24,32%) respondentů vyučuje v Českých Budějovicích, 15 (13,51%) v Českém Krumlově, 8 (7,21%) v Jindřichově Hradci, 13 (11,71%) v Táboře, 12 (10,81%) v Písku, 12 (10,81%) v Soběslavi, 5 (4,50%) v Prachaticích, 7 (6,31%) v Milevsku, 6 (5,41%) v Blatné, 5 (4,50%) ve Vimperku a 1 (0,90%) ve Vodňanech. Celkem se do výzkumu zapojilo 111 respondentů. Výzkumné šetření bylo realizováno pomocí online dotazníku. Tento dotazník byl emailem rozeslán ředitelům či zástupcům jednotlivých škol. Byli požádáni o rozeslání dotazníků jednotlivým vyučujícím 2. stupně. Někteří ředitelé a zástupci ředitele mi na email odpověděli s tím, že dotazník vyučujícím rozešlou, a že bude na nich, zda ho vyplní či nikoli. Účast na výzkumném šetření byla vzhledem k počtu oslovených škol poměrně nízká. Je možné, že někteří ředitelé a zástupci ředitele dotazník vyučujícím nerozeslali. Nebo jej učitelé vyplnit nechtěli. To mohlo být způsobeno nedostatkem času a přetížeností učitelů, ale i tím, že jsem se s učiteli osobně nesetkala.



Z celkového počtu 111 respondentů je 91 (81,98%) ženského pohlaví a 20 (18,02%) je mužského pohlaví. Pravděpodobně proto, že na základních školách vyučují učitelé převážně ženského pohlaví. Věk respondentů se pohybuje mezi 24-68 lety. Většina respondentů se pohybuje mezi 46-55lety (35,13% respondentů). Délka učitelé praxe vyučujících je 0,5-45 let. Většina respondentů vyučuje 21-30 let (34,23% respondentů).

Syndrom vyhoření byl zkoumán pomocí standardizovaného dotazníku Maslach Burnout Inventory. Zaměřuje se na tři aspekty syndromu vyhoření. Je to emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a osobní uspokojení jedince (PA). U vyučujících jsem zkoumala sílu pocitů, kterou vyjadřovaly pomocí číselné škály. Výsledný skóre určoval nízkou, mírnou či vysokou sílu pocitů ohledně jednotlivých výroků. U EE a DP byly nejpříznivější nízké skóre a u PA byly nejpříznivější vysoké skóre.

V oblasti emocionálního vyčerpání EE dosahuje 48 (43,24%) respondentů nízkého stupně. Mírný stupeň EE vykazuje 39 (35,14%) respondentů a vyhoření se v tomto aspektu vyskytuje u 24 (21,62%) respondentů. Více než polovina respondentů tedy trpí mírným či vysokým emocionálním vyčerpáním. Průměrná hodnota EE všech respondentů je 19,3 bodů, což odpovídá mírnému stupni emocionálního vyčerpání.

V oblasti depersonalizace DP vykazuje 61 (54,95%) respondentů nízký stupeň. Mírný stupeň v této oblasti se vyskytuje u 39 (35,14%) respondentů. Vyhoření v tomto aspektu dosahuje 11 (9,91%) respondentů. Více než polovina respondentů tedy netrpí problémem depersonalizace a vyhoření se zde vyskytuje minimálně. Průměrná hodnota DP všech respondentů je 6,3 bodů, což odpovídá hranici mezi nízkým až mírným stupněm depersonalizace.

V oblasti osobního uspokojení PA dosahuje 35 (31,53%) respondentů vysokého stupně. Mírný stupeň osobního uspokojení se vyskytuje u 45 (40,54%) respondentů. Vyhoření v tomto aspektu vykazuje 31 (27,93%) respondentů. Většina respondentů dosahuje mírného stupně osobního uspokojení, není to však ani polovina z celkového počtu respondentů. Zajímavé je, že vysokého stupně PA a vyhoření v PA dosahuje téměř stejný počet respondentů. Průměrná hodnota PA všech respondentů je 34,7 bodů, což odpovídá mírnému stupni osobního uspokojení.

Dále jsem ve své práci zkoumala životní styl vyučujících a jeho souvislost se syndromem vyhoření. Dotazník životního stylu měl 22 otázek. Dle odpovědí získal respondent určitý počet bodů. Na základě získaných bodů jsem stanovila hodnocení úrovně životního stylu. Respondent mohl získat hodnocení výborný, velmi dobrý, dobrý, dostatečný a nedostatečný.

Hodnocení výborný získalo 7 (6,31%) respondentů. Hodnocení velmi dobrý získalo 60 (54,05%) respondentů. 38 (34,23%) respondentů dosáhlo hodnocení dobrý a 6 (5,41%) hodnocení dostatečný. Hodnocení nedostatečný nedostal žádný z respondentů. Více než polovina respondentů získala hodnocení velmi dobrý. Poměrně hojně získávali respondenti hodnocení dobrý. Hodnocení výborný a dostatečný se vyskytovalo jen zřídka. Průměrná hodnota bodů všech respondentů z dotazníku životního stylu je 12,7 bodů, což odpovídá hodnocení velmi dobrý.

Souvislost syndromu vyhoření a životního stylu učitele můžeme nejlépe pozorovat v aspektu emocionálního vyčerpání EE a depersonalizace DP.

V oblasti EE dosahují respondenti s výborným hodnocením životního stylu výrazně nižšího průměrného skóru: 14 bodů (nízký stupeň EE). Respondenti s velmi dobrým hodnocením životního stylu dosahují průměrného skóru 17,3 bodů (mírný stupeň EE). U respondentů s dobrým a dostatečným hodnocením životního stylu je průměrný skór téměř totožný, je to 22,94 a 22,33 bodů (mírný stupeň EE). Je zde tedy patrné, že respondenti, kteří žijí zdravěji, jsou méně ohroženi emocionálním vyčerpáním.

V oblasti DP dosahují respondenti s výborným hodnocením životního stylu výrazně nižšího průměrného skóru: 4,85 bodů (nízký stupeň DP). Respondenti s velmi dobrým a dobrým hodnocením životního stylu mají téměř shodný průměrný počet bodů, je to 6,41 a 6 bodů (nízký/ mírný stupeň DP a nízký stupeň DP). Výrazně vyššího průměrného skóru dosahují respondenti s dostatečným hodnocením životního stylu. Jejich skór je 9 bodů (mírný stupeň DP). Je tedy patrné, že respondenti žijící velmi zdravě, jsou méně ohroženi depersonalizací. U respondentů žijících velmi nezdravě hrozí vyšší riziko depersonalizace.

V oblasti osobního uspokojení PA nejsou rozdíly mezi úrovní životního stylu a počtem bodů v oblasti PA takřka znatelné. Respondenti výborným hodnocením životního stylu dosahují průměrného skóru 35,42 (mírný stupeň PA). Respondenti s velmi dobrým hodnocením životního stylu mají průměrný skór 34,55 bodů (mírný stupeň PA). Respondenti s dobrým hodnocením životního stylu mají průměrný skór 34,81 bodů (mírný stupeň PA). Respondenti s dostatečným hodnocením životního stylu mají průměrný skór 34,66 bodů (mírný stupeň PA). Respondenti výborným hodnocením životního stylu dosahují sice vyššího průměrného skóru než ostatní, ale pouze o 1 bod (v této oblasti je vyšší skór lepším výsledkem). Souvislost syndromu vyhoření a životního stylu v oblasti osobního uspokojení není v tomto výzkumu signifikantní.

Dalším zkoumaným faktorem u syndromu vyhoření byl věk respondentů. V oblasti emocionálního vyčerpání EE nejsou patrné výrazné rozdíly. Všichni respondenti dosahují

průměrného skóru těsně pod nebo nad 20 bodů (mírný stupeň EE). Pouze u věkové kategorie 56-70 let se objevuje výrazně nižší průměrný skór 16,87 bodů (nízký/ mírný stupeň EE). Nicméně v této kategorii se pohybuje pouze jediný respondent, tudíž výsledku nepřisuzují velký význam.

V oblasti depersonalizace DP můžeme pozorovat větší rozdíly. U věkové kategorie 24-35 let je průměrný skór 7,79 bodů (mírný stupeň DP). Věková kategorie 36-45 let dosahuje průměrného skóru 6,62 bodů (nízký/mírný stupeň DP). U věkové kategorie 46-55 let je průměrný skór 5,79 bodů (nízký stupeň DP). V kategorii 56-70 let dosahuje jediný respondent skóru 4,75 (nízký stupeň DP). Můžeme tedy pozorovat, že s přibývajícím věkem jsou respondenti méně ohroženi depersonalizací.

V oblasti PA opět nelze pozorovat výrazné rozdíly. Věková kategorie 24-35 let dosahuje průměrného skóru 36,12 (mírný stupeň PA). V ostatních věkových kategoriích se průměrný skór pohybuje okolo 34 bodů (mírný stupeň PA). Mladší jedinci vykazují vyšší míru osobního uspokojení, nicméně rozdíl oproti ostatním věkovým kategoriím není až tak výrazný.

Posledním zkoumaným faktorem u syndromu vyhoření učitelů byla délka učitelské praxe. V oblasti emocionálního vyčerpání EE dosahují respondenti s délkou učitelské praxe 0,5-10 let průměrného skóru 20,29 bodů (mírný stupeň EE). Respondenti s délkou učitelské praxe 11-20 let dosahují průměrného skóru 19,36 bodů (mírný stupeň EE). Respondenti s délkou učitelské praxe 21-30 let dosahují průměrného skóru 19,71 bodů (mírný stupeň EE). Respondenti s délkou učitelské praxe 31-40 let dosahují průměrného skóru 17,53 bodů (mírný stupeň EE). Respondent s délkou učitelské praxe 45 let dosahuje výrazně nižšího skóru, a to 3 body (nízký stupeň EE). Tomuto výsledku však nemůžeme přikládat velkou váhu, neboť se jedná o jediného respondenta. U ostatních kategorií jsou výsledky téměř shodné vyjma kategorie délka učitelské praxe 31-40 let. U té je průměrný skór nižší o dva body.

V oblasti depersonalizace DP můžeme s přibývajícím délkou praxe pozorovat sestupnou tendenci dosažených skórů (podobně jako u přibývajícím věku). Respondenti s délkou učitelské praxe 0,5-10 let dosahují průměrného skóru 8,09 bodů (mírný stupeň DP). Respondenti s délkou učitelské praxe 11-20 let dosahují průměrného skóru 6,04 bodů (nízký stupeň DP). Respondenti s délkou učitelské praxe 21-30 let dosahují průměrného skóru 5,73 bodů (nízký stupeň DP). A respondenti s délkou učitelské praxe 31-40 let dosahují průměrného skóru 4,8 bodů (nízký stupeň DP). Respondent s délkou učitelské praxe 45 let

má skór 5 bodů (nízký stupeň DP). Je tedy patrné, že podobně jako s přibývajícím věkem, tak i s přibývajícím délkou učitelství praxe jsou respondenti méně ohroženi depersonalizací.

V oblasti osobního uspokojení PA dosahují respondenti opět podobných výsledků. Respondenti s délkou učitelství praxe 0,5-10 let dosahují průměrného skóru 34,25 bodů (mírný stupeň PA). Respondenti s délkou učitelství praxe 11-20 let dosahují průměrného skóru 36,24 bodů (mírný stupeň PA). Respondenti s délkou učitelství praxe 21-30 let dosahují průměrného skóru 36,26 bodů (mírný stupeň PA). Respondenti s délkou učitelství praxe 31-40 let dosahují průměrného skóru 34,66 bodů (mírný stupeň PA). Respondent s délkou učitelství praxe 45 let má skór 42 bodů (vysoký stupeň PA).

V hypotéze H1 jsem předpokládala, že učitelé 2. stupně základních škol jsou ohroženi syndromem vyhoření. Tato hypotéza se potvrdila, neboť více než polovina respondentů (56%) trpí mírným či vysokým emocionálním vyčerpáním. V oblasti depersonalizace dosahuje 55% respondentů nízkého stupně a 45% mírného či vysokého stupně depersonalizace. Nicméně vysoký stupeň (vyhoření) depersonalizace vykazuje jen 10% respondentů. V oblasti osobního uspokojení dosahuje téměř 70% respondentů mírného či nízkého stupně osobního uspokojení.

V hypotéze H2 jsem předpokládala, že zdravý životní styl slouží jako prevence syndromu vyhoření. Respondenti s výborným hodnocením životního stylu mají výrazně příznivější výsledky (až na oblast osobního uspokojení, kde jsou výsledky příznivější, ale ne až tak výrazně). Respondenti s velmi dobrým hodnocením životního stylu mají v oblasti emocionálního vyčerpání rovněž výrazně příznivější výsledky než respondenti s dobrým a dostatečným hodnocením životního stylu. Tato hypotéza byla tedy rovněž potvrzena. Avšak nutno dodat, že respondentů s výborným hodnocením životního stylu bylo jen 7 a respondentů s dostatečným hodnocením životního stylu bylo jen 6. Výsledky tedy mohou být zkresleny.

V hypotéze H3 jsem předpokládala, že učitelé s delší učitelství praxí mají větší sklon k syndromu vyhoření. Tato hypotéza se nepotvrdila. V oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace můžeme pozorovat, že čím učitel vyučuje déle, tím příznivější má výsledky ve vztahu k vyhoření. V oblasti osobního uspokojení byly výsledky všech respondentů z hlediska délky praxe podobné. Předpokládala jsem, že s rostoucí délkou praxe budou vyučující unavenější a nebudou již tolik rozumět svým žákům kvůli vysokému věkovému rozdílu. To se ovšem nepotvrdilo. Je to pravděpodobně proto, že učitel s rostoucí délkou praxe nabývá zkušeností, učivo již dokonale ovládá a nemusí trávit tolik času přípravami, rovněž ví, jak jednat s žáky.

## 5. Závěr

Díky této diplomové práci byly zjištěny projevy syndromu vyhoření u učitelů 2. stupně ZŠ v Jihočeském kraji. Na výzkumu se podílelo 111 respondentů. Projevy syndromu vyhoření byly zkoumány ve třech oblastech: emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení.

V oblasti emocionálního vyčerpání trpí 35,14% respondentů mírným stupněm a 21,62% respondentů vysokým stupněm (vyhoření) EE. V oblasti depersonalizace dosahuje 35,14% respondentů mírného stupně a 9,91% respondentů vysokého stupně (vyhoření) DP. V oblasti osobního uspokojení trpí 40,54% mírným stupněm a 27,93% nízkým stupněm (vyhoření) PA.

Dále byla zkoumána souvislost mezi syndromem vyhoření a životním stylem učitele. V oblasti emocionálního vyčerpání dosahovali respondenti s lepším hodnocením úrovně životního stylu příznivějších výsledků ve vztahu k vyhoření. Podobně tomu bylo i v oblasti depersonalizace. V oblasti osobního uspokojení nebyly rozdíly mezi respondenty signifikantní. Z výzkumného měření tedy plyne, že respondenti, kteří žijí zdravěji, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření. Nutno však dodat, že respondentů s výborným a dostatečným hodnocením životního stylu bylo velmi málo. Tudíž výsledky mohou být zkresleny.

V každém případě bych však doporučovala vyučujícím, aby pečovali o své zdraví a věnovali se psychohygieně. V jejich náročném povolání je to jisté potřeba.

## 6. Referenční seznam

- ATKINSONOVÁ, R., *Psychologie*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-640-3
- BALSEKAR, R. S., *Peace and harmony in daily living*. India, Zen Publishing, 2003, 304p., ISBN 81-901059-8-1 in KUKAČKA, V., *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2009, 176 s.. ISBN 978-80-7394-105-5
- BARTKO, D., J., DOLEŽAL, KONDÁŠ O., in VOSEČKOVÁ, A., *Vojenské zdravotnické listy*. Ročník LXXII, 2003, č. 6, s.273-275
- COMBY, B., *Stres pod kontrolou*. Praha: Pragma : X-Egem, Nova, 1997, ISBN 80-7199-024-8
- DROTÁROVÁ, E., DROTÁROVÁ, L., *Relaxační metody: malá encyklopedie*. Praha: Epoque, 2003 247 s.. ISBN 80-86328-12-0
- DYTRTOVÁ, R., KRHUTOVÁ, M., *Učitel: příprava na profesi*. Praha: GRADA, 2009, ISBN 978-80-247-2863-6
- GEIST, B., *Autogenní trénink duševních sil: vzdorujeme stresu*. Votobia, 1998, ISBN 80-7198-349-7
- GRANT, K. E., COMPAS, B. E., STUHLMACHER, A. F., THURM, A. E., McMAHON, S. D., HALPERT, J. H., *Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanism of risk*. *Psychological Bulletin*, vol. 129, 2003, no. 3, p. 447- 446
- GRECMANOVÁ, H., HOLOUŠOVÁ, D., URBANOVSKÁ, E., *Obecná pedagogika I*. Olomouc: HANEX, 1999, ISBN 80-85783-20-7
- FONTANA, D., *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 2003., ISBN 80-7178-626-8
- JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1
- KEZBA, V., *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: ACADEMIA, 2005. ISBN 80-200-1307-5
- KOMBERCOVÁ, J., SVOBODOVÁ, M., *Autorehabilitační sestava*. Olomouc: Fontána, 1998, ISBN 80-901989-9-6
- KOVÁŘOVÁ, L., *Multimediální učebnice autogenního tréninku pro sportovce*. [online], 20-?, [cit. 2014- 02 - 12]. Dostupné z: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.ftvs.cuni.cz/eknihy/attrenink/text.pdf>

- KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2010, ISBN 978-80-7394-217-5
- KUKAČKA, V., *Zdravý životní styl*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2009, 176 s.. ISBN 978-80-7394-105-5
- KUPKA, M., Paliativní péče a riziko syndromu vyhoření. E-psychologie [online].2(1), 23–35, 2008 [cit 28.1.2013]. Dostupné z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/kupka-ps.pdf>>. ISSN 1802-8853.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada 1998. ISBN 80-7169-551-3
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat stres*. Praha: GRADA AVICENUM, 1994. ISBN 80-7169-121-6
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2
- LAHNEROVÁ, D., *Asertivita pro manažery: Jak využít pozitivu asertivní komunikace k dosažení svých cílů, 2., rozšířené vydání*. Praha: Grada, 2012, ISBN 978-80-247-4406-3
- MAHÉŠVARÁNANDA, P., *Systém "Jóga v denním životě."* Vídeň: Ibera, c2000 448 s.. ISBN 3-85052-003-X
- MAREŠ, J., *Zvládání školní zátěže u žáků a studentů*. In ČÁP, J., MAREŠ, J., *Psychologie pro učitele*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178- 463-X
- MEDVĚDOVÁ, L., *Rodové odlišnosti a vývinová dynamika školských stresorů v rané adolescenci*. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. 2008, roč. 43, č. 4, s. 287- , ISSN 0555-5574
- MLČÁK, Z., *Psychická zátěž u dětí základní školy*. Ostrava: OU, 2005. ISBN 978-80-87029-15-2
- MLČÁK, Z., *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. ISBN 80-7368-035-1
- NAKONEČNÝ, M., *Encyklopedie obecné psychologie*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0625-7
- NEŠPOR, K., *O sebeovládání*. Meduňka, 4(9), ISSN 1214-4932 in KUKAČKA, V., *Udržitelnost zdraví*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2010, ISBN 978-80-7394-217-5
- NEŠPOR, K., *Uvolněně a s přehledem: relaxace a meditace pro moderního člověka*. Praha: Grada Publishing, 1998, ISBN 80-7169-652-8

- NEŠPOR K., MATANELLI O., Životní styl a návykové nemoci. *Praktický Lékař*. 2011, 91, No. 5, pp. 293–29
- PATAKY, J., *Emoce prapříčina nemocí*. Regenerace, 13 (5), ISSN 1210-6631 in
- POHLOVÁ, L., KOZÁKOVÁ R., JAROŠOVÁ, D., Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař*. 2011, 91, No. 5, pp. 274–277
- PRŮCHA, J., *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-631-4
- SCHIMDBAUER, W., *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál 2008. ISBN 978-80-7367-369-7
- SELYE, H., *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1996
- SELYE, H., *Stress bez distressa*. Moskva: Progres. 1982.
- STOCK, CH., *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada 2010. ISBN 978-80-247-3553-5
- ŠOLCOVÁ, I., KEZBA, V., *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav. 2. vyd. 2003. ISBN 80-7071-231-7
- TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T., *Burn- Out Syndrom, Syndrom vyhoření: pracovní sešit pro účastníky kurzů*. Praha: Hestia, 2002. [www.hestia.cz/ruzne/BURNOUT.doc](http://www.hestia.cz/ruzne/BURNOUT.doc) [on-line]
- TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T., Burn-out, Syndrom vyhoření, interní pracovní sešit Hestia, Praha 2002 in JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1
- UPHOLD, 1991 in BAŠTECKÁ, B., Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy. Praha: Grada, 2005, 299 s.. ISBN 80-247-0708-X
- URBANOVSKÁ, E., *Škola, stres a adolescenti*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2561-0
- VOSEČKOVÁ, A., Vojenské zdravotnické listy. Ročník LXXII, 2003, č. 6, s.273-275
- VOSEČKOVÁ, A., HRSTKA, Z., *Kapitoly z psychologie zdraví: 4. díl, Syndrom vyhoření*. Hradec Králové, Univerzita obrany, 2010, ISBN 978-80-7231-344-0

## Vysvětlivky

- 
- <sup>i</sup> n- označení počtu  
<sup>ii</sup> fj- označení procent  
<sup>iii</sup>  $\bar{x}$ - označení průměru