



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Sciences

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Příznaky syndromu vyhoření  
u pracovníků přímé obslužné péče  
**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Studijní program: **REHABILITACE**

**Autor:** Bc. Eliška Zichová

**Vedoucí práce:** Mgr. Veronika Benešová Ph.D.

České Budějovice 2017

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „Příznaky syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče,“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 15. května 2017 .....

### **Poděkování**

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Veronice Benešové Ph.D. za její cenné rady, ochotu a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Mé poděkování též patří všem šesti zařízením, kde jsem mohla svůj výzkum provádět a také útvaru Armády České republiky v Bechyni, kde mi poskytli možnost získání odpovědí na můj dotazník ve srovnatelně velké skupině. Poděkování patří též mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala.

# **Příznaky syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče**

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce byla zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče (PPOP). Míra vyhoření byla stanovena na základě vyplnění Copenhagen Burnout Inventory dotazníku u PPOP respondentů ze šesti pražských domovů pro seniory. Výskyt syndromu vyhoření se u nich pohyboval mezi 30–45 %, zatímco tato hodnota byla nižší u zaměstnanců Armády ČR (18–32 %), kteří byli použiti jako srovnávací soubor. PPOP respondenti měli významně vyšší míru personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření než armádní zaměstnanci.

Dalším cílem bylo ověřit, zda supervize vede ke snížení výskytu příznaků syndromu vyhoření. Výsledky této práce neprokázaly významné zlepšení míry vyhoření v zařízeních péče o seniory, které mají k dispozici supervizi. Při hledání toho, co vede nejčastěji ke změně oboru u pracovníků přímé obslužné péče se syndromem vyhoření, bylo zjištěno, že respondenti s vyšší mírou vyhoření hledají méně stresující práci. Délka praxe měla jen hraniční význam pro závažnost syndromu vyhoření u PPOP, zatímco dosažené vzdělání ani věk respondentů neměly významný vliv na závažnost tohoto syndromu.

Závěrem lze konstatovat, že tato práce potvrdila důležitost vztahu respondenta k jeho práci, který byl nepřímo úměrný jeho míře vyhoření. Respondenti hledající méně stresující práci byli více vyhořelí než respondenti, kteří by hledali jiné kvality svého dalšího zaměstnání. Tento významný rozdíl byl nalezený ve všech zkoumaných souborech. Naopak ti, kdo nacházeli naplnění ve své práci, byli méně vyhořelí než respondenti, kdo nepovažovali svou práci za své poslání. Tyto nálezy jsou v souladu s představou, že výrazné pracovní zaujetí představuje určitou ochranu proti pracovnímu vyčerpání a vyhoření.

## **Klíčová slova**

Syndrom vyhoření; supervize; personální vyhoření; pracovní vyhoření; klientské vyhoření; ztráta pracovního zaujetí; rizikové faktory; ohrožené profesní skupiny.

# **Symptoms of burnout among the staff of direct service care**

## **Abstract**

This dissertation was focused on burnout syndrome among the staff of direct service care. The degree of burnout was estimated using Copenhagen Burnout Inventory questionnaire which was completed by the respondents from six Prague homes for seniors. The burnout incidence in this group was 30-45 %, whereas it was only 18-32 % among Czech Army employees who were studied for comparison. The staff of direct service care had significantly higher degree of personal, work-related, client-related and total burnout than army employees.

Further aim was to verify whether supervision leads to lowered incidence of burnout symptoms. However, this study did not reveal any improvement of burnout degree in homes for seniors in which supervision was installed. When searching for most frequent reasons of profession change among the staff of direct service care, it was demonstrated that respondents with higher burnout degree were looking especially for less stressing work. Practice length was only of borderline importance for the severity of burnout syndrome, while age or education had no significant influence on this syndrome among the staff of direct service care.

In conclusion, this study confirmed the importance of respondent relation to their job, which was inversely proportional to their burnout degree. The respondents looking for less stressing work had higher degree of burnout than those who searched for other qualities of their future job. This important difference was demonstrated in all groups examined. On the contrary, those who found their realization in their work were less burned out than those who did not consider work as their mission. These findings are in agreement with the idea that the pronounced job engagement represents a definite protection against work exhaustion and burnout.

## **Key words**

Burnout syndrome; supervision; personal burnout; work-related burnout; client-related burnout; work engagement loss; risk factors; professions at risk.

## Obsah

1. Současný stav .....	9
1.1 Historie vývoje syndromu vyhoření .....	9
1.1.1 Syndrom vyhoření ve světě .....	10
1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření .....	12
1.2.1 Úloha smýšlení jedince při vzniku syndromu vyhoření .....	14
1.2.2 Ohrožené profesní skupiny .....	15
1.2.3 Vliv prostředí .....	16
1.3 Projevy vyhoření .....	17
1.3.1 Fyzické příznaky .....	17
1.3.2 Psychické příznaky .....	18
1.3.3 Emocionální příznaky .....	20
1.3.4 Projevy odcizení .....	22
1.3.5 Pokles výkonnosti .....	22
1.3.6 Objektivní důvody .....	23
1.4 Fáze syndromu vyhoření .....	23
1.4.1 Adaptační syndrom .....	24
1.4.2 Cyklus vyhoření podle Freudembergera .....	25
1.4.3 Proces vyhoření podle Poschkampa .....	27
1.5 Rizikové faktory .....	28
1.6 Způsoby zjišťování syndromu vyhoření .....	31
1.7 Způsoby prevence .....	31
1.7.1 Prevence na úrovni jedince .....	33
1.7.2 Prevence na úrovni pracoviště .....	35
1.7.3 Pracovní uspokojení zaměstnanců při osobně zaměřené péči o seniory .....	36
1.8 Léčba syndromu vyhoření .....	37

1.9	Supervize .....	38
2.	Cíle práce a hypotézy .....	41
2.1	Cíle práce .....	41
2.2	Hypotézy .....	41
2.3	Operacionalizace pojmů .....	41
3.	Metodika .....	43
3.1	Použité metody a techniky sběru dat .....	43
3.2	Výzkumné soubory (tab. 7) .....	46
3.3	Realizace výzkumu .....	47
4.	Výsledky .....	49
4.1	Základní charakteristiky zkoumaných souborů .....	49
4.2	Míra vyhoření v jednotlivých souborech podle CBI dotazníku.....	50
4.3	Význam jednotlivých otázek pro určení míry vyhoření a vzájemný vztah kategorií vyhoření .....	56
4.4	Vztah pohlaví respondentů, jejich věku, vzdělání a délky zaměstnání k míře jejich vyhoření .....	60
4.5	Důvody změny oboru v případě vyhoření .....	64
4.6	Činnosti, které respondenti preferují k vlastnímu naplnění.....	66
4.7	Vliv supervize na pracovišti .....	71
4.8	Srovnání studovaných zařízení sociální péče o seniory.....	73
4.9	Činnosti, které pomáhají k odreagování .....	75
5.	Diskuze.....	76
6.	Závěr .....	82
7.	Seznam použitých zkratk.....	85
8.	Seznam použitých zdrojů .....	86

## Úvod

Během praxe v rámci svého studia na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích a během svých předchozích zaměstnání v domovech pro seniory jsem poznala náročnost této práce. U svých spolupracovnic jsem pozorovala různé příznaky syndromu vyhoření, které komplikovaly a často ukončily jejich práci v tomto oboru.

Syndrom vyhoření je vyčerpání zdrojů jedince pro pracovní i osobní nasazení v životě. Předchází mu několik varovných signálů, které by měl jedinec vnímat. Syndrom vyhoření se vyskytuje ve všech profesích, ale nejčastěji v profesích pomáhajících lidem jako jsou zdravotnictví, péče o seniory a handicapované osoby atd. Výskyt syndromu vyhoření závisí nejen na odolnosti jedince, ale i na prostředí v němž žije a pracuje.

V diplomové práci jsem popsala syndrom vyhoření, včetně jeho fází, rizikových faktorů a způsobů prevence. Práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče. Dalším cílem diplomové práce je posoudit úlohu supervize v boji proti syndromu vyhoření.

K získání potřebných dat o míře vyhoření jsem zvolila dotazník Copenhagen Burnout Inventory, který jsem doplnila řadou dalších otázek umožňujících analýzu získaných údajů. Tento dotazník jsem rozdala v šesti pražských domovech pro seniory, s nimiž jsem měla možnost se seznámit během své praxe.

Na základě analýzy získaných odpovědí jsem se snažila posoudit význam literárně uváděných rizikových faktorů pro vznik syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v našich podmínkách. Dále jsem se věnovala hledání faktorů, které naopak snižují výskyt syndromu vyhoření u těchto pracovníků.



# 1. Současný stav

## 1.1 Historie vývoje syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je novější dobový jev, který se rozšiřuje v důsledku změn v pracovní oblasti, globalizace, rozpadu rodinných struktur a demografického rozvoje (Stock, 2010). Termín „vyhoření“ (burn-out) pro psychický stav či proces použili poprvé v polovině 20. století Herbert Freudenberger (1974) a Christina Maslach (1976). Na základě fenoménů pozorovaných v jejich psychologických poradnách vyvinuli koncept vyhoření (Poschkamp, 2013).

Americký psycholog Herbert Freudenberger (1974) popsal základní koncept syndromu vyhoření v časopise *Journal of Social Issues*. Podle Honzáka (2015) Freudenberger zjistil, že syndrom vyhoření se vyskytuje převážně v povoláních, kdy zaměstnanec investuje nejen svůj čas, ale i kus své vlastní osobnosti do pomoci lidem závislých na jeho péči. Zároveň nevyklučuje nepříznivé vlivy prostředí. Freudenbergerovo doporučení zní: „*Jestliže se vám nedaří a máte pocit, že všechno a všichni se proti vám spiklí, je namístě otázka: Co asi dělám špatně já?*“ (Honzák, 2012, str. 1). Maroon (2012) uvádí, že Freudenberger hodnotí syndrom vyhoření jako jev na pozadí osobnostních rysů v životě jedinců, kdy vyhoření vzniká ze zorného úhlu duševních reakcí.

Americká psycholožka Christina Maslach (1976) rozšířila okruh příznaků, které se projevují u syndromu vyhoření, a následně je rozdělila do tří okruhů – tělesné a psychické vyčerpání, ztráta uspokojení a potěšení z práce a odcizení. Dále pak zohlednila možnosti vlivu prostředí (Maslach a kol., 2001). Podle Maslach je syndrom vyhoření důsledkem vnějších vlivů a to především hodně práce a vysokých profesionálních povinností (Maroon, 2012).

Podle ICD WHO (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc. Osoby trpící syndromem vyhoření jsou znevýhodněné, jelikož jejich zdravotní potíže nejsou považovány za nemoc, což v extrémním případě se může projevit tak, že pojišťovny pacientům nehradí léčbu. V osmdesátých letech dvacátého století stoupl zájem o téma syndromu vyhoření také u pracovníků v sociálních službách, protože

pečující rodiny přenechali péči o své blízké státním či soukromým zařízením (Stock, 2010).

### **1.1.1 Syndrom vyhoření ve světě**

„Od konce 70. let do začátku 80. let 20. století v Německu prudce vzrostl počet publikací věnujících se tématu vyhoření a do poloviny 90. let byl s cca 300 publikacemi ročně tento pojem na dosti vysoké úrovni“ (Poschkamp, 2013, str. 10). Syndromu vyhoření je věnována zvýšená pozornost ve světě i u nás řadu let. Přehledná práce Schaufeli a kol. (2009) zmiňuje více než 6 tisíc prací publikovaných na toto téma za posledních 35 let. Cílem výzkumu byla a) včasná diagnostika syndromu vyhoření u pracovníků různých profesí, b) důsledky syndromu vyhoření v různých jeho stádiích pro osobnost pracovníků, jejich zdraví a jejich pracovní výkonnost, c) identifikace faktorů zvyšujících výskyt tohoto syndromu v jednotlivých profesích, d) vliv různých organizačních opatření snižujících pracovní zátěž a stres zaměstnanců na míru jejich vyhoření atd. Jedním z důležitých kritérií se stává spokojenost pracovníků se svým zaměstnáním (job satisfaction), neboť pokles spokojenosti se odráží v kvalitě jejich pracovního výkonu. V posledních letech se tzv. pozitivní psychologie snaží postavit pracovní zaujetí či naplnění prací (work engagement) jako pozitivní protipól negativnímu procesu vyhoření. Již Maslach a Leiter (1997) popsali proces vyhoření jako „erozi pozitivního stavu mysli“, kterou označili jako „opotrebování pracovního zaujetí“. Později González-Romá a kol. (2006) ukázali, že pracovní energie, pracovní obětavost a pohlcení prací jako míra pracovního zaujetí mají převrácený vztah k pracovnímu vyčerpání a cynismu, které jsou součástí syndromu vyhoření. Je samozřejmě nutné mít na paměti, že mezi plným pracovním zaujetím a rozvinutým syndromem vyhoření existuje řada přechodných stavů, které jsou popsány v kapitole 1.4 Fáze syndromu vyhoření. Výzkum Harter a kol. (2002) ukázal, že samotná prevence syndromu vyhoření není dostatečná, pokud se současně nepodporuje pracovní zaujetí. Meta-analýza soudobých studií ukázala dokonce větší ekonomickou výhodu podniků s vyšší úrovní pracovního zaujetí (Harter a kol., 2002). Z výše uvedeného moderního přístupu k důležitosti pracovního zaujetí v prevenci syndromu vyhoření vyplývá důležitost supervize na pracovištích, která by měla kromě řešení konfliktů a pracovních problémů podporovat myšlenku pozitivního pracovního zaujetí.

Tato diplomová práce je zaměřena na syndrom vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče. Odborná literatura týkající se tohoto problému u pečovatelských služeb, u zdravotnického personálu a v podobných profesích je zdánlivě rozlehlá. Detailnější rozbor však ukazuje podstatně nižší počet prací zabývajících se seriózně touto problematikou. Jako příklad lze uvést přehledný článek Manzano-García a Ayala (2017), který se zabývá významem různých faktorů pro výskyt syndromu vyhoření u zdravotních sester. Tito španělští autoři našli 5 350 článků o vyhoření publikovaných v letech 2000 – 2014, z nichž 12% (242 článků) se zabývalo touto problematikou u zdravotních sester. Nicméně pro posouzení významu jednotlivých faktorů pro vyhoření sester bylo možné použít pouze 54 články, z nichž jen čtyři se zabývaly dlouhodobým studiem této problematiky. Podobně studie Romppanen a Häggman-Laitila (2016) o vlivu opatření pro zlepšení životní pohody zdravotních sester mohla použít pouze 10 článků z literatury čítající 2 239 článků z let 2009 – 2015. Systematický přehledný článek (Westermann a kol., 2014) analyzující vliv intervenčních studií na výskyt syndromu vyhoření u personálu v sektoru geriatrické péče identifikoval jako použitelné pouze 16 intervenčních studií z 478 původně nalezených článků.

Míra vyhoření se obvykle kvantifikuje pomocí speciálních dotazníků, z nichž je nejznámější Maslach Burnout Inventory (MBI) a Copenhagen Burnout Inventory (CBI). V nás se problematikou užití různých dotazníků na syndrom vyhoření zabývala zevrubně ve své diplomové práci Vlachovská (2011). Copenhagen Burnout Inventory vznikl jako reakce na Maslach Burnout Inventory a oproti MBI vyřazuje z pojetí syndromu vyhoření depersonalizaci a nízkou pracovní výkonnost. Autoři této metody rozlišují pracovní vyhoření, osobní vyhoření a vyhoření směrem ke klientovi, kdy se k těmto škálám při vyhodnocování přistupuje jednotlivě a může se pracovat i s celkovým skóre. U všech tří stupnic bylo zjištěno, že mají velmi těsný vztah (Kristensen a kol., 2005; Vlachovská, 2011). Podle Vlachovské se míra vyhoření pohybuje v rozmezí 21 – 41% v souboru 190 respondentů zahrnujících studenty, zdravotní sestry, sociální pracovníce, lékaře, učitele a dělníky. Jednotlivé profese se však mohou výrazně lišit mírou vyhoření. Kristensen a kol. (2005), kteří vyvinuli CBI dotazník, zkoumali 1914 respondentů v rámci studie PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction), která zahrnovala celou řadu profesí. Jejich studie

ukázala, že skóre vyhoření (rozmezí 0 – 100) se lišilo mezi jednotlivými profesí až o 20 bodů (např. porodní asistentky ve srovnání s vrchními sestrami).

## 1.2 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

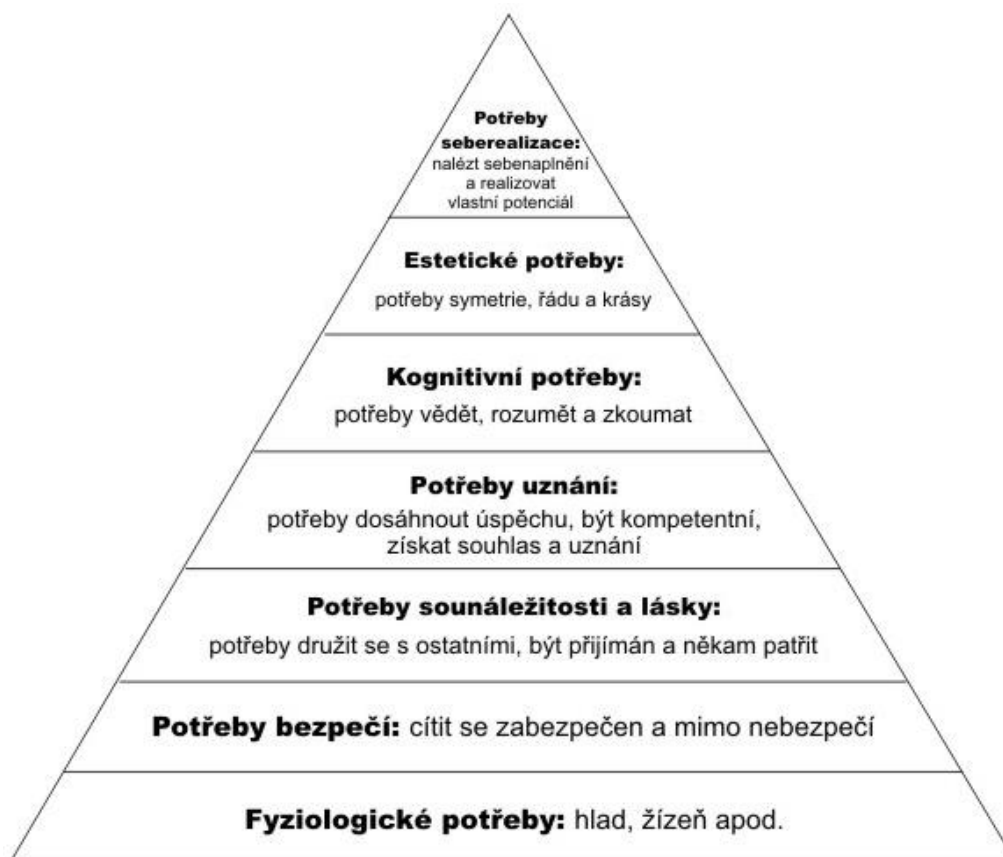
Vyhoření je plíživý proces probíhající několik let, podporovaný vlastní zodpovědnou osobností, vztahovou strukturou k lidem, kteří někoho potřebují, a organizační strukturou, která nedokáže nabídnout dostatečné možnosti regenerace (Poschkamp, 2013). Jankovský (2003) uvádí, že syndrom vyhoření je souborem příznaků, které se projevují zpravidla u angažovaných jedinců, vyznačujících se především dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Pešek a Praško (2016) píše, že na vyhoření nemá žádný vliv inteligence, věk, stav manželství, vzdělání ani délka práce v oboru.

Mezi důležité příznaky syndromu vyhoření patří odcizení, kterým se rozumí postupná ztráta idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“ (Stock, 2010). Pracovní zaujetí jedince, jež dříve býval velmi snaživý, se snižuje na minimum, neboť na jedné straně pociťuje zklamání a frustraci, na druhé straně je skutečně tak vyčerpaný, že už zkrátka nemůže dál (Stock, 2010).

Freudenberger shrnul nejpodstatnější faktory, které způsobují syndrom vyhoření. Jedním z nich je výrazná touha po společenském uznání - tedy očekávání nejen pracovního úspěchu, ale také příslušného ocenění. Potřeba uznání sama o sobě není nijak nezvyklá, naopak patří mezi základní lidské potřeby definované Maslowem v roce 1943 (obr. 1). Jiným faktorem jsou nereálné požadavky na vztahy mezi lidmi, neboť někteří pomáhající si myslí, že jejich názory musí každý pochopit a vzít za své, což se nestává (Honzák, 2015). Poschkamp (2013) píše, že pro tyto osoby je jejich profese spíše posláním než prací.

V praktickém používání se příčiny syndromu vyhoření dělí na zevní a vnitřní. Mezi zevní příčiny patří vysoká angažovanost s následnou nízkou návratností, nadměrné pracovní nároky při nízkých kompetencích a nedostatek sociální podpory. Významnější jsou však stále příčiny vnitřní, spočívající především v nepřiměřeném očekávání

výsledků, a po jejím nenaplnění frustraci následovanou stejně nerealistickou sebezničující neurotickou devalvací vlastních kvalit (Honzák, 2015).



**Obrázek 1:** Hierarchie lidských potřeb,

Zdroj: Franěk, 2011

*„Když napoprvé neuspějete, než začnete znovu, zastavte se a podívejte se, co jste dělali špatně“.*

(Citát Leo Rostena, viz Honzák, 2015, s. 23)

*„Socializace a výchova určují naše chování, naše myšlení a způsob, jak nebo co v určitých situacích cítíme. To je to, co nazýváme osobností. Skromnost lze považovat za ctnost, ale v profesním životě nevede k vytčeným cílům. Pasivní postoj a vyčkávání se zřídka kdy vyplatí. Kdo nevysílá signály, toho nebude slyšet“* (Poschkamp, 2013, str. 19). Pokud si jedinec občas nepřizná, že se mu něco povedlo, byl vychován ve stylu „samochvála smrdí“. Bude-li veškeré své výsledky zlehčovat, bude jedinec sám, ale i jeho kolegové a nadřízení považovat jeho pracovní výkon za bezvýznamný. (Poschkamp, 2013).

Je důležité si neplést vlastní osobnost se svým výkonem. Když se někomu něco nepovede, není to problém jeho osobnosti, ale je to dáno výkonem, který může jedinec zlepšovat (Honzák, 2015).

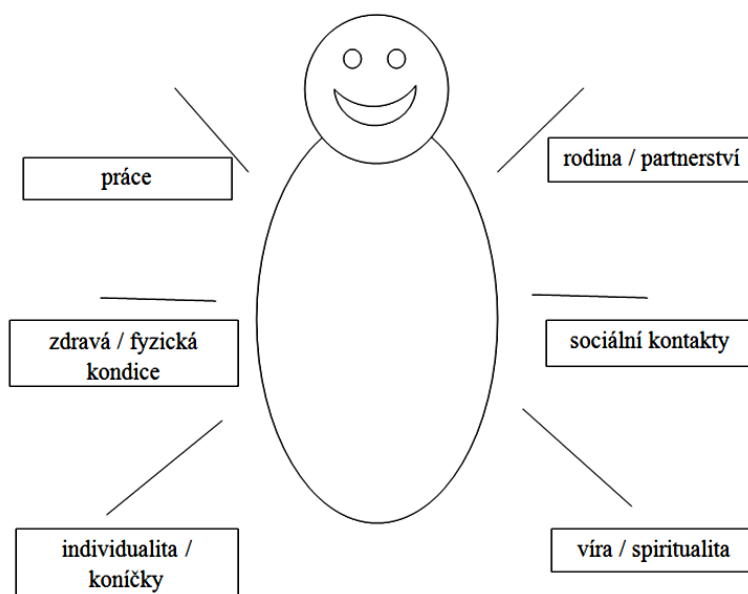
Jako možnou příčinu syndromu vyhoření uvádí Prieß (2015) špatné vzory chování v rodině, kde dítě vyrůstalo. Nevidělo, jak se správně navazují a udržují vztahy, nepoznalo, jaké jsou možnosti při řešení problémů. Je to dáno také tím, že dítě nedostává zpětnou vazbu od rodičů a není pochváleno, pokud něco udělalo správně. Proto touží být oceněno. Druhou variantou, začínající v mládí, kterou uvádí Prieß (2015), je situace, kdy si jedinec chce kompenzovat své nynější neúspěchy dohnáním svých nezdarů a chce dostat svým snům. Jako příklad uvádí Prieß (2015) svou klientku, která po nezdarech v práci chce ve čtyřiceti letech opustit svůj technický obor a jít znovu studovat, aby se stala lékařkou. Snaží se svůj život dohnat. *„Kdo neví a honí se za minulostí, ztroskotá nejen v přítomnosti, ale i v budoucnosti“* (Prieß, 2015, str. 147).

### **1.2.1 Úloha smýšlení jedince při vzniku syndromu vyhoření**

Prieß (2015) prohlašuje, že jedincovo bytí se skládá z šesti základních životních oblastí, které nazývá „model broučka“ (obr. 2). Jedinec může být v rozporu se svou duší, když provádí něco proti své vůli, aby dosáhl vnitřního klidu. Tento čin, který byl proti vlastnímu smýšlení, se ukládá do mysli. Pokud se bude opakovat, že bude provádět úkony, které se mu přičí, jen z důvodu, že musí, nastane vnitřní konflikt, který následně vyvolá syndrom vyhoření.

Dále Prieß (2015) uvádí, že veškeré oblasti života jedince jsou protkány jakýmsi vnitřním dialogem. Pokud v jedné části strádáme, vynahradí to jiná část našeho života. Nastane-li více konfliktů v různých rovinách, nastává syndrom vyhoření. Jedinec nemá zázemí, které mu dává oporu, tudíž je pak každý nový konflikt mnohem závažnější. Každá bytost má jinak rozdělené priority v životních oblastech. Prieß (2015) uvádí příklad projevení se syndromu vyhoření u ženy, která měla rozvinutý hlavně vztah ke své práci a ke své kočce, která ji nahrazovala ostatní roviny. Žena se zhroutila kvůli náhlé smrti kočky, která dodávala ženě stabilitu životního systému. Uvádí, *„Čím víc hledáváte svou identitu venku místo uvnitř, tím větší je nebezpečí, že se zhroutíte, když se s vnějším světem něco stane“* (Prieß, 2015, s. 56). Toto uvádí i Kallwas (2007)

o příčině vyhoření, kdy jedinec na sebe příliš vysoké nároky a k tomu má nízké sebevědomí, které mu brání přijetí ocenění ostatními.



**Obrázek 2:** Model broučka podle Prieß (2015)

Zdroj: Prieß (2015, str. 53)

### ***1.2.2 Ohrožené profesní skupiny***

Syndrom vyhoření se neomezuje pouze na osoby v sociálních či pomáhajících profesích, kde se pracuje s lidmi. Jedná se především o lékaře, zdravotní sestry, psychology, psychoterapeuty, sociální pracovníky a učitele (Pešek a Praško, 2016). Důvodem je, že tyto lidé jsou profesně v emocionálním kontaktu s osobami závislými na jejich pomoci (Poschkamp, 2013). Vyhoření se může objevit při jakékoliv činnosti, ale nejvíce je však nacházíme u lidí věnujících se profesionálně problematice duševního zdraví, výuce či pedagogické činnosti, sociálním službám, medicíně a ošetrovatelství, prosazování práva (Honzák, 2015). Guggenbühl-Craig (2007) uvádí, že mnohé povolání vzniká určitou hlubokou vnitřní potřebou, aby mohlo dojít k vlastnímu uspokojení dané osoby. Jedinec se považuje za „spasitele“, který pomůže všem lidem, všechny kolem zachrání (tzv. „spasitelský syndrom“).

Havrdová a kol. (2010) uvádějí, že základním a nejdůležitějším prostředkem v pomáhajících profesích je jejich osobnost. Vzniká již v průběhu vzdělání, kdy se jedinec

profiluje, následně dochází k socializaci a identifikuje se se svým vzorem. Pokud má pracovník příliš přehnané nároky, nepřispívá to týmové spolupráci. Ztrácí se profesní stabilita i uznání okolí, což může vést ke ztrátě vnitřní identity,

Stock (2010) a Kallwass (2007) uvádějí, že 20 – 30% pracovníků výše uvedených profesí, kteří pracují s lidmi se alespoň jednou v životě setká alespoň jednou v životě se syndromem vyhoření.

### ***1.2.3 Vliv prostředí***

Honzák (2015), uvádí, že Christina Maslach považovala za velmi důležité následující vlivy okolí na jedince, které mohou predikovat vyšší riziko syndromu vyhoření:

- nadměrné množství práce
- nespravedlivé poměry a praktiky v pracovním prostředí
- nedostatek sociální podpory
- malé kompetence v pracovním procesu
- práce v prostředí konfliktů hodnot
- nedostatečná odměna, ať už ve smyslu ekonomickém nebo psychosociálním.

Plný rozsah syndromu vyhoření nelze přesně odhadnout. Mnoho zapálených pracovníků může při určité míře zklamání či v určitém stupni vyhoření odejít z pracoviště a jako příčinu neudávají syndrom vyhoření, ale jiné nepodstatné okolnosti. Ani výše platu nemusí být zásadní pro rozhodnutí, zda odejít nebo zůstat. Řada lidí dává přednost sociálnímu ocenění před finančními výhodami.

Jankovský (2003) zmiňuje, že významnou roli hraje délka zaměstnání, ve kterém jedinec pečuje o lidi a přichází s nimi skoro každodenně do styku. Zpravidla následně se jedinci nedostává dostatečného uspokojení. Nastane změna ve vztahu ke klientovi, kolegům ale dokonce i k přátelům a následně i k rodině.

Guggenbühl-Craig (2007) tvrdí, že vliv prostředí hraje důležitou roli, když jedinec při případové konferenci hodnotí klienta. Zároveň si jedinec, který zastupuje práva svého klienta, uvědomuje, že celé okolí hodnotí i jeho práci, jaký vztah má ke své profesi, zda ji nevěnuje příliš málo. V kolektivu panuje kolegiální rivalita. Proto je důležité, aby vedení či „case manager“ odhalil tento problém, díky němuž by mohly odeznít problémy komunikace v multidisciplinárním týmu.



### 1.3 Projevy vyhoření

Vyhoření mnohdy znamená postupnou ztrátu energie a idealismu. Následek závažných pracovních podmínek, zklamání očekávání a vytržlivosti po počátečním velkém nadšení. Vyhoření je proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi (Poschkamp, 2013).

Varovné příznaky se u jedince nemusí vyskytovat všechny najednou. Jedná se o výčet příznaků, které se často opakují a jsou prvotními změnami, které u jedince můžeme pozorovat. Prieß (2015) předesílá, že mnohé kompenzační mechanismy, které používáme proti vyhoření, mohou přejít v závislost. Například uvádí, pokud si jedinec dá po náročném dni sklenku vína, aby se uklidnil, bude to používat i pro další situace. U jedince se bude zvyšovat náklonnost k alkoholu, které může podlehnout.

#### 1.3.1 Fyzické příznaky

*„Stres a vyhoření ovlivňuje nejen psychické a emocionální citění. Ve skutečnosti nejdříve reaguje tělo na zátěž z okolí, ať je extrémní či běžná“* (Poschkamp, 2013, str. 26). Fleischmann (2006) podtrhuje význam psychosomatiky, která z velké části ovlivňuje zdravotní stav jedince. Mezi hlavní psychogenní příčiny, které způsobují problémy patří negativní stres (distres), který zahrnuje konflikty, deprivace, frustrace, psychotraumata, negativní citové vazby. Tyto všechny distres způsobuje řadu somatických poruch. Dle Mezinárodní klasifikace nemocí psychogenního původu je lze rozdělit do následujících kategorií: kožní (ekzémy, psychogenní dermatitida), kostní a svalové (bolest ve svalech), dýchací (astma, kašel, hypoventilace), kardiovaskulární (hypertenze, migréna), gastrointestinální (vředové choroby, zvracení, průjmy, záněty žaludku), močové a pohlavní (poruchy menstruačního cyklu či pohlavních funkcí), endokrinní (diabetes, poruchy štítné žlázy). Dále Fleischmann (2006) uvádí, že tato somatická onemocnění, která se u jedince objeví, mají velký vliv na psychiku jedince, hovoří se následně o somato-psychických poruchách.

Tyto fyzické symptomy (tab. 1) se projevují bezprostředním tělesným omezováním postižených osoby. Jankovský (2003) uvádí vedle tělesného vyčerpání i poruchy zažívání, kdy jedinci mohou trpět nechutenstvím nebo naopak kompenzační zátěže

jídlem. Může též docházet k častým úrazům nebo k selhávání organismu při nedodržování správné životosprávy.

**Tabulka 1:** Fyzické příznaky syndromu vyhoření.

ztráta energie
tělesné vyčerpání
chronická únava / nedostatek spánku
náchylnost k nemocem
časté bolesti hlavy
ztuhlé šjiové svaly
kardiovaskulární a zažívací potíže
poruchy spánku
poruchy paměti a soustředění
náchylnost k nehodám

Zdroje: Poschkamp (2013) a Stock (2010)

Reakcí na stres se zabýval kanadský endokrinolog Hans Selye, který zjistil, že pomocí autonomního nervového systému (sympatikus a parasympatikus) se připravuje tělo k boji či útěku. V rámci této reakce tělo vyplaví stresové hormony do krve (glukokortikoidy, katecholaminy), jejichž pomocí se snaží tělo vyvolat rovnováhu v této stresové situaci – stoupne krevní tlak, změní se ostrost zraku, sníží se peristaltika, rozšíří se průdušky, nastává pocení. Jedná se o činnost těla nezávislou na vědomí jedince, kterou nemůže nijak ovlivnit (Poschkamp, 2013).

Při dlouhotrvajícím stresu se začne tělo vyčerpávat, jsou zřetelné poruchy spánku, problémy se soustředěním a následně i poruchy krevního oběhu, zažívání a celková podrážděnost jedince (Poschkamp, 2013).

### ***1.3.2 Psychické příznaky***

Podle Poschkampa (2013) reakce na stres řeší autonomní nervový systém. V pravěku jedinec jakýkoliv problém řešil bojem nebo útekem. V moderní době musí jedinec vzdorovat psychickému nátlaku okolí, aniž by směl dotyčnému ublížit nebo utéci. Tento stav se nazývá strnutí (freeze). Tělo takto reaguje například během dopravní zácpy nebo

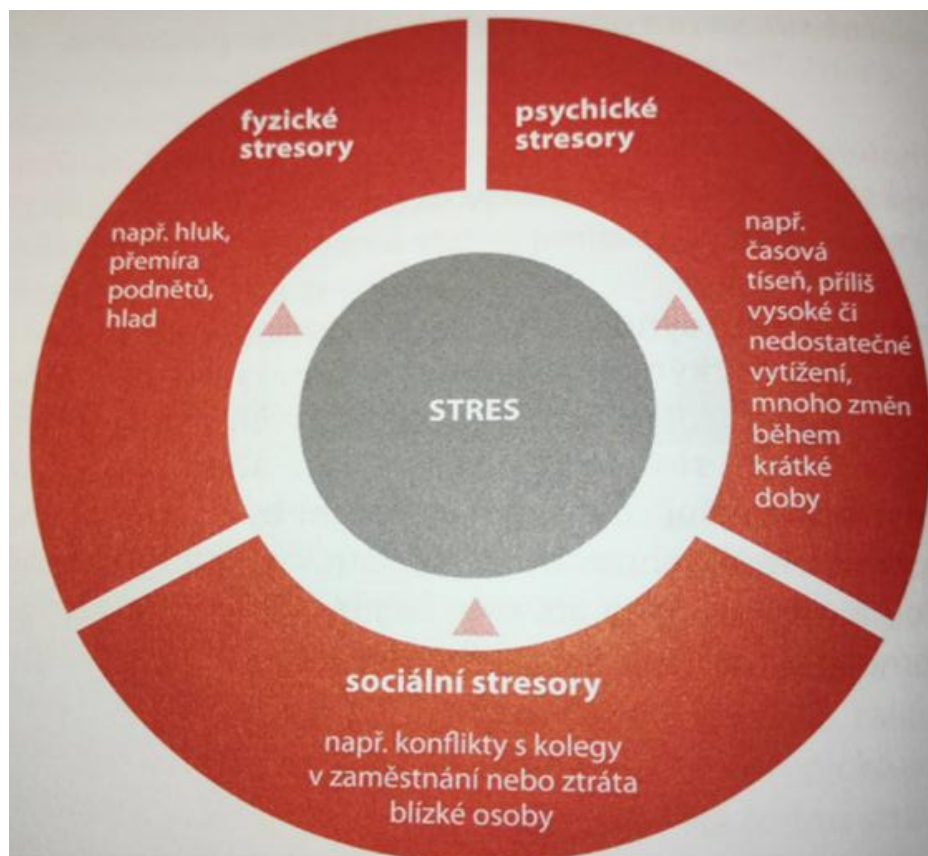
při neopatrném předjíždění, na kritiku od nadřízeného či kárání od rodičů. Proto se tělesné projevy stresu omezují na bušení srdce, zrychlené dýchání, zčervenání, zvýšené pocení. Jedinci chybí aktivní prožití stresové reakce, které je zakotveno po staletí v jeho neurohumorálních mechanismech. Výrazná sportovní aktivita může pomoci k lepšímu zvládnutí stresové situace a zlepšení následného spánku (Poschkamp, 2013).

Psychické příznaky syndromu vyhoření jsou shrnuty v tabulce 2. Studie německé zdravotní pojišťovny Techniker Krankenkasse z roku 2009 zjistila, že každý třetí Němec si stěžuje na chronický stres (Stock, 2010). Přehled fyzických, psychických a sociálních stresorů ukazuje obrázek 3. Chronickému stresu jedinec podlehe, pokud se jedná o intenzivní a dlouhodobé působení stresových faktorů, při snížené adaptabilitě a při špatném celkovém zhodnocení situace. Pokud je nějaká část ze zadaných úkolů vyhodnocena jako obtížná, spustí se v jedinci zátěžová reakce, ke které se postupně přidává stres. Při delším časovém trvání a vyšší intenzitě stresu, se člověk posouvá za vlastní hranice, kdy se stává vyčerpanější a jedince pak mohou rozladit i každodenní maličkosti (Stock, 2010).

**Tabulka 2:** Psychické příznaky syndromu vyhoření.

slabá koncentrace a paměť
nepřesnost
dezorganizace
neschopnost plnit komplexní úkoly
ztráta flexibility

Zdroje: Poschkamp (2013) a Stock (2010)



**Obrázek 3:** Faktory, které způsobují stres

Zdroj: Stock (2010, str. 16)

### 1.3.3 *Emocionální příznaky*

Vyhoření se projevuje narušeným citovým stavem (tab. 3) a negativními změnami chování (tab. 4), což zevrubně popisují Poschkamp (2013) a Stock (2010).

**Tabulka 3:** Emocionální příznaky syndromu vyhoření

emoční vyčerpání
antipatie vůči klientům / pacientům (negativní základní postoj)
snížená sebeúcta
strach jít do práce
sebevražedné sklony
sklíčenost
pocity přetížení
defenzivní, paranoidní přístup
deprese / skleslost / frustrace
pocit bezmoci / zoufalství / zbytečnosti
pocit strachu
pocity prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení
beznaděj
ztráta sebeovládání (nekontrolovaný pláč nebo podrážděnost doprovázena výbuchy vzteku)

Zdroje: Poschkamp (2013) a Stock (2010)

**Tabulka 4:** Změny chování

úpadek nadšení
snížení výkonnosti
apatie
cynismus
časté konflikty s druhými
zvýšená agrese
„pookráání“ o víkendu
zvýšená konzumace alkoholu / tabáku / kávy / drog / jídla
vysoká absence
izolace / vyhýbání se kontaktu s žáky / rodiči / kolegy

Zdroje: Poschkamp (2013) a Stock (2010)

### **1.3.4 Projevy odcizení**

Podle Stocka (2010) dlouhodobá zátěž se negativně projevuje i ve vlastním životě jedince, který si přenáší své pracovní problémy do rodiny, kde přestává mít svoje zázemí. Člověk trpící syndromem vyhasnutí má ke své práci a ke svému okolí odosobnělý lhostejný postoj. Pod pojmem odcizení rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmů. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“ (Stock, 2010). Projevy odcizení shrnuje tabulka 5.

**Tabulka 5:** Změny osobnosti – projevy odcizení

negativní postoj k sobě samému
negativní postoj k životu
negativní vztah k práci a ostatním
ztráta schopnost navázat a udržovat společenské vztahy
ztráta sebeúcty
pocit vlastní nedostatečnosti a pocity méněcennosti

Zdroj: Stock (2010)

### **1.3.5 Pokles výkonnosti**

Jedinci se snižuje výkonnost, protože ztratil důvěru v sám sebe a v důsledku toho se z profesního hlediska považuje za neschopného (Stock, 2010). Toto přesvědčení je pouze subjektivní, ale s postupem času se stává reálné. Jedinci trvá mnohem déle času zvládnutí dříve banálních úkonů. Potřebuje mnohem více času na regeneraci. Je nespokojený se svým vlastním výkonem, dělá mu problém se rozhodnout a ztrácí svou motivaci (Stock, 2010).

Jankovský (2003) podotýká, že typickým znakem poklesu výkonnosti může být i vytrácení lidského rozměru, kdy dochází k tzv. dehumanizaci (odlidsštění), které se projevuje nedostatečnou lidskostí v kontaktu s pracovním světem. Toto své jednání si zaměstnanci neuvědomují, vykonávají svou práci pouze mechanicky bez jakéhokoli lidského přístupu.

### 1.3.6 *Objektivní důvody*

Obdobným zatěžujícím faktorem na sociální úrovni je malé společenské uznání, případně nízká mzda při současném očekávání vysokého pracovního výkonu. Nedostatek zdrojů, například nedostatek personálu, chybějící vybavení, nedostačující možnosti dalšího vzdělávání, mají rovněž vliv na rozvoj procesu vyhoření. Přibývajícím nedostatkem finančních nebo personálních zdrojů navíc často vede k drastickým organizačním zásahům s cílem dostat i nadále stejným požadavkům. Tyto změny, obvykle nařízené zaměstnavatelem, jsou pak nezřídka v rozporu s vlastními možnostmi (Poschkamp, 2013).

## 1.4 Fáze syndromu vyhoření

Každý autor popisuje fáze syndromu vyhoření jinak. Zmiňuji proto několik modelů od různých autorů. Syndrom vyhoření může mít v nejjednodušším pojetí pouze tři fáze, v neširším pojetí i dvanáct fází. Jedinec nemusí projít všemi fázemi, které se popisují (Stock, 2010). Prieß (2015) uvádí, že cesta k syndromu vyhoření je vždy individuální a u každého se jednotlivé roviny v příslušné fázi projevují s různou intenzitou. Ne každý jedinec okamžitě reaguje těsnými symptomy a rovněž roviny myšlenek a pocitů se individuálně liší.

Jankovský (2003), podobně jako Pešek a Praško (2016), uvádějí, že vyhoření je proces, které má své fáze a dynamiku. Toto pojetí je a nejrozšířenější ve veřejnosti i odborné komunitě. Skládá se z těchto fází. **Nadšení** bývá na počátku, když jedinec vstupuje do zaměstnání. Je plný naděje. Zpravidla mívá nerealistická očekávání. Svou práci považuje za smysl svého života. Postupem času se dostavuje **stagnace**, když prvotní nadšení uhasíná. Práce již není prioritou, jedinec v práci pouze přežívá, jelikož práce není natolik přitažlivá. Začíná se zajímat i o mimopracovní aktivity. **Frustrace** začíná nastupovat po stagnaci, kdy si jedinec pokládá otázku o smyslu života v této práci. Zjišťuje, že ho to nenaplnuje, naopak si připadá zničeně, nedosáhl svých cílů. Pokud tyto myšlenky gradují, přerůstá frustrace v **apatii**. V tomto stavu je jedinec v bezvýchodném stavu, je trvale frustrován. Nevidí žádnou možnost změn. Svou práci považuje za obtížnou, provádí pouze manuální úkony, které vyplývají z pracovní náplně. Jedinou cestou jak z tohoto bludného kruhu vystoupit je **intervence**, která otevře jedinci oči. Většinou musí dostat podnět z venku, protože jedinec vidí svou situaci bezvýchodně. Jedná se o změnu vztahu k sobě samému v prvotní fázi a následně

pak i ke změně vztahu k práci, klientům a okolí, až po změnu zaměstnání, bydliště. Podobné dělení fází syndromu vyhoření poskytuje také model Edelwicha a Brodského (Stock, 2010).

#### ***1.4.1 Adaptační syndrom***

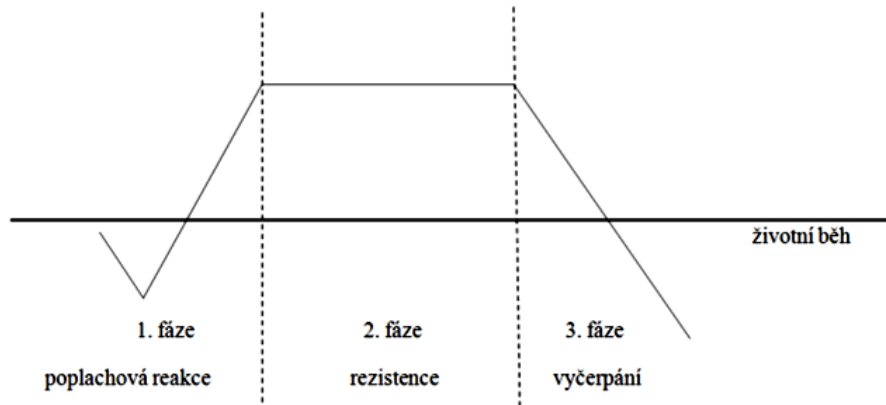
Jednotlivé fáze syndromu vyhoření se do jisté míry podobají adaptačnímu syndromu podle Hanze Selyeho (Poschkamp, 2013). Obecný adaptační syndrom se skládá ze tří fází, na které tělo reaguje charakteristickým způsobem: fáze poplachu, fáze rezistence a fáze vyčerpání (obr. 4).

V **první fázi** – poplach - se organismus pomocí tělesných změn snaží nastolit normální stav. Takovými reakcemi mohou být například horečka, únava, bolesti hlavy, nechut' k jídlu a pocit obecné nevolnosti, ale také vyhýbavé chování, kterým člověk oddaluje neoblíbenou činnost (Poschkamp, 2013).

Při trvajícím stresu nastává **druhá fáze** – rezistence. V této fázi se organismus brání zátěži stimulací obranných mechanismů. Tělesná omezení, vyskytující se při poplachové reakci, se zmírňují. Toto zmírnění symptomů zprostředkuje zvýšená produkce hormonu předního laloku hypofýzy a nadledvin. Ve fázi rezistence sice existuje zvýšený potenciál odolnosti vůči určitému stresoru, ale odolnost vůči jiným stresorům je snížena. Dokonce i malá zátěž může vyvolat silnou reakci (Poschkamp, 2013).

Trvá-li zátěž organismu dlouho, nemůže organismus v určitém okamžiku dále odolávat. To je přechod k **třetí fázi** – vyčerpání. Tělo už není schopné zajistit zvýšenou produkci hormonů. Tělesná omezení se objevují ve větší míře (Poschkamp, 2013).





**Obrázek 4:** Fáze obecného adaptačního syndromu podle Selyeho

Zdroj: Poschkamp (2013, str. 31)

#### ***1.4.2 Cyklus vyhoření podle Freudenbergera***

Podle Freudenbergera (1974) nemusí dojít ke všem stádiím vyhoření. Doba, za kterou může vzniknout syndrom vyhoření, není jednotná. Záleží na mnoha osobnostních faktorech a na vnějším prostředí. Jedinec vnitřně cítí, že není něco v pořádku, že kráčí po špatné cestě, ale chce dostát svému předsvědčení. Popírá sám sebe, přehlíží negativní tělesné i emoční projevy těla. Poschkamp (2013) a Honzák (2015) uvádějí následujících dvanáct kritických stádií (fází) procesu, který vede k syndromu vyhoření.

##### **Stádium 1 - Nutkání prosadit se**

Na začátku jsou viditelné nepřiměřené ambice. Jedinec se snaží prosadit v pracovní oblasti, což často přerůstá v patologické nutkání být nejlepší.

##### **Stádium 2 - Intenzivní nasazení**

Jedinec začíná pracovat více a tvrději, zvyšuje si laťku nepřiměřeně vysoko a dělá i činnosti, které mu nevyhovují. Snaží se všem dokázat, že je nenahraditelný, pouze on odvádí kvalitní práci.

##### **Stádium 3 - Zanedbávání potřeb vlastních i potřeb druhých lidí**

Veškerá činnost jedince je soustředěna na to „být nejlepším“ v práci a dojít ke svému vysněnému cíli. Čas, energii, úsilí obětuje pouze tomuto cíli. Opomíjí své vlastní bytí, rodinu, přátele, jídlo, spánek, které považuje za nepotřebné, nezajímavé a zdržující elementy, které ho odvádí od toho být lepším.

#### **Stádium 4 - Potlačení a přesunutí konfliktu**

Jedinec začíná být vysílen po fyzické stránce. Jeho rodina a přátelé ho odrazují od jeho cíle. Považuje je za zrádce a příčinu svého neúspěchu.

#### **Stádium 5 - Nová interpretace hodnot**

Čas, který minimálně věnoval rodině, už přenechává pouze práci. Popírá veškeré své základní potřeby.

#### **Stádium 6 - Intenzivní popírání vyskytujících se problémů**

Jedinec se stává netolerantním. Vyhýbá se sociálním kontaktům, které pro něj představují nesnesitelnou zátěž. Časový plán, který měl připravený pro zvládnutí činností, neplní a přiděluje si další problémy, protože nestačí vše vytvořit. Odmítá pochopit, že si může svůj harmonogram posunout.

#### **Stádium 7 - Stažení se**

Sociální kontakty jsou již na minimu a situace se záhy mění v úplnou izolaci. Jedinec může začít vyhledávat pomoc v alkoholu, uklidňujících prášcích, drogách. Často se objevují pocity beznaděje a ztráty smyslu existence.

#### **Stádium 8 - Pozorovatelné změny chování**

Spolupracovníci, rodina, přátelé, ale i další lidé v jeho sociálním okolí už nemohou přehlédnout, jak se jedincovo chování změnilo.

#### **Stádium 9 - Depersonalizace – ztráta citu pro vlastní osobnost**

Jedinec přestává pociťovat sám sebe a ostatní osoby považuje za faktor, který ho zdržuje. Život se stává odosobněný, skládá se pouze ze série mechanických úkonů.

#### **Stádium 10 - Vnitřní prázdnota**

Jedinec cítí vnitřní prázdnotu. Snaží se nalézt pomoc přehnanými aktivitami – přejídání, sex, alkohol či drogy. Veškeré tyto aktivity překračují běžné sociální chování.

### **Stádium 11 - Deprese**

Postižený se cítí vyčerpaně, beznadějně, odtrčeně, domnívá se, že nemá žádnou budoucnost, že zklamal a nemá komu co nabídnout. Život ztratil smysl, přibývá typických depresivních symptomů – tělesných i psychických.

### **Stádium 12 - Úplné vyčerpání z vyhoření**

Objevuje se celkový psychický, emoční i tělesný kolaps. Jedinec může pomýšlet na sebevraždu, která ho osvobodí z jeho nelehké situace. V této fázi pomůže pouze odborný lékař.

#### **1.4.3 Proces vyhoření podle Poschkampa**

Poschkamp (2013) se domnívá, že uvedené dělení procesu vyhoření je příliš detailní a navrhuje pouze následujících pět důležitých fází vzniku syndromu vyhoření.

#### **1. fáze nadšení**

velký vliv na syndrom vyhoření má osobní postoj, očekávání, nadšení a osobní angažovanost. Jedinec má hlavu plnou nápadů, ale přílišným zaujetím, přehnaným očekáváním a nereálně vytyčenými cíly se spouští proces vyhoření

#### **2. fáze – šok z praxe**

střetnutí s realitou, jedinec se snaží ještě více dosáhnout stanovených cílů. Poté připisuje své neúspěchy strukturálním podmínkám, které neumožňují se plně a kreativně vložit do vytváření cílů. Následně má pochyby o svém vzdělání, které v zařízení není dostatečně oceněno, a ztrácí svůj potenciál. Jedinec se začne chovat agresivně, podléhá depresivním náladám.

#### **3. fáze – únava**

jedinec podléhá svým depresivním náladám, nestíhá plnit požadavky vedení. Jeho obranný mechanismus se vytrácí.

#### **4. fáze – skleslost**

Jedinec začíná být vnitřně vyčerpan, jeho neúspěchy v práci se přenášejí do rodinného života. Nepocítuje radost, soucit, sexuální vzrušení. To vede ke špatným vztahům v rodině.

## 5. fáze - existenciální beznaděj

Celkový proces vyhoření zpravidla doprovázejí psychosomatické obtíže. Ty se mohou projevat poruchami spánku, náchylností k infekcím, poruchami srdečního rytmu, zažívacími problémy nebo bolestmi hlavy. Těchto obtíží stále přibývá a přidává se otřesené sebepojetí a hrozící ztráta emoční podpory ze strany kolegů, rodiny, přátel a partnera jako následek umocněné izolace. To může vést až k existenciálnímu zoufalství.

### 1.5 Rizikové faktory

Důležitým faktorem ovlivňujícím rozvoj syndromu vyhoření jsou určité vlastnosti osobnosti určující její postoje, normy a hodnoty, které mají podstatný vliv na její chování a prožívání osobního života (Poschkamp, 2013). Důležitými rizikovými vlastnostmi osobnosti, které predisponují ke vzniku vyhoření, jsou podle Schaarschmidta a Fischera (2001) následující vlastnosti osobnosti

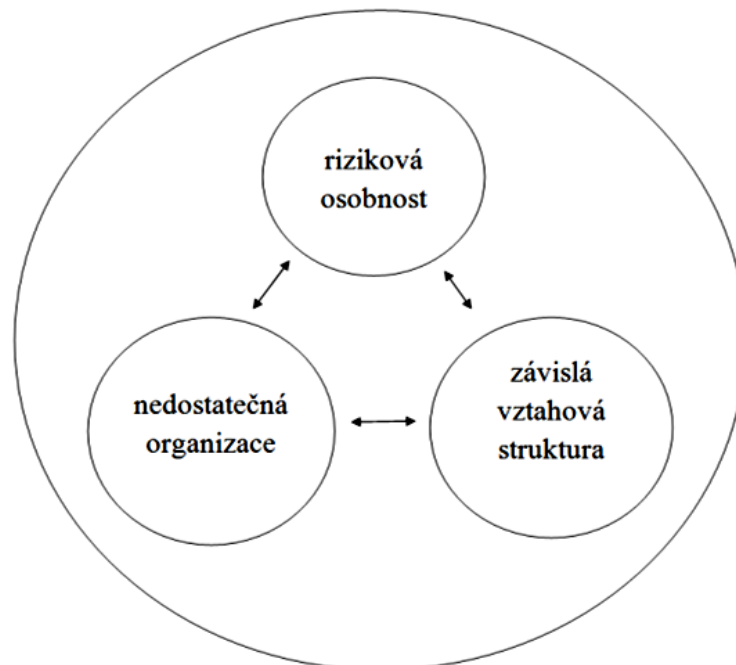
- *rezignace při neúspěchu (vysoké požadavky na sama sebe)*
- *chybějící schopnost distancovat se od pracovních problémů*
- *chybějící ofenzivní překonávání problémů (problémy a konflikty spíše „vrtají v hlavě“, než aby byly otevřeně pojmenovány)*
- *velká ochota vydat se/vyčerpat se (opět proto, aby člověk dosáhl částečně přemrštěných požadavků na sama sebe)*
- *chybějící úspěch v zaměstnání (protože úspěch znamená dosažení přehnaně vysoko vytčených cílů)*
- *chybějící spokojenost se životem (nedosažení vlastní vytčené normy vede k frustraci a sebeponížení) (Poschkamp, 2013, str. 18).*

Vyhoření závisí také na souhře různých sociálních a profesních rizikových faktorů (Poschkamp, 2013), mezi něž patří:

- *„Vysoký počet klientů, dětí, žáků, pacientů, tedy osob závislých na jedincově pomoci*
- *Nedostatečné personální obsazení a /nebo finanční prostředky*
- *Rozšíření úkolů (např. učební plány, vzdělávací dokumentace)*
- *Nedostatečná psychická a/nebo materiální odměna (např. chybějící uznání profese ze strany přátel, známých nebo špatné hodnocení profese ve společnosti)“ (Poschkamp, 2013, str. 25).*

Prieß (2015) uvádí, že příčinou syndromu vyhoření je přemíra stresových faktorů, které jedinec považuje za důležité. Stres většinou přichází, když něco nejde tak, jak si přejeme. Stresující může být uvíznutí s autem v koloně, partnerovy otázky atd. Stresorem může být i vedoucí, který sleduje práci, kterou vykonáváte. Není snadné se stresu vyhnout. Důležité je zastavit se, protože svět je to, co si vytvoříme. Dále Prieß (2015) píše, že většina klientů, které léčila ve své praxi, nebyla vyhořelá z důvodu přemrštěného vytížení stresem, nýbrž díky negativním anebo úplně chybějícím pozitivním vztahům ke svému okolí a především díky neporozumění sobě samému. Na toto též poukazuje Křivohlavý (2011), který uvádí, že vztahy jsou důležitou jednotkou v bytí. Většina problémů je vytvářena z důvodu špatných vztahů. Je proto důležité mít své zázemí a navazovat stále nové kontakty.

Všechny tři rizikové faktory (riziková osobnost, nedostatečná organizace, závislá vztahová struktura) tvoří provázaný mechanismus, ve kterém vyhoření začíná a v plíživém procesu pokračuje (obr. 5) (Poschkamp, 2013).



**Obrázek 5:** Mechanismus vyhoření

Zdroj: Poschkamp (2013, str. 25)

**Tabulka 6:** Rizikové faktory

<b>Osobnost</b>	<b>Pracovní sféra</b>	<b>Mimopracovní sféra</b>
perfekcionismus	nadměrné množství práce	absence partnera
výrazně narušené emoční potřeby v dětství	požadavky na vysoký výkon	nechápatý partner
stresující myšlenkové postoje	nedostatečná společenská prestiž povolání	příliš ctižadostivý partner
nízké sebevědomí	nízká míra samostatnosti	soutěžení partnerů
vysoká míra empatie	nedostatek podpory a ocenění od kolegy a nadřízených	nedostatek hlubších přátelských vztahů
nadměrná očekávání a nadšení při zahájení práce	nedostatek zážitků úspěchu a finančního ohodnocení	nedostatek koníčků a zájmů
tendence potlačovat emoce	špatná organizace práce	špatné stravování
konflikt hodnot	nespravedlivé poměry	nedostatek tělesného pohybu
nadměrná potřeba soutěživosti	jednotvárnost nebo nesmyslnost pracovní náplně	vysoké skóre těžkých životních událostí
neschopnost relaxace	obtížní klienti	špatné existenční podmínky (bydlení, finance)
nízká míra asertivity	absence kvalitní supervize	
nadměrná potřeba zalíbit se druhým	není profesionální perspektiva	
nutkavé podléhání „teroru příležitosti“	špatné fyzikální parametry pracoviště	
neschopnost racionálního plánování času	žádný vliv na uskutečnění změny v organizaci	
nízká míra sebereflexe	absence dalšího vzdělávání	

Zdroj: Pešek a Praško (2016, str. 18)

Pešek a Praško (2016) uvádí zjednodušené stresory, které ovlivňují pocity jedince. Mezi fyzické stresory patří např. hluk, chlad nebo přemíra vizuálních podnětů. Z psychických stresorů, které ovlivňují jedince, jsou časová tíseň, mnoho změn v krátké době, emočně velmi nepříjemné myšlenky či vzpomínky. Do sociálních stresorů, které se intenzivně promítají do psychického stavu jedince, patří konflikty s lidmi, odmítání druhou osobou nebo ztráta blízké osoby. Stres se dá zvládat pouze po určitou dobu, která závisí podle Peška a Praška (2016, str. 14) 1) na intenzitě a délce působení stresorů, 2) na způsobu

našeho myšlení a 3) na našich možnostech a dovednostech určitý stresor zmírnit nebo odstranit. Mnohé stresory jdou zmírnit nebo odstranit. Například hluk lze ztlumit nebo použít špunty do uší. Pokud jedinec pociťuje frustraci, může odejít do jiného zařízení a najít si lepší práci (Pešek a Praško, 2016).

## 1.6 Způsoby zjišťování syndromu vyhoření

Existuje mnoho dotazníků pro zjišťování míry syndromu vyhoření (Maroon, 2012) z nichž nejznámější je škála vyhoření pro pomáhající profese podle Maslachové (Schaufeli a kol. 2009) nebo kodaňská škála vyhoření (Kristensen a kol. 2005). Syndrom vyhoření není pouze u pracovníků sociální sféry, zdravotnictví nebo školství, ale v jakémkoliv zaměstnání, kam přichází jedinec s přehnaným očekáváním. V profesích zabývajících se pomocí druhým lidem je však nejčastější. Syndrom vyhoření lze snadno rozeznat, jelikož se projevuje velmi markantním způsobem, který lze postřehnout (Jankovský, 2003)

Hodnocení syndromu vyhoření je prováděno pomocí dotazníků. Odpovědi jsou dvojího typu. První jsou odpovědi ano nebo ne - toto je méně podrobné. Detailnější vyhodnocení je na základě škály daných odpovědí. Škála by měla být v lichém počtu, ideální počet je sedm stupňů (1 – nikdy, 2 – jednou či dvakrát, 3 – zřídka, 4 – někdy, 5 – často, 6 – převážně, 7 – stále). Na závěr se sečtou dané hodnoty a pokud body dosahují určitého výsledku, svědčí to o určité míře syndromu vyhoření (Jankovský, 2003). Dotazník by měl obsahovat otázky cílené do oblasti emočního vyčerpání, odosobnění a celkové výkonnosti (Poschkamp, 2013).

## 1.7 Způsoby prevence

Každá osoba může procesem vyhoření projít i několikrát v životě. Prožití vyhoření nezajišťuje trvalou imunitu. Syndrom vyhoření nemusí proběhnout až do konce. Může se přerušit změnou postoje, změnou pracoviště či změnou pracovní náplně (Poschkamp, 2013). Prieß (2015, str. 56) říká: „*Stres nikdy nevyvolá určitá situace sama o sobě, ale vždy subjektivní pocit, že na ni nestačíme, že ji nezvládáme*“

V tomto odstavci je uvedena prevence syndromu vyhoření, která vychází ze studie Janes-Dittner a Münker (Schmidbauer, 2015). Studie byla prováděna na skupině

pečovatelů, kteří byli vyhořelí, ve srovnání se skupinou osob rezistentních vůči vyhoření. Na základě této studie Schmidbauer (2015, str. 226) uvádí osm bodů, které mohou pomoci vyhnout se vyhoření.

- 1. Dbají na své zdraví a zajímají se o práci, kterou vykonávají. Necítí se obtěžováni svými pacienty a našli „svůj styl“ komunikace*
- 2. Vnímají se jako rozvíjející se profesionálové, kteří se učí zvládat počítačové zátěže a obtíže. Často se setkávají s těžce nemocnými a umírajícími lidmi.*
- 3. Prožívají i potíže a břemena své práce jako cosi, co má smysl. Dokážou se distancovat od nároku pomoci v bezvýchodné situaci*
- 4. Dosáhli rovnováhy mezi prací a soukromým životem. Svůj volný čas tráví i s kolegy*
- 5. Dosáhli vysokého stupně sebeurčení ve své práci a tuto autonomii dále upevňují a rozšiřují. Rozvíjejí přitom nadprůměrnou vnitropodnikovou aktivitu a vědomě usilují o změny*
- 6. Vnímají se jako iniciativní a mají pocit, že mohou sami změnit svou pracovní situaci. K podnětům z okolí přistupují spíše skepticky*
- 7. Připadají si dostatečně či přiměřeně podporováni svými nadřízenými a kolegy s nimiž jsou v přátelských vztazích. Nicméně pozitivně vnímají jen své bezprostřední kontakty (např. k přímému nadřízenému), zatímco vyšší nadřízené posuzují spíše skepticky.*
- 8. vnímají své povolání jako intelektuální výzvu, díky níž mohou růst. Rádi se přiučují novým dovednostem.*

Další seznam dvanácti pravidel pro zachování výkonnosti a zdraví publikovala Prieb (2015, str. 167).

- 1. Usilujte o trvalý dialog v šesti oblastech svého života: práce, rodina / partnerský vztah, zdraví / fyzická kondice, sociální kontakty, individualita / koníčky a víra / spiritualita*
- 2. pravidelně odpočívejte. Alespoň jednou denně byste měla mít pocit, že cíleně relaxujete.*
- 3. Plánujte si přestávky. Je-li to možné, dělejte v jednu chvíli jen jednu věc.*
- 4. Neuhýbejte konfliktům kompenzacemi. Usilujte o jasnou odpověď a jasná sdělení. Hledejte příčiny problémů.*



5. *Musíte-li kompenzovat, pak dbejte na to, aby kompenzace byla co nejzdravější, aby se nestala vaším dalším problémem.*
6. *Neuhýbejte před problémy. Snažte se je co nejdříve vyřešit.*
7. *Stravujte se vyváženě – jste to, co jíte. Zejména v okamžicích vypětí dbejte na dostatečný přísun vitamínů (především skupiny B a vitamínu C).*
8. *Nejméně jednou za dva dny dělejte něco jen pro sebe.*
9. *Dbejte na dostatek spánku.*
10. *Pravidelně si dělejte volno*
11. *Stanovujte si priority a stůjte si za nimi. Naučte se říkat ne – nejen ostatním, ale i sami sobě.*
12. *Kontrola: Pravidelně požádejte někoho, koho si vážíte, o zpětnou vazbu. Berte ji vážně.*

### **1.7.1 Prevence na úrovni jedince**

Poschkamp (2013) tvrdí, že pokud jedinec nezmění své vzorce chování, postoje, vnímání sama sebe, není žádné skutečné řešení, které by vedlo k vymizení syndromu vyhoření. Tato změna je důležitá v každém věku. Důležitou složkou v prevenci syndromu vyhoření je mít dostatečně hustou sociální síť. Skládá se z emocionální podpory (blízké okolí poskytuje pocity sounáležitosti, jistoty a útěchy), instrumentální podpory (pomoc v domácnosti nebo s péčí o děti či finanční zázemí) a informační podpory (formou rady, upozornění, informace). Pokud je tato síť je hustá, není velká šance propadnout až na dno. Čas strávený s přáteli, okruhem kolegů či nadřízených má pozitivní vliv na zdraví. Přesto sociální podpora může mít i negativní důsledky, pokud člověk nedostane správnou odezvu od druhých. Jedinec může v sobě vyvolat pocit studu či závislosti. Může se dočkat i odmítnutí pomoci a nastává zklamání z dotyčné osoby (Poschkamp, 2013).

Poschkamp (2013) uvádí řadu opatření, která musí být učiněna osobní úrovni, aby bylo možné zabránit vzniku syndromu vyhoření případně zmírnit jeho důsledky. Mezi ně patří zejména tyto změny:

- Utlumte očekávání, které máte při rozhodování v pracovním procesu. V mladém věku se rozhodujeme, jakou profesi budeme vykonávat. Pokud o tom nemáme povědomí, brzy narazíme šok z praxe. Proto je důležité si uvědomit, co v dané profesi chceme docílit. Pokud máte příliš tvrdé a neohebné plány bez alternativ,

způsobuje to strnulý způsob myšlení a vidění, kdy se nakonec zakazujeme reagovat pružně a asertivně na změny, které nastávají v pracovním procesu (Poschkamp 2013).

- Buďte sami sobě dobrým přítelem. Představte si vlastní situaci, jak byste druhému pomohli od daného problému, který vás trápí, sepište rady na papír.
- Přestaňte popírat své psychosomatické obtíže, které vás omezují, neboť jsou důležitým varovným signálem syndromu vyhoření
- Je důležité si uvědomit, že jste nahraditelní. Osoby ohrožené vyhořením mívají sklon považovat vlastní práci a sebe sama za nepostradatelné. Všichni jsme nahraditelní a veškerá práce se zvládla, než tam jedinec začal pracovat, i poté se vše zvládne.
- Udržujte si nadhled, díky němuž budete spontánní, emocionální a srdeční. Jednejte až v momentě až emocionální reakce pomine. Získejte čas na rozmyšlenou opatrným vyjádřením, že problém by měl být diskutován v klidu ještě podrobněji.
- Vyhněte se izolaci nesnažte se řešit své problémy sami. Mějte na paměti, že své okolí zatížíte více svým odtažitým chováním než rozumnou diskusí o svých problémech
- Přemýšlejte o změně pracovního místa, i když taková změna je často spojována s osobním selháním. Rizikové osobnosti mají sklon vidět se horší, než jsou (přílišná skromnost). Žádosti o místo a přijímací pohovory mohou často špatný odhad opravit.
- Přijměte profesionální terapii, neboť odborná pomoc profesionála může zkorigovat problémy, na které si sami netroufáme.

Podle Jankovského (2003) by jedinec měl účinně eliminovat své negativní naladění. Pozitivním očekáváním se změní myšlenky i náhled na svět. Tím získá jedinec přesvědčení, že každý den má smysl, problémy, které se naskytly, jsou tu pro to, abychom je vyřešili, a tím nám pomáhají i k vlastnímu růstu. Pokud jedinec podlehne negativnímu smýšlení, které je mnohem jednodušší, a okolí v tom jen podpoří, tím snadněji rezignuje a bude očekávat pouze problémy, neúspěch. Proto je důležité naučit se oprostít od určitých problémů pomocí reidentifikačních technik.

Dále Jankovský (2003) uvádí, že jedinec by se měl věnovat psychohygieně, která pomáhá jedinci k pozitivnímu přeladění. Jedná se o aktivity (aktivní či pasivní), které jedince naplňují a uspokojují a dávají smysluplnou činnost. Může se jednat o různé koníčky kupříkladu sport, příroda, péče o zahradu, cestování či sběratelství. Jankovský (2003) poznamenává, že pokud jedinec nedokáže své myšlení přesměrovat na pozitivní naladění, může propadnout negativnímu zvratu, kdy hrozí ublížení sama sobě. Jedinci, kteří podléhají syndromu vyhoření, jsou náchylnější k užívání psychotropních látek, alkoholu, kofeinu nebo i drogám a násilí. Jedinec se může stát agresorem a nebo naopak obětí.

### **1.7.2 Prevence na úrovni pracoviště**

*„Pohlížíme-li na vyhoření jako na proces probíhající na osobnostní, organizační a vztahové úrovni, je patrné, že opatření jen na jedné ze tří úrovní nemají slibné vyhlídky na úspěch“ (Poschkamp, 2013, str. 83).* Kromě vysvětlení, která připisují vznik vyhoření určitým osobnostním vlastnostem, existují teorie, podle nichž jsou hlavní příčinou vyhoření sociální a organizační pracovní podmínky (Poschkamp, 2013).

Prieß (2015, str. 115) říká: *„Základem úspěchu je, když se na všech úrovních pěstuje kultura dialogu rovného s rovným, což je zároveň nejlepší prevencí syndromu vyhoření“*

**Vedení bere problematiku na lehkou váhu** a nechce se tímto problémem příliš zabývat. V rámci vzdělávání pracovníků dochází k povinným pracovním seminářům na dané téma, které jsou brány jako nutnost, nikoliv jako možná prevence problémů. Většina vedoucích si přesně neuvědomuje skutečnou situaci svých zaměstnanců, jaké tlaky jsou na ně vyvíjeny (Poschkamp, 2013).

**Popírání problematiky** syndromu vyhoření je další technikou, kterou využívají zaměstnavatelé. Vědí o daném problému, ale nechtějí s ním nic dělat. Museli by se o zaměstnance více starat, proto je jednodušší je přimět, aby opustili zaměstnání sami (Poschkamp, 2013).

Cílem prevence je zařadit orientované přednášky do běžného pracovního programu s následnou relaxací a uvědoměním si problému. Další důležitou činností je uznání, aktivní podpora ze strany organizace možnými bonusy (Poschkamp, 2013).

### ***1.7.3 Pracovní uspokojení zaměstnanců při osobně zaměřené péči o seniory***

Chronické používání multisensorické stimulace v rámci programu Snoezelen (Ball a Haight, 2005) zlepšuje chování pečovatelského personálu vůči seniorům, což se odráží v lepším osobním přístupu k seniorům během ranní péče v pobytovém zařízení (van Weert a kol. 2006). To se projevovalo větší společenskou konverzací, zlepšením neverbálního chování personálu i seniorů, větší autonomií seniorů a jejich menším negativismem atd. (van Weert a kol., 2005b). Osobně zaměřená péče o seniory přináší větší pracovní uspokojení pečovatelského personálu, což platí i v případě Snoezelen (Pol-Grevelink a kol., 2012)

Řada studií, které se zabývaly vlivem Montessori aktivit na stravování u seniorů s demencí (Lin a kol., 2009, 2010, 2011; Wu a kol., 2014), prokázaly dlouhodobé pozitivní účinky těchto aktivit na schopnost najíst se sám bez zásadní pomoci pečovatelského personálu. Byla pozorována také zvýšená komunikace seniorů s ošetřujícím personálem během jídla, což je pozitivní z hlediska seniorů, ale vyžaduje to větší úsilí ze strany pečovatelů (Lin a kol., 2010). Určitým problémem širšího využití Montessori metod u seniorů je nutnost dostatečného počtu dobře vyškoleného personálu, aby se mohl věnovat seniorům individuálně nebo v malých skupinách. Tímto problémem se intenzivně zabývají v Austrálii (van der Ploeg a kol., 2010, 2012, 2014), kde se snaží využít práce rodinných příslušníků nebo dobrovolníků. Podobně se pokusili Camp a Skrajner (2004) využít méně postižených seniorů jako vedoucích Montessori programů pro více postižené spoluobyvatele.

Základním dilematem mnoha sociálních služeb je otázka, zda investovat do rozvoje kvality služeb na úkor kvantity. Poskytování kvalitních služeb včetně zvýšené komunikace s klienty množství personálu jejich času a finančních nákladů (Matoušek, 2011).

Ve své bakalářské práci „Smyslová aktivizace pro seniory“ (Zichová, 2014, str. 25 a 30) jsem se zmiňovala o nejen o pozitivním vlivu různých forem smyslové aktivizace na kvalitu života seniorů, ale také o pracovním uspokojení větším pečovatelského personálu. Zároveň jsem se zmiňovala o problémech spojených s větším využitím těchto technik v domovech pro seniory.

## 1.8 Léčba syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se v naší kultuře rychle narůstá. V medicíně se tento syndrom intenzivně řeší a hledají se nové nápady, rady, návody, jak se mu vyhnout. Bohužel léčba syndromu vyhoření je velmi zdlouhavá a někdy se z něj jedinec nedostane. Jsou případy, kdy se syndrom vyhoření obnoví nebo se jedinci nemohou vrátit ani do běžného života (Prieß, 2015).

Podle Poschkampa (2013) se člověk pohybuje v začarovaném kruhu. Přemrštěné požadavky na sebe sama jsou naučeným požadavkem vytvořeným jako následek zatvrzelé, výkonnostně orientované výchovy, což často vede k tomu, že přehnaných nároků na sebe sama není možno dosáhnout. Tento stav zpětně vyvolává pocit neschopnosti, selhání a bezcennosti, zároveň však pobízí také k dalšímu úsilí dosáhnout nereálného cíle. Což vede k dalším neúspěchům, rezignaci, emočnímu a fyzickému vyčerpání. Následkem je často značná nespokojenost se svým životem a ztráta sebevědomí utvářeného na základě výkonu (Poschkamp, 2013).

Způsoby chování jedince se vytvářely několik let i desetiletí. Naučené normy, názory, hodnoty jsou součástí osobnosti, která potřebuje čas a vytrvalý trénink pro obnovu zdravého postoje. Vůči syndromu vyhoření není imunita, může se po pár letech znovu objevit (Poschkamp, 2013).

Syndrom vyhoření není brán jako nemoc, díky níž lze odejít do předčasného důchodu. Jedná se o „poruchu dříců, nikoliv lenochů“. Jedinci, kteří podlehnou syndromu vyhoření nejsou zanedbávací práce, ale jsou to perfekcionisti, kteří se snaží veškerou práci dělat svědomitě a odsouvají své vlastní potřeby na úkor práce (Poschkamp 2013).

Jankovský (2003) uvádí možná řešení, jak reagovat v případě podlehnutí syndromu vyhoření. Důležité je především uvědomění si daného problému a hledání řešení, které by nemělo být zbrklé. Pokud se udělá unáhlené řešení např. odchod ze zaměstnání, změna oboru, je možné, že se jedinec znovu dostane do dané situace, kterou se nenaučil řešit. Další možnou reakcí jedince, který změní zaměstnání, je, že si bude připadat, že selhal ve svém bytí, utekl od problému. Každopádně je to možné řešení, ale záleží na jedinci, s jakou vervou, nadšením nastoupí do nového zaměstnání. Další možnou variantou, kterou Jankovský (2003) uvádí, je povýšení. Toto může motivovat jedince

k lepším výkonům a změnám, aby se jeho situace neopakovala jeho kolegům. Pokud nadřizený špatně odhadne psychický stav jedince se syndromem vyhoření, může se jednat o problém, že jedinec nebude zvládat novou roli, na kterou není připraven a může demotivovat ostatní zaměstnance.

Prieß (2015) doporučuje nejprve si stanovit vlastní hranice, což považuje za nejdůležitější část léčby. Dále uvádí, že naše chování je tvořeno odrazem chování ostatních k nám. Je dobré si říci „*Takový, jaký jsi, jsi dobrý, i když neschvaluji všechno, co děláš. Je dobře, že jsi*“ (Prieß, 2015, str. 88). Prieß (2015) krom určení vlastních hranic předesílá, že je důležité se naučit razantní „ano“, ale také umět říci „ne“. Dobré je, osvojit si asertivní chování, které nám pomáhá k udržení vlastních hranic a sebevědomého „já“. „*Když někdo nevnímá dostatečně sám sebe, nedokáže pořádně vnímat ani lidi kolem sebe*“ (Prieß, 2015, str. 88).

## 1.9 Supervize

Podle Českého institutu pro supervizi (Supervize, 2006) supervize představuje důležitou oblast profesního růstu. Původně byla běžnou součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce. V posledních letech je stále více žádána a oceňována i v dalších oblastech práce s lidmi. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi však supervizí rozumíme bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací. Supervize může být zaměřena na prohloubení prožívání, lepší porozumění dané situaci, uvolnění tvořivého myšlení a rozvoj nových perspektiv profesního chování. Současně může být supervize také modelem učení (Supervize, 2006). Cílem supervize tak může být vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření. Je prokázáno, že prostřednictvím „dominového efektu“ může být dobrá supervize prospěšná nejen supervidovanému, ale především jeho klientům, žákům, zaměstnancům atd. (Supervize, 2006).

„*Supervize je proces, jehož účastníkem je tým, skupiny pracovníků či jednotlivci. Proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí*“ (Venglářová, 2013, str. 14). Práce s klienty je velmi náročná, protože zaměstnanec musí být odborníkem, aby mohl svou profesi vykonávat bezchybně. Tím

se zaměstnanec nachází v těžké situaci, kdy musí pracovat s emocemi, se kterými klient neumí vyrovnat. Všechny pocity vnímá i zaměstnanec, musí se určitým způsobem od nich odpoutat, ale přesto zůstat autentický. Pokud je toho na zaměstnance mnoho, pomáhá mu to řešit supervize, která se snaží problém zpracovat do přijatelné podoby Venglářová (2013).

Broža (2009) definuje supervizi jako určitý nástroj pomoci a podpory profesionála ohledně vztahových záležitostí klienta, jejím cílem je odhalit a objasnit metodické a technické chyby léčebného procesu, nebo zjistit osobní psychické konflikty. Dále umožňuje dosáhnout vhled a možnost vcítění se, aby se jedinec mohl stát svobodnějším ve vlastním světě týkající se myšlení a jednání. Broža (2009) uvádí, že se jedná o vztah dvou profesionálů – supervizora a supervidovaného, kdy se snaží získat lepší vhled do klientovy situace. „*Smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům*“ ( Venglářová 2013, s 11). Dobře vedená supervize je v podstatě nástrojem tzv. pozitivní psychologie (Schaufeli a kol., 2009), neboť pomáhá zvyšovat pracovní zaujetí zaměstnanců.

Malíková (2010) hodnotí supervizi jako nástroj ke zvyšování kvality poskytovaných služeb, který nastavuje zrcadlo v oblasti kvality a úrovně. Charakterizuje ji jako formu podpory, učení a dohledu, při níž se pracovníci mohou v bezpečném prostředí svěřit se svými problémy, naučit se je zvládat a zhodnotit, jak jsou ve svých činnostech efektivní. Podle Venglářové (2013) se supervize objevila v České republice se zaváděním standardů v sociálních službách, kdy je chápána jako služba klientovi, nikoliv jako realizace vlastních představ o životě druhých lidí. Také byla přijata povinnost celoživotního vzdělávání u pracovníků v sociální práci.

Malíková (2010) uvádí, že pokud je supervize správně prováděna, jedná se o nástroj ke zvyšování kvality, možného řešení problémů na pracovišti (v interpersonálních vztazích) nebo působí v prevenci syndromu vyhoření. Zároveň uvádí, že též pomáhá k lepšímu zaškolování nových pracovníků, rozšíření vzdělání zaměstnanců i k osobnostnímu rozvoji a tím i rozvoji celého týmu.

Malíková (2010) poukazuje na časté nevhodné chování rodinných příslušníků či mnohdy i klientů vůči jedinci, který vykonává své zaměstnání. Domnívají se, že

vykonává svou profesi špatně, že porušuje práva klientů a je viníkem zhoršeného průběhu onemocnění jejich blízkých. Dle Malíkové (2010) se stává, že jsou pečovatelé častěji obviňováni, slovně napadáni a je na nich vynucována nepotřebná péče, čímž dochází ke zneužívání péče.

Musil (2004) uvádí, že mnoho zaměstnavatelů resp. zaměstnanců pociťuje vnitřní rozpory v sociální práci, zda preferovat množství klientů nebo kvalita služby, neutralitu nebo protěžování vybraných osob; jednostrannost nebo asymetrii ve vztahu s klientem; procedurální nebo situační přístupy; materiální či nemateriální pomoc; zasáhnout či nezasáhnout.

Tomuto pomáhá supervize, kde se veškeré problémy proberou a snaží se je vyjasnit. Malíková (2010) uznává, že ocenění práce v sociálních službách není společensky uznávané.

#### **Oblasti působení supervize (Venglářová, 2013, s. 11)**

- *zvládání emocí souvisejících s péčí o těžce či nevyléčitelně nemocné, trpící. Práce na vlastní psychické pohodě*
- *pozitivní působení na vztah pracovníka k pacientovi / klientovi. Pomoc vytvářet empatické vztahy*
- *podpora pochopení situace pacienta i jeho způsob, jak ji prožívá*
- *rozvíjení profesních dovedností, kompetencí. Učení novým věcem i novým přístupům*
- *hledání nových přístupů, vedení případů*
- *řešení problémů mezi pracovníky v týmech či mezi různými týmy*
- *adaptace na pracovní roli, na prostředí*
- *přijímání změn v organizaci*



## 2. Cíle práce a hypotézy

### 2.1 Cíle práce

Cílem diplomové práce bylo a) popsat syndrom vyhoření, včetně jeho fází, rizikových faktorů a způsobů prevence u pracovníků přímé obslužné péče, b) posoudit úlohu supervize v boji proti syndromu vyhoření, c) zjistit míru syndromu vyhoření u těchto pracovníků a jakých metod lze použít k prevenci tohoto syndromu, eventuálně ke zlepšení stavu dané osoby. K tomuto účelu byl použit CBI dotazník (Copenhagen Burnout Inventory).

### 2.2 Hypotézy

Pro dosažení cílů diplomové práce byly stanoveny následující hypotézy:

**Hlavní hypotéza:** Syndrom vyhoření se vyskytuje často u pracovníků přímé obslužné péče.

**Vedlejší hypotéza 1:** Míra vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče dosahuje vyšších hodnot.

**Vedlejší hypotéza 2:** Supervize vede ke snížení míry syndromu vyhoření.

**Vedlejší hypotéza 3:** Při změně oboru pracovníci přímé obslužné péče vykazující vyšší míru syndromu vyhoření hledají práci méně stresující.

**Vedlejší hypotéza 4:** Délka praxe v oboru zvyšuje míru syndromu vyhoření.

**Vedlejší hypotéza 5:** Dosažené vzdělání ovlivňuje míru syndromu vyhoření

### 2.3 Operacionalizace pojmů

**Syndrom vyhoření** je soubor příznaků charakteristických pro vyčerpání zdrojů jedince k obnovení sil potřebných pro pracovní i osobní nasazení.

**Pracovníci přímé obslužné péče** jsou osoby zaměstnané v domovech pro seniory, kde se podílejí bezprostředně na péči o tyto klienty.

**CBI dotazník (Copenhagen Burnout Inventory)** je soubor otázek cílených na výskyt příznaků syndromu vyhoření ve třech důležitých oblastech vyhoření (personální, pracovní a klientské).

**Míra syndromu vyhoření** je CBI skóre stanovené na základě hodnocení odpovědí na jednotlivé otázky CBI dotazníku

**Výskyt syndromu vyhoření** je četnost jedinců, jejichž skóre CBI dotazníku přesahuje 50%.

**Supervize** je moderní nástroj profesního růstu, který pomáhá supervidovaným pracovníkům vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, případně nacházet nová řešení problematických situací.

### 3. Metodika

Pro kvantitativní výzkum byla použita metoda standardizovaného dotazníku pro zjištění výskytu syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče a jeho následné vyhodnocení ve vztahu k a) věku, b) délce praxe, c) vzdělání, d) vlivu supervize. Pozornost bude věnována i faktorům úvahám o změně povolání (obr. 6).

#### 3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Míra vyhoření byla u jednotlivých respondentů měřena pomocí standardizovaného CBI dotazníku, který se skládal z otázek zaměřených na personální vyhoření (otázka 1 – 6), pracovní vyhoření (otázka 7 – 13) a vyhoření vztahující se k práci s klienty (klientské vyhoření) (otázka 14 – 19). Otázky 1 – 19 byly hodnoceny v pětibodové škále:

*vždycky – často – někdy – zřídka - nikdy / téměř nikdy*

*ano - spíše ano – nevím - spíše ne – ne*

Dotazník CBI byl doplněn sérií dotazů týkajících pohlaví, věku, délky praxe, délky práce v nynějším zaměstnání a vzdělání. Dále respondenti odpovídali na otázky:

*Co vede nejčastěji ke změně oboru v případě syndromu vyhoření?*

*Dochází na vašem pracovišti k obměně zaměstnanců?*

*Co Vás v životě naplňuje?*

*Co Vám pomáhá k odreagování, resp. zlepšení Vašeho psychického stavu?*

Dotazník byl koncipován tak, aby umožnil testovat všechny stanovené hypotézy.

Respondenti vyplňovali dotazník anonymně v tištěné formě nebo v rámci internetového portálu VYPLNTO.CZ.

Dobrý den,

jmenuji se Eliška Zichová a studuji na Jihočeské Univerzitě - zdravotně sociální rehabilitaci v Českých Budějovicích. V rámci své diplomové práce zjišťuji výskyt příznaků syndromu vyhoření u pracovníků v tomto oboru.

Tímto Vás prosím o pravdivé vyplnění tohoto krátkého dotazníku. Veškeré získané údaje budou sloužit pouze k mé diplomové práci a nebudou poskytnuty Vašemu zaměstnavateli.

S přáním klidného dne, Eliška Zichová

Označte, prosím, možnost, která nejvíce vystihuje vaše pocity.

1.	Často se cítíte unavený/á?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
2.	Jak často se cítíte fyzicky vyčerpaný/á?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
3.	Jak často se cítíte emocionálně vyčerpaný?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
4.	Jak často si říkáte: „ Už to nevydržím“?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
5.	Jak často se cítíte utahaný/á?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
6.	Jak často se cítíte slabý/á a náchylný/á k nemocem?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
7.	Cítíte se na konci pracovního dne utahaný/á?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
8.	Cítíte se ráno při pomýšlení na další pracovní den vyčerpaný/á?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
9.	Máte pocit, že je pro vás každá pracovní hodina vyčerpávající	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
10.	Máte dostatek energie, pokud trávíte čas s rodinou a přáteli?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
11.	Je vaše práce emocionálně vyčerpávající?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
12.	Je vaše práce frustrující?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
13.	Cítíte se vyhořelý/á kvůli své práci?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
14.	Považujete za náročné pracovat s klienty?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
15.	Ubírá vám energii pracovat s klienty?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
16.	Je pro vás frustrující pracovat s klienty?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
17.	Máte pocit, že víc dáváte, než dostáváte při práci s vašimi klienty?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
18.	Jste unavení z práce s klienty?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
19.	Přemýšlíte někdy nad tím, jako dlouho budete schopni pokračovat v práci s klienty?	vždycky	často	někdy	zřídka	nikdy / téměř nikdy
20.	Máte v zařízení supervizi	ano	nevím	ne		
21.	Pokud „ano“, myslíte, že Vám osobně pomáhá supervize?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
22.	Pokud „ano“, myslíte, že supervize pomáhá u Vás v kolektivu?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
23.	Pokud „ne“, myslíte, že byste ocenil/a supervizi ve Vašem zařízení?	ano	spíše ano	neví m	spíše ne	ne
24.	Jaké máte vzdělání (můžete i dvě)	ZŠ	vyučen	matu rita	VOŠ + VŠ	kurz prac.přímé obslužné péče

Pohlaví (zakroužkujte)	žena - muž
Kolik Vám je let? (vypište)	
Kolik měsíců / let pracujete sociální péči?	
Kolik měsíců / let pracujete v tomto zařízení?	
Co vede nejčastěji ke změně oboru v případě syndromu vyhoření?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. práce méně stresující</li> <li>2. práce lépe placená</li> <li>3. práce přinášející lepší osobní uspokojení</li> <li>4. práce s přijatelnější pracovní dobou</li> <li>5. jiné (doplňte)_____</li> <li>6. jiné (doplňte)_____</li> </ol>
Dochází na vašem pracovišti k obměně zaměstnanců?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. často</li> <li>2. méně často</li> <li>3. zřídka</li> </ol>
Co Vás naplňuje?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. práce</li> <li>2. péče o domácnost</li> <li>3. děti</li> <li>4. partner / partnerka</li> <li>5. turistika</li> <li>6. společenský život (divadlo, kino, tanec apod.)</li> <li>7. zájmové činnosti (zahradá, vyšívání, vaření apod.)</li> <li>8. sport</li> <li>9. cestování</li> <li>10. jiné (doplňte)_____</li> <li>11. jiné (doplňte)_____</li> <li>12. jiné (doplňte)_____</li> <li>13. jiné (doplňte)_____</li> </ol>
Co Vám pomáhá k odreagování, resp. zlepšení Vašeho psychického stavu? (vypište)	
Typ zaměstnání?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. sociální práce / péče</li> <li>2. ostatní</li> </ol>

**Obrázek 6:** Modifikovaný CBI dotazník obsahující doplňující otázky. Zdroj: Vlastní výzkum

### 3.2 Výzkumné soubory (tab. 7)

Výzkum byl proveden v šesti domovech pro seniory na území města Prahy, kde jsem měla v průběhu svého studia praxi. Tato zařízení si vesměs přála zůstat v anonymitě (v práci jsou proto uvedena pod označením Zařízení A – F). Respondenti byli vybráni účelovým výběrem. Tato zařízení jsem znovu oslovila s žádostí o pomoc při získávání potřebných dat. Následně jsem tyto zařízení osobně navštívila a projednala způsob distribuce dotazníků pracovníkům přímé obslužné péče. Při této příležitosti jsem projednala obsah dotazníků s příslušnými vedoucími úseku sociální práce, kteří dotazníky rozdali cílovým respondentům, vyplněné dotazníky jsem si u nich vyzvedla osobně. Tito respondenti tvoří Soubor 1.

Na základě žádosti metodika prevence rizikového chování personálu u vojenského útvaru v Bechyni jsem tentýž dotazník rozdala jeho prostřednictvím zaměstnancům Armády České republiky, kteří tvořili Soubor 2.

Dalším skupinou (Soubor 3) byli známí, které jsem oslovila prostřednictvím Facebooku, aby vyplnili tento dotazník v programu VYPLNTO.CZ. Tato skupina zahrnovala osoby pracující s lidmi jako klienty (vysokoškolské a středoškolské učitele, výzkumné pracovníky, firemní manažery, teology, hasiče atd.).

**Tabulka 7:** Popis zkoumaných souborů z hlediska počtu rozdaných a vrácených dotazníků v jednotlivých souborech, resp. zařízeních v Souboru 1. Jednotlivá zařízení A – F jsou charakterizována počtem klientů a PPOP a přítomností supervize.

	Rozdaných dotazníků	Vyplněných dotazníků	Počet klientů	Počet PPOP	Supervize
Soubor 1	190	105 (55%)	952	210	
Zařízení A	50	30 (60%)	311	45	ne
Zařízení B	30	19 (63%)	260	40	ano
Zařízení C	30	12 (40%)	107	30	ne
Zařízení D	20	13 (65%)	120	35	ano
Zařízení E	30	11 (37%)	70	20	ano
Zařízení F	30	20 (66%)	84	40	ano
Soubor 2	200	106 (53%)			částečně ano
Soubor 3	55	34 (62%)			částečně ano
Celkem	445	245 (55%)			

Zdroj: Vlastní výzkum

### 3.3 Realizace výzkumu

Vyplněné dotazníky byly nejprve zpracovány pomocí transformace odpovědí na otázky 1 – 19 podle kritérií CBI (Kristensen a kol., 2005). Tato transformace spočívá v přiřazení hodnot skóre podle následujícího klíče: *vždycky / ano* – 100; *často / spíše ano* – 75; *někdy / nevím* – 50; *zřídka / spíše ne* – 25; *nikdy / téměř nikdy / ne* – 0. V případě otázky 10 bylo skóre přidělováno v obrácené podobě.

Dále byly vypočtené průměrné hodnoty  $\pm$  střední chyba průměru pro odpovědi na otázky 1 – 19 v jednotlivých souborech. U každého respondenta byla vyhodnocena průměrná odpověď v jednotlivých kategoriích vyhoření (personální, pracovní, klientské a celkové). Z těchto individuálních hodnot vyhoření ve zmíněných kategoriích byly spočteny průměrné hodnoty  $\pm$  střední chyba průměru v jednotlivých souborech (viz tab. 9 – 12). Jak je ukazuje obrázek 8, v jednotlivých souborech byl zjištěn počet respondentů dosahujících skóre 50 a více ve zmíněných kategoriích vyhoření; tato hodnota je obecně uznávaná za hranici vyhoření (Vlachovská, 2011, Maroon, 2012, Poschkamp 2013).

Význam jednotlivých otázek pro míru personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření byl hodnocen pomocí korelací individuálních hodnot odpovědí na jednotlivé otázky s individuálními hodnotami zmíněných kategoriích vyhoření ve sloučeném souboru všech respondentů (viz tab. 13; obr. 9 a 10).

Hodnocení vlivu pohlaví na míru vyhoření bylo provedeno pomocí T-testu. Vliv vzdělání a délky praxe a zaměstnání v nynějším zařízení byl hodnocen pomocí korelační analýzy. Pro tyto účely bylo nejvyšší dosažené vzdělání hodnocené následovně: základní škola 1, vyučení 2, maturita 3, vyšší odborná škola nebo vysoká škola 4, za kurz pracovníka přímé obslužné péče + 0,5 bodu.

T-testem byl také hodnocen význam hledání určitých kvalit práce při případné změně zaměstnání naplňuje (viz obr. 13 a 14) a také význam činnosti, která respondenty (viz obr. 16 až 19). Význam supervize pro míru vyhoření v jednotlivých zařízeních byl hodnocen pomocí jednocestné analýzy rozptylu následované testem nejmenší významné diference (one-way ANOVA and LSD test). Rozdíly v četnosti vyhořelých respondentů v jednotlivých souborech a názor na užitečnost supervize byly hodnoceny podle  $\chi^2$  testu.

Je nutno si uvědomit, že jsem vždy analyzovala celkové vyhoření a jeho tři kategorie. Významnosti rozdílů v těchto parametrech se často pohybují od  $p < 0,05$  do  $p < 0,001$ . Hypotézy jsem přijímala nebo zamítala na 5 % hladině významnosti.



## 4. Výsledky

### 4.1 Základní charakteristiky zkoumaných souborů

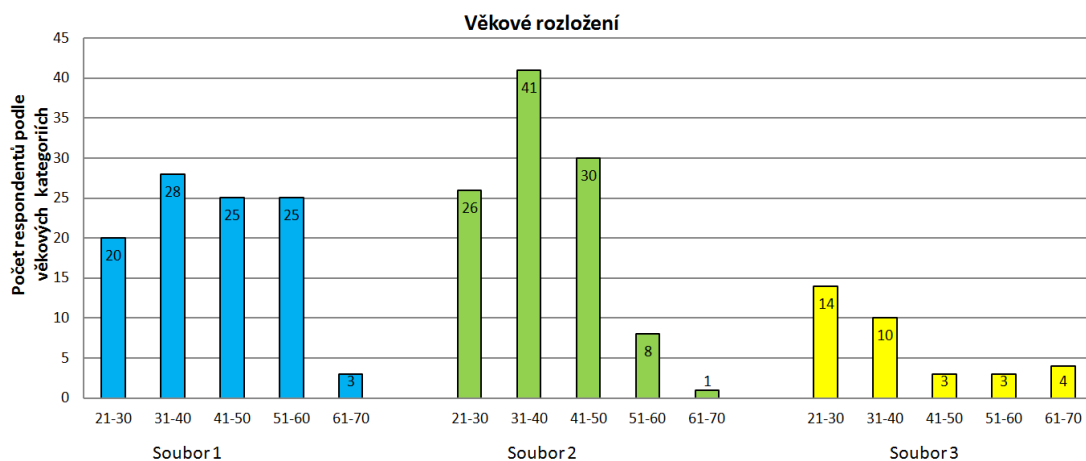
Dotazník CBI (Copenhagen Burnout Inventory) byl poskytnut k vyplnění řadě pracovníků přímé obslužné péče (PPOP) v několika zařízeních sociální péče (Soubor 1), zaměstnanců Armády ČR (Soubor 2) a dále známým prostřednictvím internetového programu Vyplňto.cz (Soubor 3). Základní charakteristiky těchto tří souborů jsou uvedeny v tabulce 8. Tyto soubory se lišily významně nejen zastoupením žen a mužů, věkem či délkou zaměstnání ale také vzděláním resp. odbornou kvalifikací a přítomností supervize na pracovišti.

**Tabulka 8:** Základní charakteristiky zkoumaných souborů - pracovníci přímé obslužné péče (Soubor 1), zaměstnanci Armády ČR (Soubor 2) a ostatní respondenti (Soubor 3).

	Soubor 1	Soubor 2	Soubor 3
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Ženy / muži</i>	94 / 11	26 / 80	17 / 17
<i>Věk (roky)</i>	41,7 ± 1,16 (18 – 65)	37,3 ± 0,92 ** (21 – 63)	37,8 ± 5,26 (25 – 68)
<i>Celková délka zaměstnání (roky)</i>	9,4 ± 0,72 (0,125 – 30)	13,5 ± 0,90 *** (0,5 - 35)	13,7 ± 7,79 ** (0,3 – 45)
<i>Délka zaměstnání v tomto zařízení (roky)</i>	5,9 ± 0,52 (0,08 – 30)	13,0 ± 0,91 *** (0,25 - 35)	13,0 ± 7,82 *** (0,25 – 45)
<i>Vzdělání ZŠ / vyučen / maturita / VOŠ+VŠ / kurz</i>	5 / 24 / 42 / 33 / 18	1 / 11 / 64 / 28 / 2	0 / 1 / 14 / 19 / 0
<i>Supervize Ano / nevím / ne</i>	57 / 15 / 34	23 / 34 / 48	6 / 5 / 23

Věk resp. délka zaměstnání jsou uvedeny jako průměry ± střední chyba průměru, minimální a maximální hodnoty jsou v závorkách. Pohlaví, vzdělání a supervize v zařízení jsou prezentovány jako četnosti. Statistická významnost podle T-testu ( $P < 0,01$ ,  $P < 0,001$ ): \*\*, \*\*\* - proti souboru 1. Zdroj: *Vlastní výzkum*

Ženy převažovaly v souboru PPOP (90%), zatímco muži v armádním souboru (75%). Vojáci byli významně mladší než pracovníci sociální péče (tab. 8.). Detailnější rozložení věkových skupin v jednotlivých souborech je ukázáno na obrázku 7. Celková délka zaměstnaní a zejména délka zaměstnání v nynějším zařízení byly významně kratší v Souboru 1 než v ostatních dvou souborech. To je v souladu se známou poměrně vysokou fluktuací pracovníků v zařízeních sociální péče. Vzdělání bylo celkově nižší v Souborech 1 a 2 než v Souboru 3, kde převažovali vysokoškoláci ( $\chi^2$  test  $p < 0,001$ ). Supervize byla dostupná ve větší části zařízení sociální péče na rozdíl od souborů 2 a 3 ( $\chi^2$  test  $p < 0,0001$ ).



**Obrázek 7:** Věkové rozložení v jednotlivých souborech. *Zdroj: Vlastní výzkum*

#### 4.2 Míra vyhoření v jednotlivých souborech podle CBI dotazníku

CBI dotazník analyzuje odděleně míru personálního vyhoření, pracovního vyhoření a vyhoření závislého na práci s klienty (dále jen klientského vyhoření). Tabulka 9 ukazuje průměrné skóre odpovědí na otázky 1 – 6, které se vztahují k **personálnímu vyhoření**. Je zřejmé, že odpovědi v Souboru 1 mají obecně vyšší skóre než odpovědi v Souboru 2. Odpovědi v Souboru 3 se do jisté míry podobají Souboru 1 s výjimkou emocionálního vyčerpání (otázka 3), které je v souboru 3 nejvyšší. Pokud jde o odpovědi týkající se **pracovního vyhoření** (otázky 8 – 14), je jejich skóre většinou významně vyšší v souboru 1 než v souboru 2 (tab. 10). Respondenti souboru 3 udávali překvapivě často pocit vyčerpání z nadcházející práce (otázky 8 a 9), kde skóre jejich odpovědí dosahovalo dvojnásobku hodnot získaných v souborech 1 nebo 2. Tabulka 11 ukazuje

průměrné skóre odpovědí na otázky 14 – 19, které se vztahují ke **klientskému vyhoření**. Skóre odpovědí je většinou vyšší v souboru 1 než v souboru 2 s výjimkou otázek 16 a 17, které se týkají frustrace z práce s klienty resp. pocitu, že respondenti víc dávají, než dostávají při práci s klienty. Odpovědi respondentů souboru 3 na otázky 16 – 18 ukazují velmi vysokou zátěž, kterou pro ně představuje práce s klienty (tab. 11).

**Tabulka 9:** Míra personálního vyhoření podle otázek 1 – 6 v jednotlivých souborech.

<i>otázka</i>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>1. Často se cítíte unavený/á?</i>	58,3 ± 1,96	46,0 ± 1,93 *	60,3 ± 2,28 §
<i>2. Jak často se cítíte fyzicky vyčerpaný/á?</i>	48,6 ± 1,98	40,8 ± 2,05 *	47,1 ± 2,94
<i>3. Jak často se cítíte emocionálně vyčerpaný?</i>	43,6 ± 2,22	35,6 ± 2,55 *	55,1 ± 3,92* §
<i>4. Jak často si říkáte: „ Už to nevydržím“?</i>	25,2 ± 2,31	21,0 ± 2,35	33,8 ± 4,46 §
<i>5. Jak často se cítíte utahaný/á?</i>	54,8 ± 2,20	43,4 ± 2,02 *	56,6 ± 2,85 §
<i>6. Jak často se cítíte slabý/á a náchylný/á k nemocem?</i>	35,2 ± 2,26	24,1 ± 2,14 *	33,1 ± 3,12 §

Skóre se pohybuje v rozmezí 0 – 100, vyšší hodnoty indikují vyšší míru vyhoření. Data jsou dána jako průměry ± střední chyba průměru. Statistická významnost podle T-testu ( $P < 0,05$ ): \* - proti souboru 1, § - proti souboru 2. Zdroj: *Vlastní výzkum*

**Tabulka 10:** Míra pracovního vyhoření podle otázek otázky 7 – 13 v jednotlivých souborech.

<i>otázka</i>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>7. Cítíte se na konci pracovního dne utahaný/á?</i>	64,8 ± 2,84	43,9 ± 2,88 *	68,4 ± 4,87 §
<i>8. Cítíte se ráno při pomyslení na další pracovní den vyčerpaný/á?</i>	35,5 ± 3,00	28,1 ± 2,88	55,9 ± 5,79 * §
<i>9. Máte pocit, že je pro vás každá pracovní hodina vyčerpávající?</i>	27,4 ± 2,78	19,6 ± 2,51 *	52,9 ± 5,85 * §
<i>10. Máte dostatek energie, pokud trávíte čas s rodinou a přáteli?</i>	29,3 ± 2,28	20,5 ± 1,89 *	36,9 ± 2,63 §
<i>11. Je vaše práce emocionálně vyčerpávající?</i>	56,4 ± 2,09	41,5 ± 2,70 *	52,9 ± 4,32 §
<i>12. Je vaše práce frustrující?</i>	37,4 ± 2,12	36,3 ± 2,66	44,9 ± 4,57
<i>13. Cítíte se vyhořelý/á kvůli své práci?</i>	24,5 ± 2,44	29,0 ± 2,85	31,6 ± 4,76

Skóre se pohybuje v rozmezí 0 – 100, vyšší hodnoty indikují vyšší míru vyhoření. Data jsou dána jako průměry ± střední chyba průměru. Statistická významnost podle T-testu ( $P < 0,05$ ): \* - proti souboru 1, § - proti souboru 2. Zdroj: *Vlastní výzkum*

**Tabulka 11:** Míra klientského vyhoření podle otázek otázky 14 - 19 v jednotlivých souborech.

<i>otázka</i>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>14. Považujete za náročné pracovat s klienty?</i>	54,5 ± 3,29	34,4 ± 3,12 *	55,9 ± 5,79 §
<i>15. Ubírá vám energii pracovat s klienty?</i>	38,3 ± 3,12	33,7 ± 3,16	50,0 ± 5,68 §
<i>16. Je pro vás frustrující pracovat s klienty?</i>	24,3 ± 2,52	27,6 ± 2,76	36,0 ± 4,86 *
<i>17. Máte pocit, že víc dáváte, než dostáváte při práci s vašimi klienty?</i>	45,2 ± 3,05	44,8 ± 3,17	62,5 ± 5,20 * §
<i>18. Jste unavení z práce s klienty?</i>	41,4 ± 2,39	32,6 ± 2,77 *	52,2 ± 4,27 * §
<i>19. Přemýšlíte někdy nad tím, jako dlouho budete schopni pokračovat v práci s klienty?</i>	39,3 ± 2,68	29,0 ± 2,81 *	39,0 ± 4,74

Skóre se pohybuje v rozmezí 0 – 100, vyšší hodnoty indikují vyšší míru vyhoření. Data jsou dána jako průměry ± střední chyba průměru. Statistická významnost podle T-testu ( $P < 0,05$ ): \* - proti souboru 1, § - proti souboru 2. *Zdroj: Vlastní výzkum*

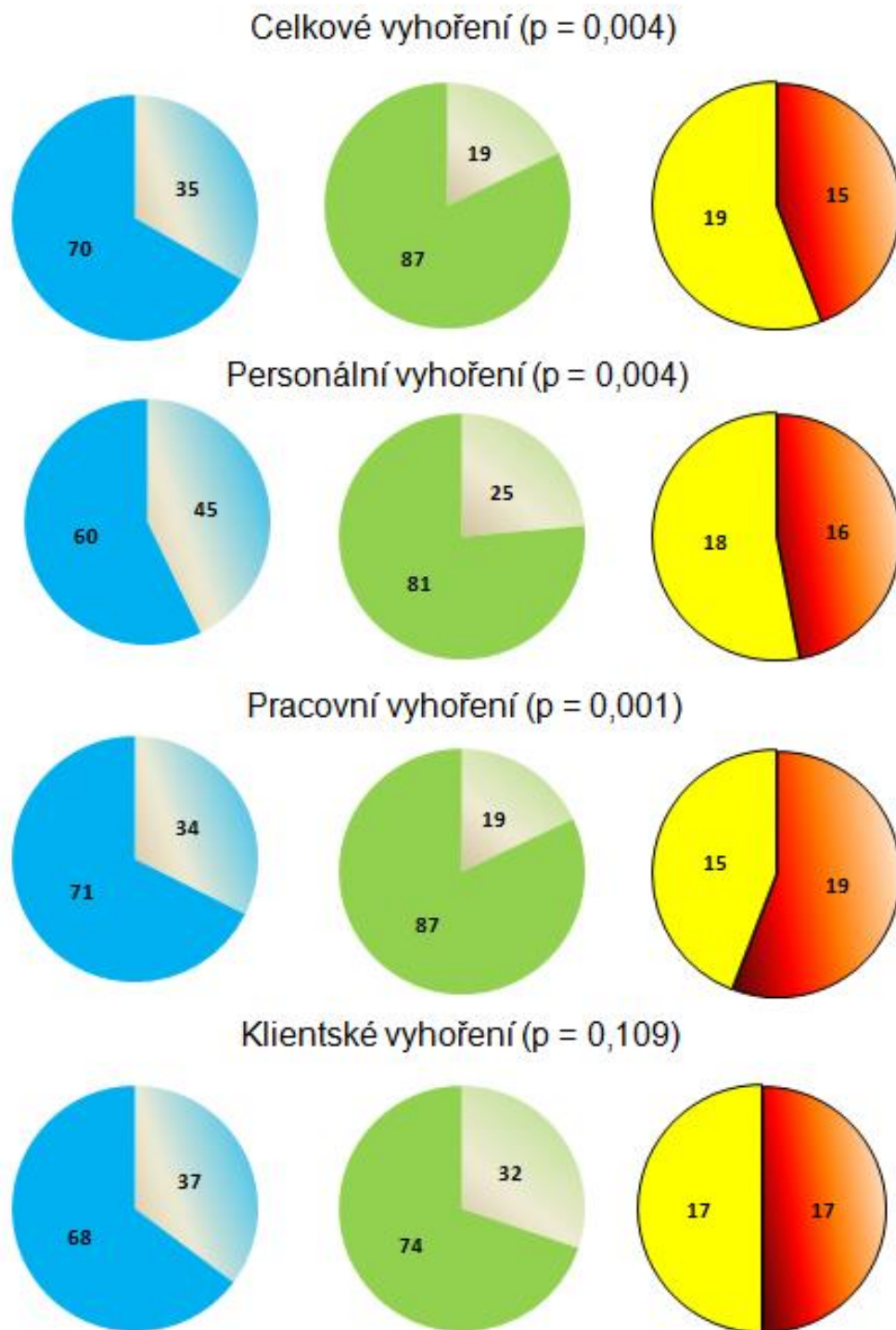
Na základě odpovědí na jednotlivé otázky CBI dotazníku lze spočítat míru personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření u jednotlivých respondentů a porovnat tyto parametry ve zkoumaných souborech (tab. 12). Získané hodnoty ukazují významně vyšší míru všech kategorií vyhoření u PPOP pracovníků (soubor 1) ve srovnání s armádními zaměstnanci (Soubor 2). Také Soubor 3 má významně vyšší míru vyhoření než Soubor 2. Soubor 3 se sice významně neliší v míře personálního vyhoření od Souboru 1, ale v ostatních kategoriích vyhoření dosahuje soubor 3 významně vyšších hodnot (tab. 12). Na základě těchto dat je zřejmé, že existují vysoce významné rozdíly v míře vyhoření mezi zkoumanými soubory.

**Tabulka 12:** Míra personálního vyhoření (otázky 1 – 6), pracovního vyhoření (otázky 7 – 13), klientského vyhoření (otázky 14 – 19) a celkového vyhoření (otázky 1 – 19) v jednotlivých souborech.

	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Personální vyhoření</i>	44,2 ± 1,70 [45,8] (4 – 92) {45}	35,1 ± 1,67 [33,3] *** (0 – 83) {25}	47,7 ± 2,25 [45,8] §§§ (25 – 79) {16}
<i>Pracovní vyhoření</i>	39,3 ± 1,77 [39,3] (7 – 75) {34}	31,3 ± 1,97 [28,6] ** (0 – 96) {19}	48,9 ± 2,67 [51,8] ** §§§ (21 – 82) {19}
<i>Klientské vyhoření</i>	40,5 ± 2,18 [37,9] (0 – 92) {37}	33,6 ± 2,48 [31,3] * (0 – 100) {32}	49,3 ± 3,40 [45,8] * §§ (17 – 87) {17}
<i>Celkové vyhoření</i>	41,3 ± 1,65 [40,8] (9 – 75) {35}	33,2 ± 1,78 [31,6] ** (3 – 83) {19}	48,6 ± 2,25 [47,4] * §§§ (28 – 79) {15}

Skóre se pohybuje v rozmezí 0 – 100, vyšší hodnoty indikují vyšší míru vyhoření. Data jsou uvedena jako průměry ± střední chyba průměru, mediány jsou v hranatých závorkách, minimální a maximální hodnoty jsou v kulatých závorkách. Počty vyhořelých respondentů s hodnotou skóre 50 a vyšší jsou uvedeny v zobákových závorkách. Statistická významnost podle T-testu ( $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ,  $P < 0,001$ ): \*, \*\*, \*\*\* - proti souboru 1, §, §§, §§§ - proti souboru 2. *Zdroj: Vlastní výzkum*

Posuzuje-li se skóre 50 a vyšší za známku vyhoření, je zřejmé, že výskyt „vyhořelých respondentů“ je významně odlišný v jednotlivých souborech ( $\chi^2$  test  $p < 0,0001$ ) (obr. 8). Nejvyšší procento vyhořelých se nachází v Souboru 3, zatímco nejmenší výskyt vyhoření je Souboru 2. Při pohledu na obrázek 7 je patrné, že zhruba jedna třetina PPOP respondentů, jedna pětina vojáků a téměř polovina ostatních respondentů vykazují známky vyhoření. Celkově je výskyt personálního vyhoření (35%) nesignifikantně vyšší než výskyt klientského vyhoření (28%).



**Obrázek 8:** Relativní četnost celkového, personálního, pracovního a klientského vyhoření v jednotlivých souborech. Modré kruhy – pracovníci přímé obslužné péče; zelené kruhy – zaměstnanci AČR; žluté kruhy – ostatní respondenti. Respondenti se stupněm vyhoření dosahující skóre 50 a více jsou znázorněni přechodově vybarvenou plochou, zatímco respondenti, kteří těchto hodnot nedosahují, jsou presentováni plně vybarvenou plochou. *Zdroj: Vlastní výzkum*

### **4.3 Význam jednotlivých otázek pro určení míry vyhoření a vzájemný vztah kategorií vyhoření**

Po vyhodnocení všech 245 dotazníků vznikla otázka, jaký význam mají jednotlivé otázky CBI dotazníku pro hodnocení míry vyhoření v jednotlivých kategoriích. Provedla jsem proto příslušnou korelační analýzu ve sloučeném souboru všech respondentů s cílem zjistit, které otázky mají větší či menší význam. Tabulka 13 ukazuje, že skóre odpovědí na všechny otázky CBI dotazníku korelovalo pozitivně jak s mírou vyhoření v příslušných kategoriích tak i s mírou celkového vyhoření. Významnost všech získaných korelačních koeficientů vysoce překračuje hladinu  $p < 0.001$ . Ze všech otázek se částečně odlišuje pouze otázka 10 týkající se dostatku energie na rodinu a přátele, která měla nejnižší korelační koeficient i když byl stále vysoce nad hladinou  $p < 0.001$ . Příčinou by mohlo být inverzní skóre této otázky, které nemuselo být všemi respondenty dobře pochopeno. Na základě této analýzy se lze domnívat, že volba CBI dotazníku byla vhodná pro zkoumané soubory, neboť všechny otázky měly zřetelný vztah k hodnoceným parametrům vyhoření.

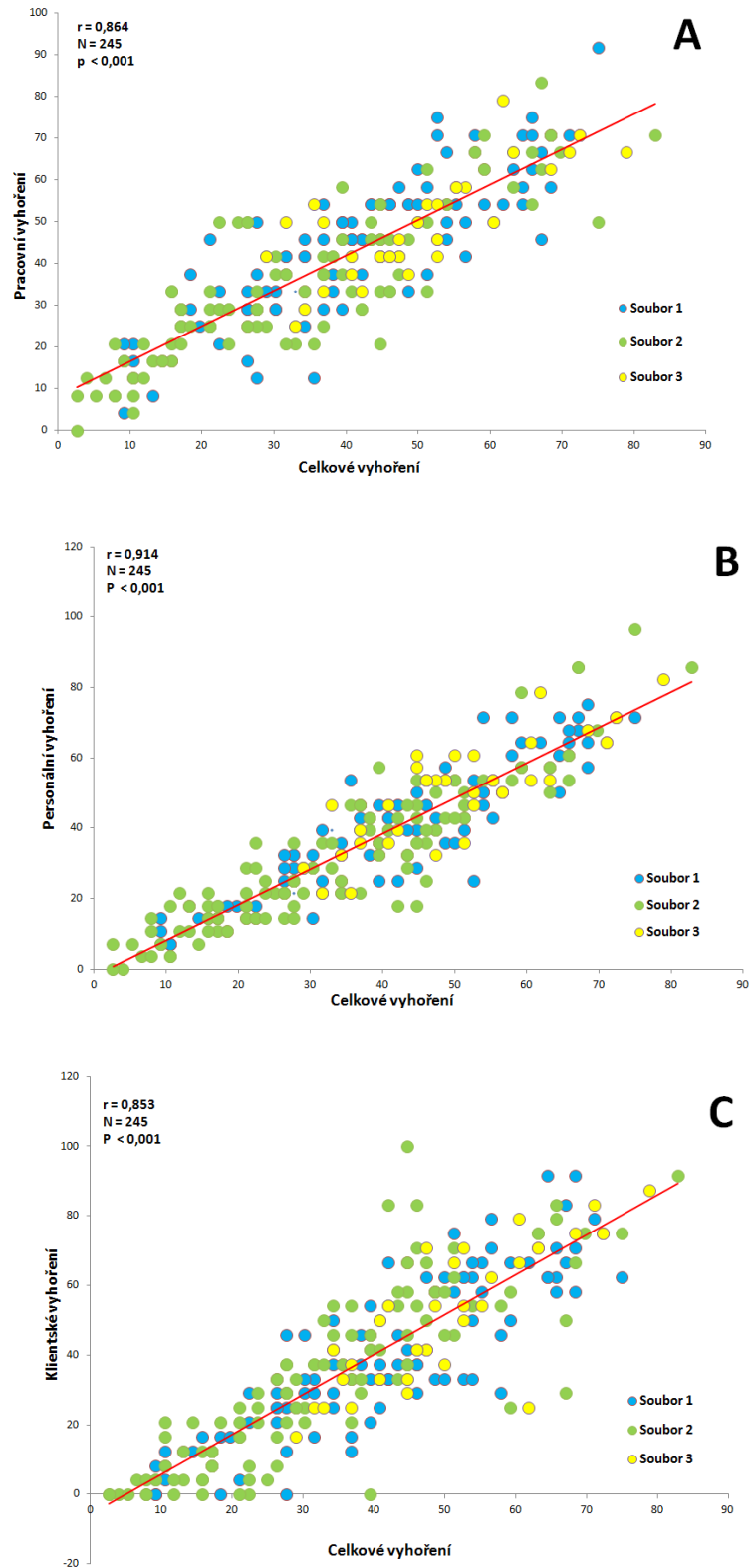
CBI dotazník je zaměřen na tři odlišné kategorie vyhoření – personální, pracovní a klientské. Obrázek 9 ukazuje vzájemné vztahy těchto tří kategorií vyhoření na základě korelací individuálních hodnot příslušných kategorií ve sloučeném souboru všech respondentů. Nejtěsnější vztah je mezi personálním a pracovním vyhořením (obr. 9A), o něco volnější jsou vztahy klientského vyhoření k pracovnímu resp. personálnímu vyhoření (obr. 9B a 9C). Obrázek 9 demonstruje velmi těsný vztah všech tří kategorií vyhoření k celkovému vyhoření, které je přednostně v dalším rozboru získaných dat. Obrázky 9 a 10 také dokládají rozložení individuálních hodnot vyhoření v jednotlivých zkoumaných souborech (PPOP modře, armáda zeleně, ostatní žlutě), které se významně překrývají.



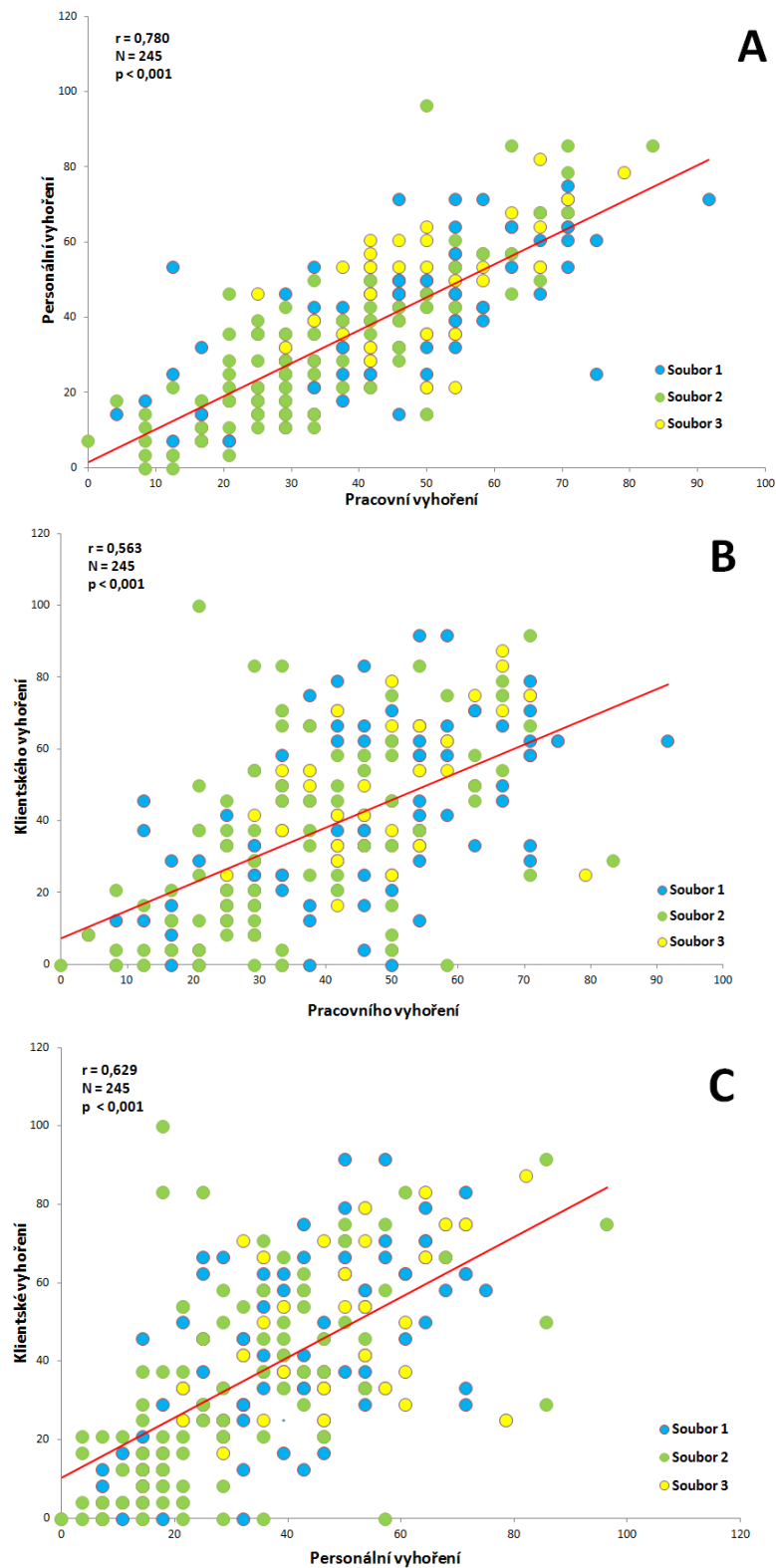
**Tabulka 13:** Korelace individuálních hodnot odpovědí respondentů všech tří souborů na jednotlivé otázky k míře celkového, personálního, pracovního a klientského vyhoření.

Otázky	korelace s mírou			
	celkového vyhoření	personálního vyhoření	pracovního vyhoření	klientského vyhoření
1. Často se cítíte unavený/á?	0,687	0,806		
2. Jak často se cítíte fyzicky vyčerpaný/á?	0,633	0,775		
3. Jak často se cítíte emocionálně vyčerpaný?	0,711	0,786		
4. Jak často si říkáte: „ Už to nevydržím “?	0,646	0,746		
5. Jak často se cítíte utahaný/á?	0,700	0,810		
6. Jak často se cítíte slabý/á a náchylný/á k nemocem?	0,650	0,746		
7. Cítíte se na konci pracovního dne utahaný/á?	0,736		0,742	
8. Cítíte se ráno při pomyslení na další pracovní den vyčerpaný/á?	0,701		0,814	
9. Máte pocit, že je pro vás každá pracovní hodina vyčerpávající?	0,611		0,752	
10. Máte dostatek energie, pokud trávíte čas s rodinou a přáteli?	0,452		0,529	
11. Je vaše práce emocionálně vyčerpávající?	0,674		0,681	
12. Je vaše práce frustrující?	0,654		0,698	
13. Cítíte se vyhořelý/á kvůli své práci?	0,680		0,711	
14. Považujete za náročné pracovat s klienty?	0,662			0,812
15. Ubírá vám energii pracovat s klienty?	0,751			0,887
16. Je pro vás frustrující pracovat s klienty?	0,647			0,757
17. Máte pocit, že víc dáváte, než dostáváte při práci s vašimi klienty?	0,607			0,739
18. Jste unavení z práce s klienty?	0,771			0,851
19. Přemýšlíte někdy nad tím, jako dlouho budete schopni pokračovat v práci s klienty?	0,608			0,679

Uvedené hodnoty jsou korelační koeficienty  $r$ , jejichž významnost při  $N = 245$  je vždy  $p < 0,001$ . Zdroj: Vlastní výzkum



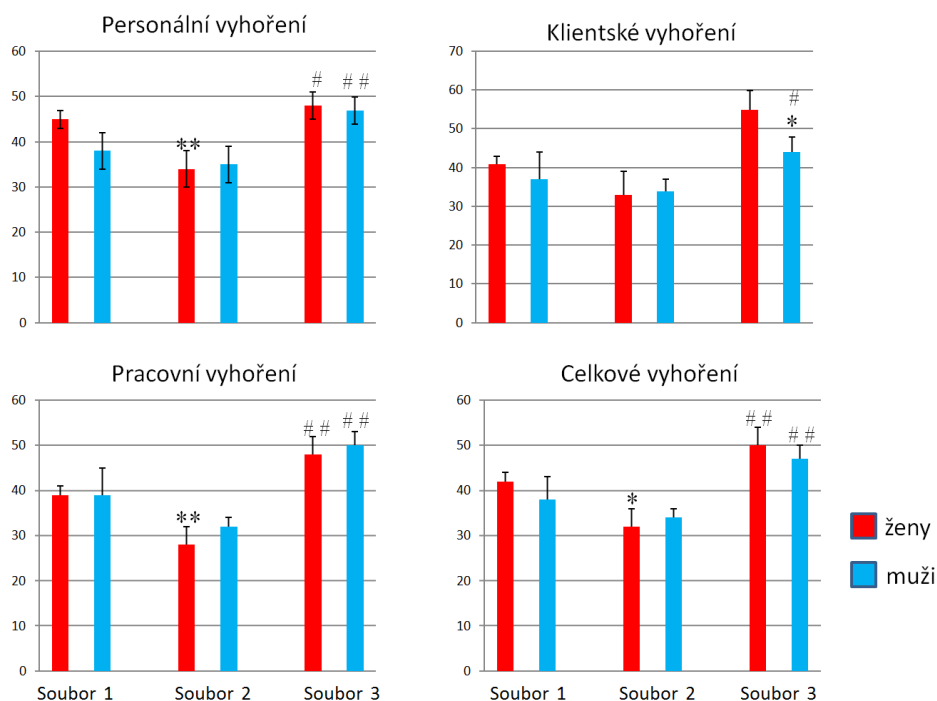
**Obrázek 9:** Korelace individuálních hodnot personálního (A), pracovního (B) a klientského (C) vyhoření respondentů všech tří souborů k jejich míře celkového vyhoření. Zdroj: *Vlastní výzkum.*



**Obrázek 10:** Korelace individuálních hodnot personálního a pracovního vyhoření (A), klientského a pracovního vyhoření (B) resp. klientského a personálního vyhoření (C) u respondentů všech tří souborů. *Zdroj: Vlastní výzkum.*

#### 4.4 Vztah pohlaví respondentů, jejich věku, vzdělání a délky zaměstnání k míře jejich vyhoření

Obrázek 11 dokumentuje, že se ženy a muži v jednotlivých souborech neliší v míře celkového vyhoření ani v jeho jednotlivých kategoriích. Lze se jen zmínit, že rozdíly mezi PPOP a armádními zaměstnanci byly významné u žen a nikoliv u mužů (obr. 11). Věk ani stupeň dosaženého vzdělání nekorelovaly významně s mírou vyhoření ani v jedné kategorii (tab. 14 a 15). Celková délka zaměstnání a částečně i délka nynějšího zaměstnání korelovaly negativně s mírou personálního vyhoření v Souboru 1 (obr. 12), kde pracovníci zaměstnaní  $2 \pm 0,2$  roky měli o 20% vyšší míru personálního vyhoření než pracovníci zaměstnaní  $20 \pm 1,0$  roků. Tabulky 16 a 17 dokládají, že tento vztah nebyl významný v dalších dvou souborech a ani se netýkal ostatních kategorií vyhoření. Častější obměna (fluktuace) pracovníků se projevila pouze u zaměstnanců armády, u nichž byla spojena s vyšší mírou pracovního vyhoření (tab. 18).



**Obrázek 11:** Míra personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření u žen (červené sloupce) a mužů (modré sloupce) v jednotlivých souborech. Data jsou uvedena jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Počty v jednotlivých skupinách jsou uvedeny v tabulce č. 7. Statistická významnost podle T-testu ( $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ): \*, \*\* - proti souboru 1, #, ## - proti souboru 2. Zdroj: *Vlastní výzkum*

**Tabulka 14:** Vztah věku respondentů k míře personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření v jednotlivých souborech.

<b>věk</b>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Personální vyhoření</i>	-0,081	-0,089	-0,173
<i>Pracovní vyhoření</i>	0,052	0,016	-0,150
<i>Klientské vyhoření</i>	0,119	0,108	-0,104
<i>Celkové vyhoření</i>	0,046	0,028	-0,170

Hodnoty jsou korelační koeficienty r. *Zdroj: Vlastní výzkum*

**Tabulka 15:** Vztah vzdělání respondentů k míře personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření v jednotlivých souborech.

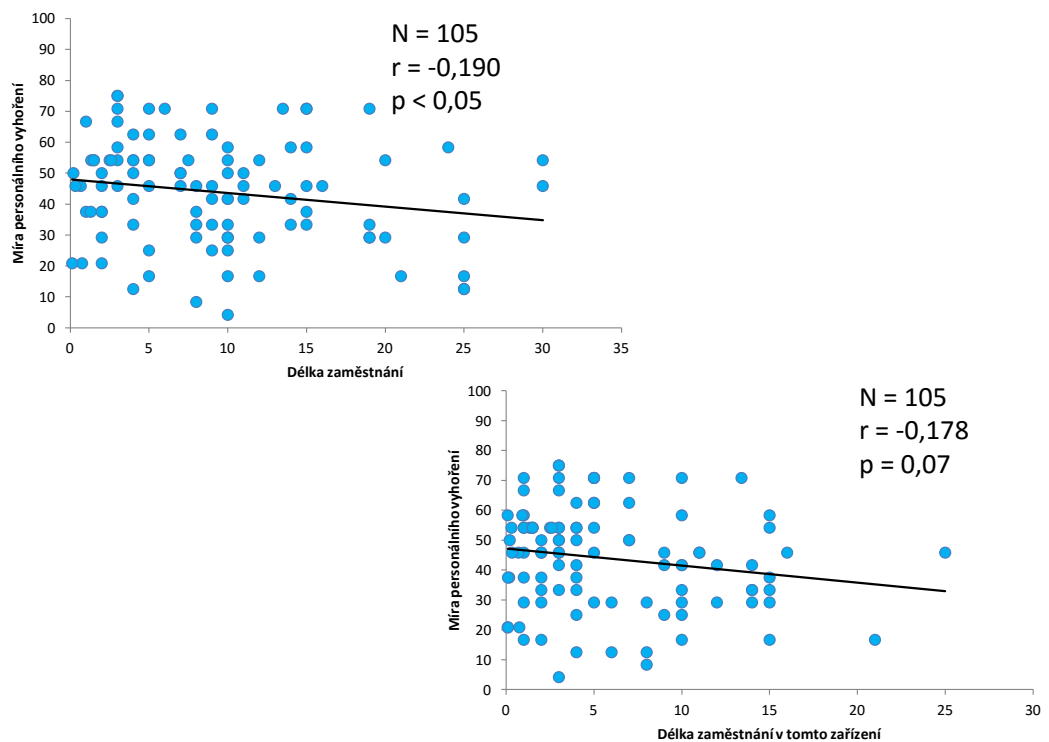
<b>vzdělání</b>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Personální vyhoření</i>	-0,002	0,132	0,165
<i>Pracovní vyhoření</i>	0,126	0,066	0,131
<i>Klientské vyhoření</i>	0,058	-0,013	0,140
<i>Celkové vyhoření</i>	0,073	0,060	0,176

Hodnoty jsou korelační koeficienty r. Nejvyšší dosažené vzdělání bylo hodnoceno jako: ZŠ 1 bod, vyhučen 2 body, maturita 3 body, VOŠ nebo VŠ 4 body; za kurz PPOP přidáno 0,5 bodu *Zdroj: Vlastní výzkum*

**Tabulka 16:** Vztah celkové délky zaměstnání respondentů k míře personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření v jednotlivých souborech.

Celková délka zaměstnání	Soubor 1	Soubor 2	Soubor 3
Počet respondentů	105	106	34
Personální vyhoření	-0,190 *	-0,040	-0,098
Pracovní vyhoření	-0,050	0,053	-0,209
Klientské vyhoření	0,010	0,098	-0,051
Celkové vyhoření	-0,076	0,053	-0,145

Hodnoty jsou korelační koeficienty r. Hvězdička označuje statisticky významný vztah ( $p < 0,05$ ). Zdroj: Vlastní výzkum



**Obrázek 12:** Vztah celkové délky zaměstnání (horní panel) resp. délky zaměstnání v nynějším zařízení (dolní panel) k míře personálního vyhoření u PPOP pracovníků (Soubor 1). Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 17:** Vztah délky zaměstnání u vnějšího zaměstnavatele k míře personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření v jednotlivých souborech.

<b>Délka nynějšího zaměstnání</b>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Personální vyhoření</i>	-0,178	-0,107	-0,165
<i>Pracovní vyhoření</i>	-0,092	0,004	-0,251
<i>Klientské vyhoření</i>	0,041	0,099	-0,109
<i>Celkové vyhoření</i>	-0,076	0,014	-0,210

Hodnoty jsou korelační koeficienty r. Zdroj: *Vlastní výzkum*

**Tabulka 18:** Vztah fluktuace zaměstnanců daného zařízení k míře personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření v jednotlivých souborech.

<b>Fluktuace zaměstnanců</b>	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Personální vyhoření</i>	0,025	0,015	0,168
<i>Pracovní vyhoření</i>	-0,083	0,191 *	0,268
<i>Klientské vyhoření</i>	0,063	0,159	0,110
<i>Celkové vyhoření</i>	0,002	0,152	0,222

Hodnoty jsou korelační koeficienty r. Hvězdička označuje statisticky významný vztah ( $p < 0,05$ ). Zdroj: *Vlastní výzkum*

#### 4.5 Důvody změny oboru v případě vyhoření

Tabulka 19 ukazuje, že PPOP (Soubor 1) by hledali přednostně práci méně stresující případně lépe placenou, zatímco vojáci (Soubor 2) by dali přednost práci přinášející lepší osobní uspokojení. Rozdíly mezi zkoumanými soubory jsou statisticky významné.

Respondentů hledající méně stresující práci měli významně vyšší míru vyhoření ve srovnání s respondenty, kteří hledají něco jiného. Tento rozdíl byl statisticky významný ve všech třech zkoumaných souborech (obr. 13). Obrázek 14 dokládá, že v souboru PPOP respondentů se tyto rozdíly vyskytují zejména v kategorii personálního a pracovního vyhoření, přičemž v kategorii klientského vyhoření je tento rozdíl na hranici významnosti ( $p = 0,073$ ). Tabulka 20 dále dokládá, že tento rozdíl je charakteristický pouze pro hledání méně stresující práce a nikoliv pro hledání lépe placené či lépe uspokojující práce.

**Tabulka 19:** Důvody změny oboru v případě vyhoření.

	<b>Práce méně stresující</b>	<b>Práce lépe placená</b>	<b>Práce přinášející lepší osobní uspokojení</b>	<b>Práce s přijatelnější pracovní dobou</b>
<i>Soubor 1</i>	55	47	44	10
<i>Soubor 2</i>	27	23	57	11
<i>Soubor 3</i>	19	13	19	7
			$\chi^2$ test	P = 0,0125

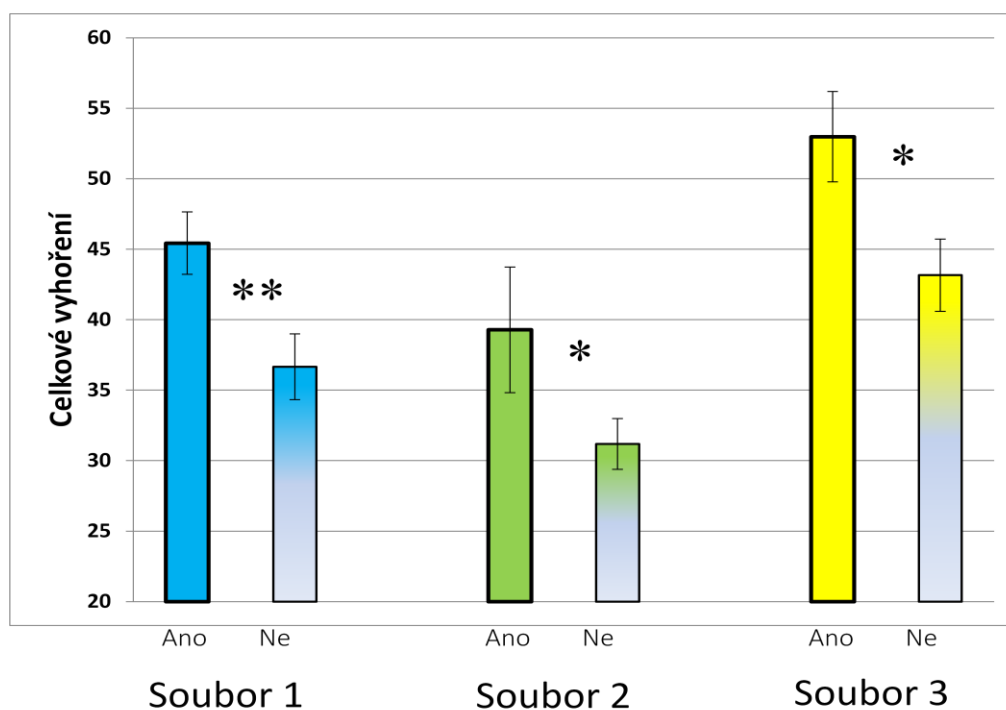
Hodnoty jsou absolutní četnosti pozitivních odpovědí na dané otázky v jednotlivých souborech. *Zdroj: Vlastní výzkum*



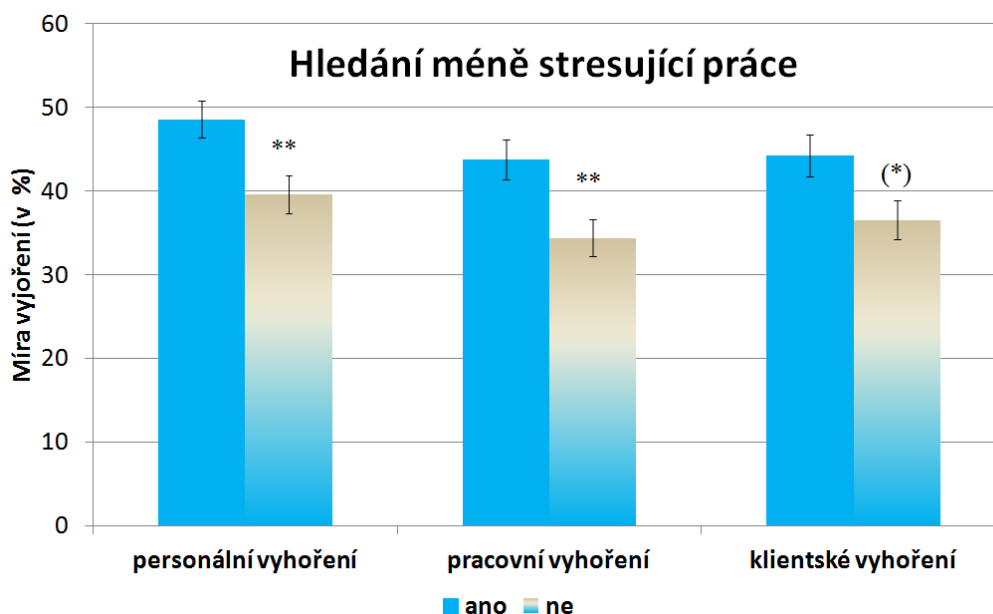
**Tabulka 20:** Důvody změny oboru ve vztahu k míře celkového vyhoření.

	Práce méně stresující	Práce lépe placená	Práce přinášející lepší osobní uspokojení	Práce s přijatelnější pracovní dobou
<i>Soubor 1</i>	0,007 **	0,790	0,957	0,617
<i>Soubor 2</i>	0,046 *	0,782	0,486	0,056
<i>Soubor 3</i>	0,028 *	0,594	0,126	0,341

Hodnoty jsou významnost rozdílů v celkovém vyhoření mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí v jednotlivých souborech (počítáno pomocí funkce T-test). Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí: \* P<0,05; \*\* P<0,01. Zdroj: *Vlastní výzkum*



**Obrázek 13:** Stupeň celkového vyhoření u respondentů považujících svou práci za příliš stresující (Ano - plně vybarvené sloupce) a u respondentů, kteří tento názor neměli (Ne - přechodově vybarvené sloupce). Modré sloupce – pracovníci přímé obslužné péče; zelené sloupce – zaměstnanci AČR; žluté sloupce – ostatní respondenti. Data jsou uvedena jako průměry ± střední chyba průměru. Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí podle T-testu: \* P<0,05; \*\* P<0,01. Zdroj: *Vlastní výzkum*

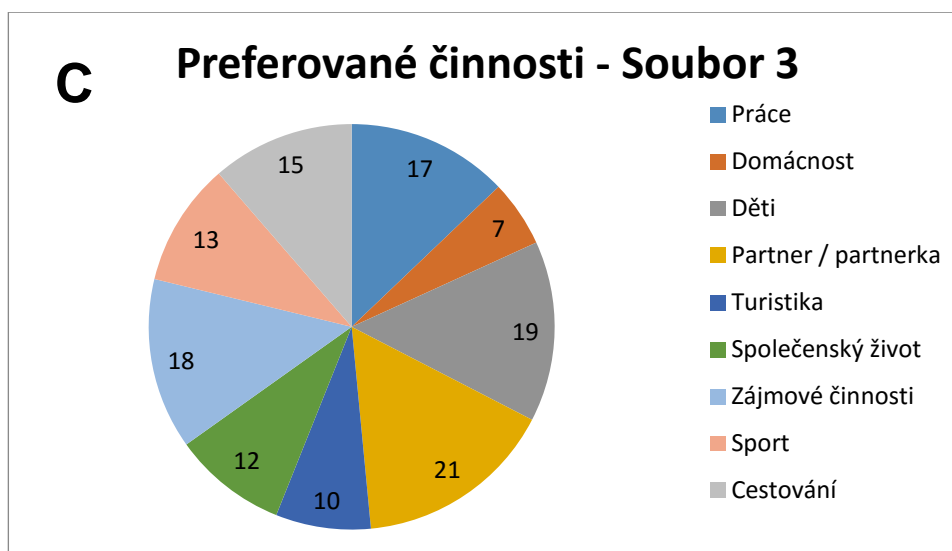
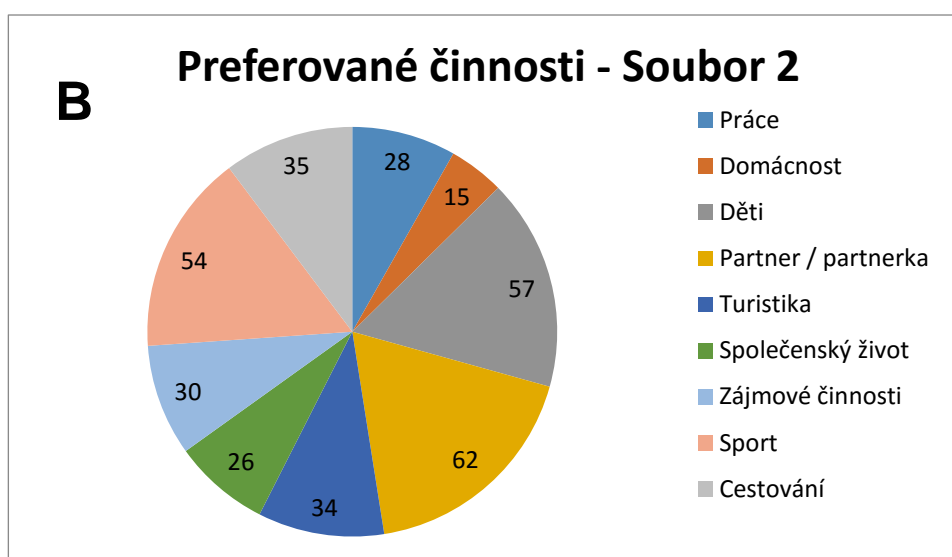
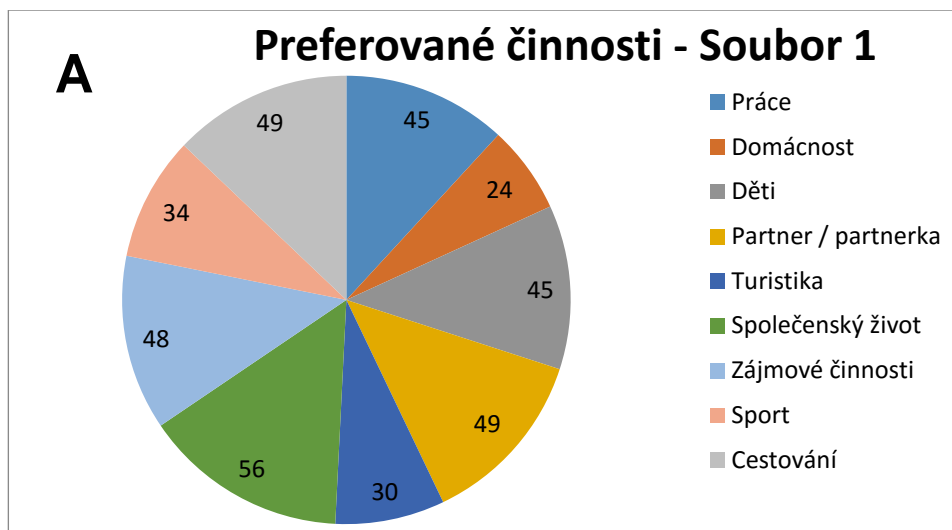


**Obrázek 14:** Stupeň personálního, pracovního a klientského vyhoření u respondentů Souboru 1 považujících svou práci za příliš stresující (Ano - plně vybarvené sloupce) a u respondentů, kteří tento názor neměli (Ne - přechodově vybarvené sloupce). Data jsou uvedena jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí podle T-testu: (\*)  $P < 0,10$ ; \*\*  $P < 0,01$ .

*Zdroj: Vlastní výzkum*

#### 4.6 Činnosti, které respondenti preferují k vlastnímu naplnění

Obrázek 15 a tabulka 21 ukazují, že respondenti všech tří zkoumaných souborů se zajímají o různé činnosti, přičemž spektrum zájmů je významně odlišné v jednotlivých souborech. Velká část respondentů nachází vlastní naplnění v práci, kterou vykonává (44 %, 27 % a 50 % v souborech 1 – 3). Respondenti nacházející své naplnění v práci mají překvapivě nižší míru celkového vyhoření než respondenti, kteří v práci své naplnění nespátřují a tento rozdíl je statisticky významný jak v Souboru 1, tak i v Souboru 2 (obr. 16, tab. 22). V Souboru 1 se naplnění prací odráží v nižší míře pracovního, personálního a klientského vyhoření (obr. 17). Obdobně pozitivní vliv na míru celkového vyhoření má také sport, ale tato činnost snižuje míru vyhoření významně pouze u Souboru 1 (obr. 18, tab. 22). V tomto PPOP souboru je sport jako zájmová činnost provázen snížením míry vyhoření ve všech kategoriích (obr. 18).



**Obrázek 15:** Relativní četnost preferovaných činností u souboru 1 (A), souboru 2 (B) a souboru 3 (C). *Zdroj: Vlastní výzkum*

**Tabulka 21:** Činnosti, které respondenti preferují k vlastnímu naplnění.

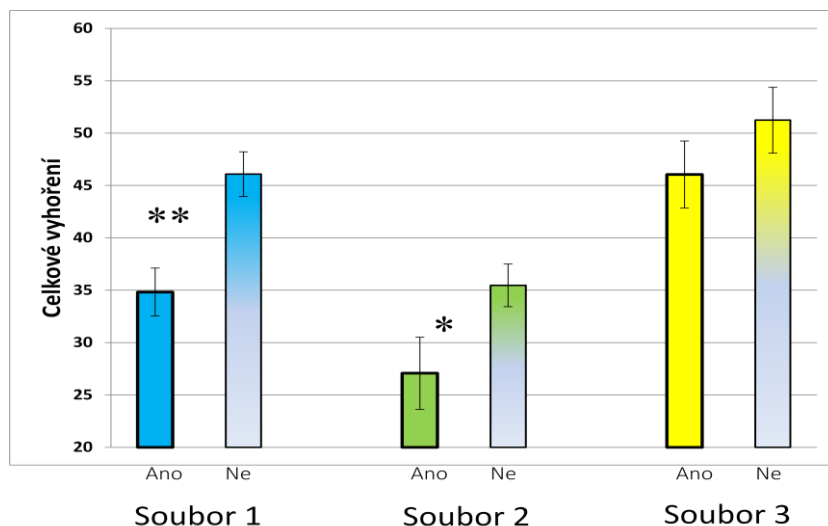
	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Práce</i>	45	28	17
<i>Domácnost</i>	24	15	7
<i>Děti</i>	45	57	19
<i>Partner / partnerka</i>	49	62	21
<i>Turistika</i>	30	34	10
<i>Společenský život</i>	56	26	12
<i>Zájmové činnosti</i>	48	30	18
<i>Sport</i>	34	54	13
<i>Cestování</i>	49	35	15
		$\chi^2$ test	P = 0,0089

Hodnoty jsou absolutní četnosti pozitivních odpovědí na dané otázky v jednotlivých souborech. *Zdroj: Vlastní výzkum*

**Tabulka 22:** Činnosti, které respondenti preferují k vlastnímu naplnění, ve vztahu k míře celkového vyhoření

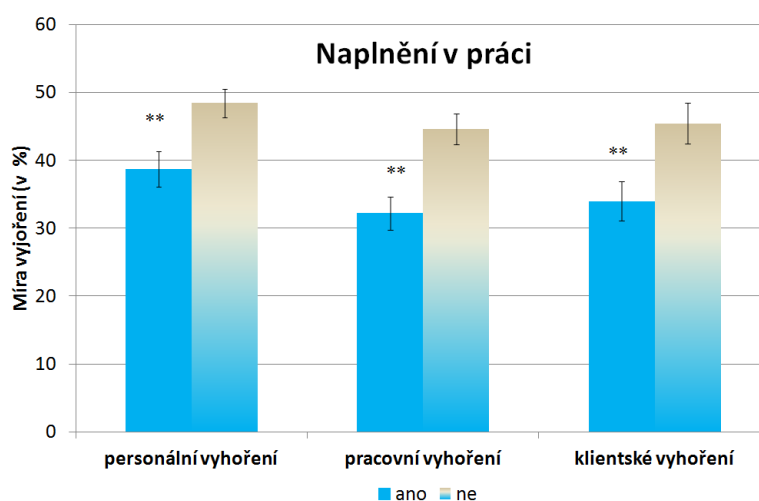
	<b>Soubor 1</b>	<b>Soubor 2</b>	<b>Soubor 3</b>
<i>Práce</i>	0,001 **	0,037 *	0,256
<i>Domácnost</i>	0,174	0,062	0,165
<i>Děti</i>	0,941	0,286	0,387
<i>Partner / partnerka</i>	0,731	0,228	0,458
<i>Turistika</i>	0,133	0,318	0,304
<i>Společenský život</i>	0,168	0,596	0,471
<i>Zájmové činnosti</i>	0,104	0,487	0,125
<i>Sport</i>	0,002 **	0,494	0,880
<i>Cestování</i>	0,691	0,504	0,126

Hodnoty jsou významnost rozdílů v celkovém vyhoření mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí v jednotlivých souborech. (počítáno pomocí funkce T-test). Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí: \* P<0,05; \*\* P<0,01. *Zdroj: Vlastní výzkum*

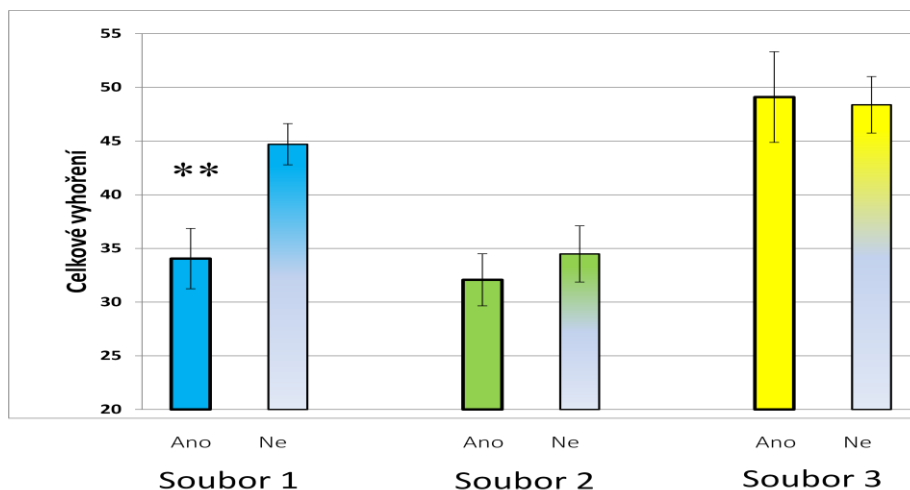


**Obrázek 16:** Stupeň celkového vyhoření u respondentů nacházejících své naplnění v práci (Ano - plně vybarvené sloupce) a u respondentů, kteří tento názor neměli (Ne - přechodově vybarvené sloupce). Modré sloupce – pracovníci přímé obslužné péče; zelené sloupce – zaměstnanci AČR; žluté sloupce – ostatní respondenti. Data jsou uvedena jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí podle T-testu: \*  $P < 0,05$ ; \*\*  $P < 0,01$ .

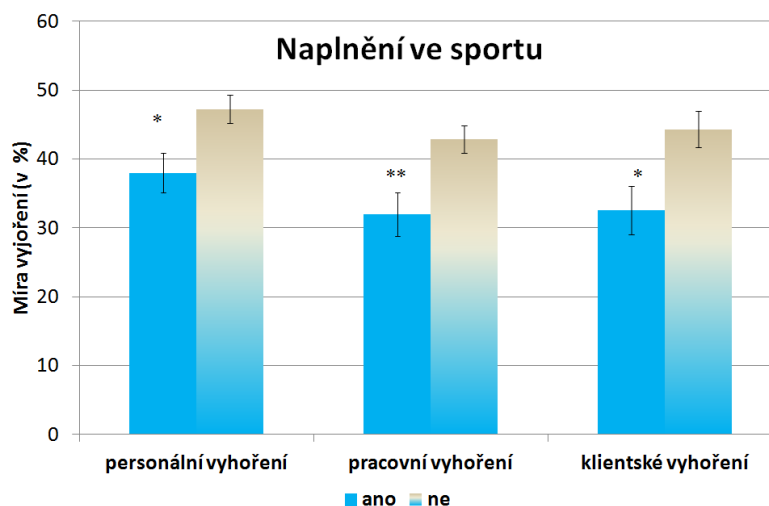
Zdroj: Vlastní výzkum



**Obrázek 17:** Stupeň personálního, pracovního a klientského vyhoření u respondentů v Souboru 1 nacházejících své naplnění ve sportu (Ano - plně vybarvené sloupce) a u respondentů, kteří tento názor neměli (Ne - přechodově vybarvené sloupce). Data jsou uvedena jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí podle T-testu: \*\*  $P < 0,01$ . Zdroj: Vlastní výzkum



**Obrázek 18:** Stupeň celkového vyhoření u respondentů nacházejících své naplnění ve sportu (Ano - plně vybarvené sloupce) a u respondentů, kteří tento názor neměli (Ne - přechodově vybarvené sloupce). Modré sloupce – pracovníci přímé obslužné péče; zelené sloupce – zaměstnanci AČR; žluté sloupce – ostatní respondenti. Data jsou uvedena jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí podle T-testu: \*\*  $P < 0,01$ . Zdroj: *Vlastní výzkum*



**Obrázek 19:** Stupeň personálního, pracovního a klientského vyhoření u respondentů v Souboru 1 nacházejících své naplnění ve sportu (Ano - plně vybarvené sloupce) a u respondentů, kteří tento názor neměli (Ne - přechodově vybarvené sloupce). Data jsou uvedena jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Statistická významnost rozdílů mezi respondenty s pozitivní a negativní odpovědí podle T-testu: \*  $P < 0,05$ , \*\*  $P < 0,01$ . Zdroj: *Vlastní výzkum*

## 4.7 Vliv supervize na pracovišti

Supervizi na pracovišti má pouze třetina respondentů, zatímco 43 % ji nemá (tab. 23). Obrázek 19 naznačuje, že dvě třetiny PPOP majících na pracovišti supervizi ji nepovažuje za přínosnou, zatímco dvě třetiny armádních zaměstnanců ji hodnotí jako užitečnou. Obdobně je v obou souborech hodnocen přínos supervize pro kolektiv (tab. 23). Opačný názor na užitečnost supervize panuje u respondentů, kteří ve svém zařízení supervizi nemají (obr. 19). Zhruba polovina PPOP respondentů (Soubor 1) je přesvědčena o možném přínosu supervize. U vojáků je to jinak, protože většina respondentů, kteří nemají na svém pracovišti supervizi, ji za prospěšnou nepovažuje (obr. 19, tab. 23).

Pokusila jsem se také porovnat míru vyhoření v jednotlivých kategoriích u respondentů v zařízeních se supervizí a bez ní. Nepodařilo se mi nalézt významné rozdíly v míře vyhoření mezi těmito podskupinami respondentů ani v jednom ze zkoumaných souborů (tab. 24).

**Tabulka 23:** Rozdělení respondentů podle dostupnosti supervize na pracovišti a jejich názor na užitečnost supervize

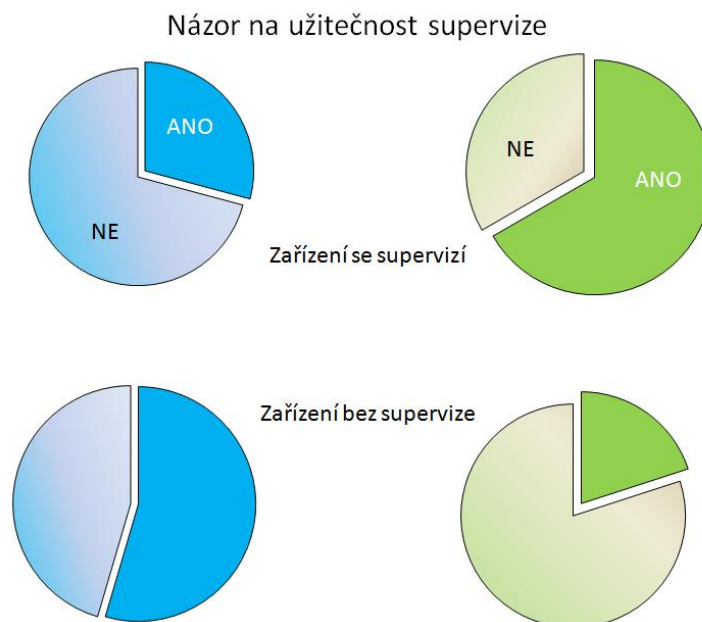
	Soubor 1	Soubor 2	Soubor 3
<i>Počet respondentů</i>	105	106	34
<i>Zařízení má supervizi</i>	57	23	6
<i>Pomáhá vám supervize?</i>	4 / 10 / 7 / 18 / 18	8 / 6 / 2 / 3 / 4	1 / 1 / 3 / 1 / 0
<i>Pomáhá supervize kolektivu?</i>	5 / 5 / 19 / 18 / 11	7 / 4 / 4 / 3 / 5	0 / 2 / 3 / 1 / 0
<i>Zařízení nemá supervizi</i>	34	48	23
<i>Domnívají se, že by supervize pomohla</i>	8 / 4 / 12 / 3 / 7	4 / 1 / 23 / 3 / 17	1 / 4 / 9 / 4 / 5
<i>Neví, zda zařízení má supervizi</i>	14	35	5

Hodnoty jsou absolutní četnosti odpovědí na dané otázky v jednotlivých souborech. Odpovědi na otázky byly: ano / spíše ano / nevím / spíše ne / ne. *Zdroj: Vlastní výzkum*

**Tabulka 24:** Míra vyhoření v zařízeních se supervizí a bez supervize

	Soubor 1	Soubor 2	Soubor 3
<b>Zařízení má supervizi</b>			
Počet respondentů	57	23	6
Celkové vyhoření	44,0 ± 2,27 (43)	28,3 ± 4,05 (22)	49,6 ± 6,74 (49)
Personální vyhoření	47,4 ± 2,21 (50)	33,2 ± 3,50 (29)	47,2 ± 5,86 (48)
Pracovní vyhoření	41,9 ± 2,46 (43)	25,8 ± 4,74 (18)	47,6 ± 8,28 (46)
Klientské vyhoření	43,1 ± 3,04 (42)	26,4 ± 6,06 (21)	54,2 ± 9,98 (54)
<b>Zařízení nemá supervizi</b>			
Počet respondentů	34	48	23
Celkové vyhoření	42,9 ± 2,78 (42)	31,8 ± 2,23 (33)	47,5 ± 2,81 (46)
Personální vyhoření	45,1 ± 3,15 (46)	33,8 ± 2,17 (33)	47,3 ± 2,97 (42)
Pracovní vyhoření	40,7 ± 3,12 (39)	20,4 ± 2,24 (29)	48,6 ± 3,38 (54)
Klientské vyhoření	43,2 ± 3,97 (38)	31,6 ± 3,27 (33)	46,6 ± 4,05 (42)

Skóre se pohybuje v rozmezí 0 – 100. Data jsou uvedena jako průměry ± střední chyba průměru, mediány jsou v kulatých závorkách. Zdroj: Vlastní výzkum

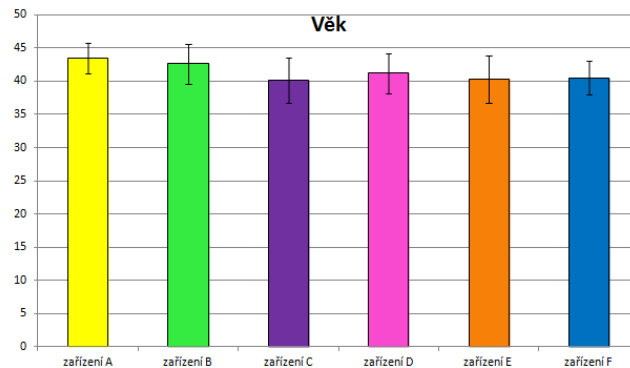


**Obrázek 20:** Názor na užitečnost supervize v zařízeních se supervizí a bez supervize. Jedná se o relativní četnost odpovědí ANO (ano a spíše ano) a NE (spíše ne a ne). Soubor 1 modrá barva, Soubor 2 zelená barva. Zdroj: Vlastní výzkum

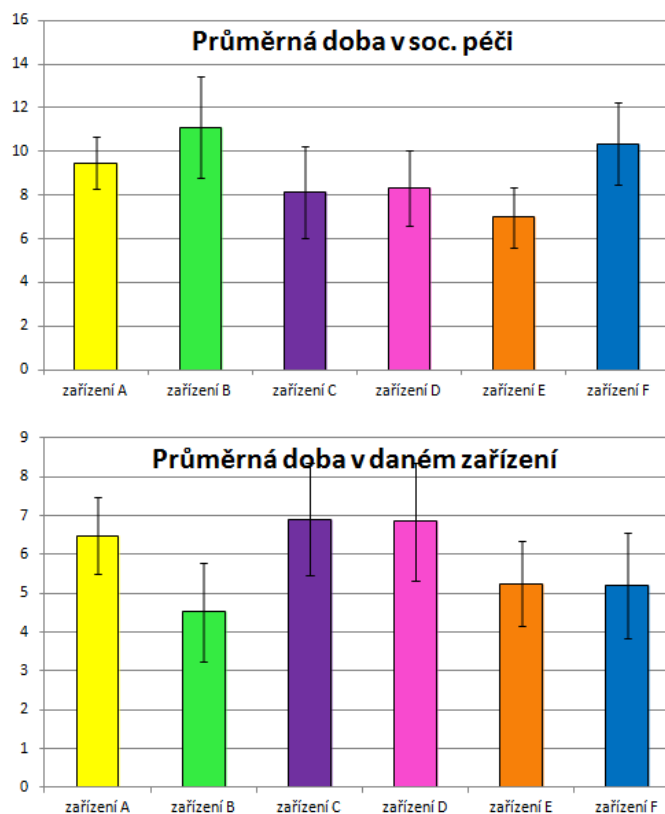


## 4.8 Srovnání studovaných zařízení sociální péče o seniory

Obrázek 21 ukazuje průměrný věk v jednotlivém zařízení, který se výrazně neliší. Délka práce v sociální sféře byla největší v zařízení B, ve kterém byla překvapivě nejkratší délka zaměstnání v nynějším zařízení (obr. 22).

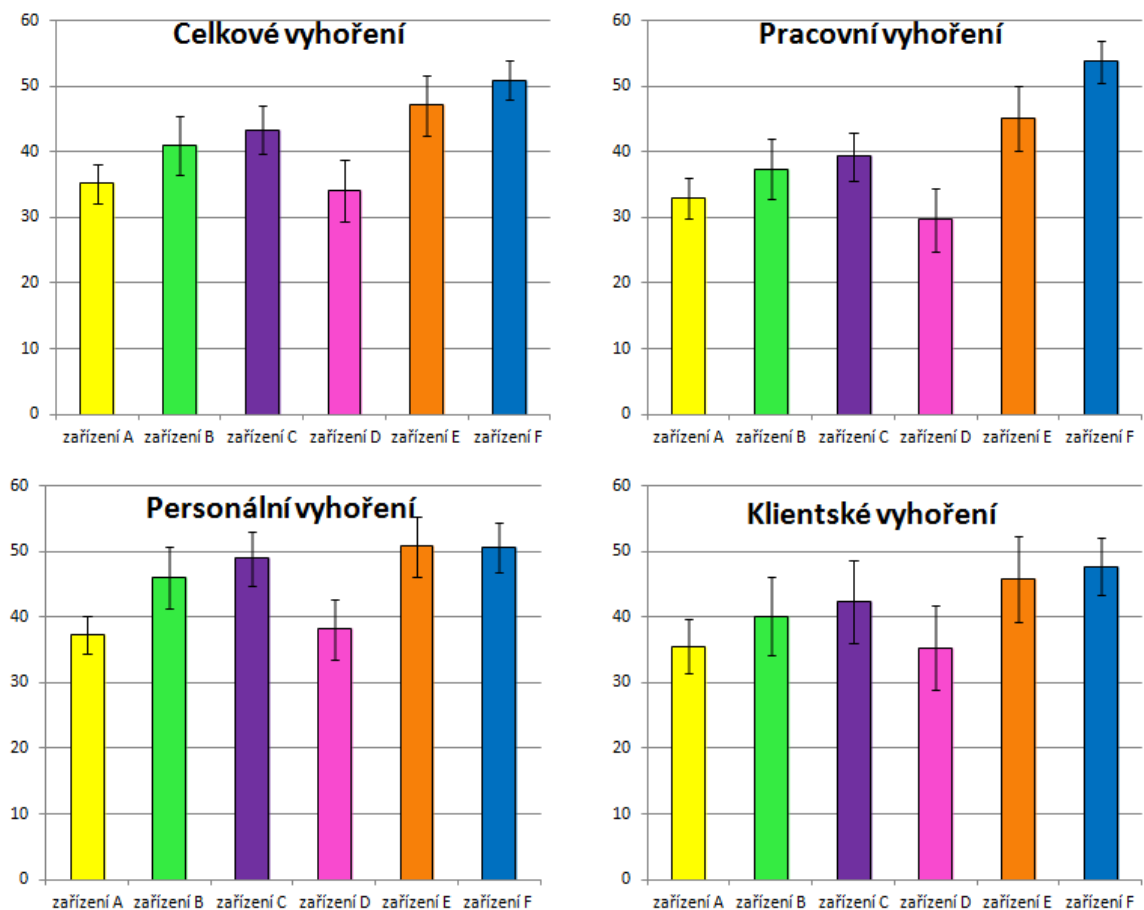


**Obrázek 21:** Průměrný věk respondentů v jednotlivých studovaných zařízeních A – F. Data jsou dána jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Zdroj: *Vlastní výzkum.*



**Obrázek 22:** Průměrná délka zaměstnání v sociální péči (horní panel) a v daném zařízení (dolní panel) u respondentů v jednotlivých studovaných zařízeních A – F. Data jsou dána jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Zdroj: *Vlastní výzkum.*

Míra celkového vyhoření i jednotlivých kategorií byla odlišná v jednotlivých studovaných zařízeních (obr. 23). Respondenti ze zařízení A a D vykazovali nižší míru celkového vyhoření než respondenti ze zařízení E a F ( $p < 0,05$ ). Totéž platí pro vyhoření pro pracovní a personální vyhoření, zatímco u klientského vyhoření tyto rozdíly nedosahují statistické významnosti. Supervize nebyla přítomna v zařízeních A a C. Výskyt pracovního vyhoření (skóre  $\geq 50$ ) se také významně lišil mezi jednotlivými zařízeními ( $\chi^2$  test  $p = 0,045$ ), protože zařízení A, C a D měla nižší výskyt vyhoření (23, 17 a 15 %) než zařízení B, E a F (.32, 55 a 55%).



**Obrázek 23:** Míra celkového, pracovního, personálního a klientského vyhoření u respondentů ze Souboru 1 (PPOP) v jednotlivých studovaných zařízeních A – F. Data jsou dána jako průměry  $\pm$  střední chyba průměru. Významnost rozdílů byla hodnocena pomocí jednocestné analýzy rozptylu následované testem nejmenší významné diference. Celkové vyhoření  $F = 3,153$   $p < 0,05$ ; Pracovní vyhoření  $F = 5,145$   $p < 0,01$ ; Personální vyhoření  $F = 2,539$   $p < 0,05$ ; Klientské vyhoření  $F = 1,015$  nepřítomnost významných rozdílů. Zdroj: Vlastní výzkum.

#### **4.9 Činnosti, které pomáhají k odreagování**

Pracovníci přímé obslužné péče odpovídali také na otázku „*Co Vám pomáhá k odreagování, resp. zlepšení Vašeho psychického stavu? (vypište)*“. Z těchto odpovědí je zřejmé, že 28% preferovalo relaxaci či spánek, 35% pobyt v přírodě a turistiku, 37% kulturu (četba, filmy, hudba, divadlo), 16% různé koníčky, 31% čas strávený s rodinou, dětmi nebo partnerem. Aktivnímu sportu se rádo věnuje 21% a cestování 25% těchto pracovníků. Domácnosti, zahradě či domácím zvířatům se rádo věnuje 19%. Společenský život, posezení s přáteli nebo taneční zábavu používá k odreagování 25% pracovníků přímé obslužné péče. Jiným činnostem se rádo věnuje 18% respondentů Souboru 1. Tyto odpovědi se do značné míry podobají odpovědím na otázku „*Co Vás naplňuje*“ (obr. 15).

## 5. Diskuze

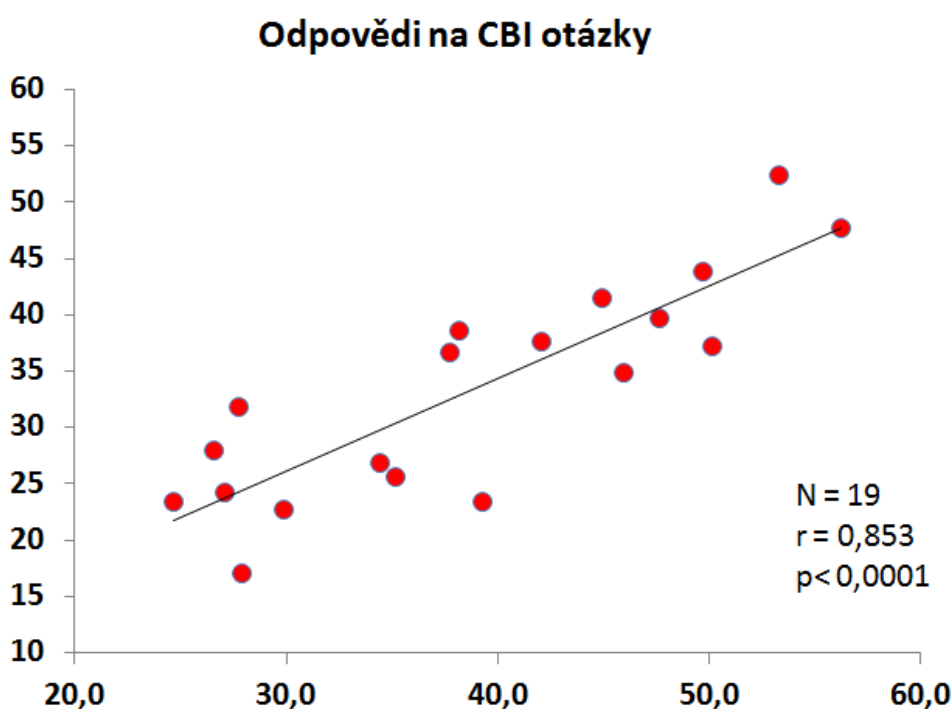
Ve své diplomové práci jsem se pokusila zhodnotit míru vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče v sedmi zařízeních, které znám ze své praxe nebo ve kterých jsem pracovala. K tomuto hodnocení jsem použila dotazník CBI (Copenhagen Burnout Inventory), který jsem si vybrala mezi dotazníky běžně užívanými k hodnocení tohoto syndromu. Rozhodla jsem se pro něj, protože se mi líbila jeho struktura i znění otázek. Za hlavní přednost CBI dotazníku považuji oddělené posouzení jednotlivých kategorií vyhoření – personálního vyhoření, pracovního vyhoření a vyhoření z práce s klienty (klientského), neboť moje diplomová práce je cílena na rizika syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče (PPOP), u nichž je práce s klienty jedním ze základů jejich činnosti. Srovnáním jednotlivých dotazníků užívaných při hodnocení syndromu vyhoření se zabývala ve své diplomové práci Vlachovská (2011), která CBI hodnotila poměrně pozitivně.

Výsledky mé studie ukázaly častější výskyt a vyšší míru vyhoření u PPOP (tab. 12), což potvrzuje hlavní hypotézu této studie. Průměrná míra vyhoření českých PPOP odpovídá nejrizikovějším zaměstnání hodnocených dánskou PUMA studií (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction) (Kristensen a kol. 2005). Zmíněná studie uvádí nejvyšší skóre vyhoření u porodních asistentek, terénních pracovníků ve velkoměstech a u sociálních pracovníků. Vyšší riziko vzniku syndromu vyhoření bylo také prokázáno u sester z onkologických pracovišť, které vykazují vyšší stupeň emočního vyčerpání a nižší pocit osobního úspěchu. To podnítilo snahu intervenčních programů, které by redukovaly emoční vyčerpání a zesílily by pocit osobního úspěchů u těchto pracovníků (Gómez-Urquiza, 2016).

Výhodou CBI dotazníku je také možnost jeho užití v širokém spektru povolání. Proto jsem mohla údaje získané u PPOP porovnávat s dvěma odlišnými skupinami - zaměstnanců Armády ČR a skupinou respondentů, kteří vyplňovali dotazník prostřednictvím internetu. Nižší míra vyhoření u vojáků odpovídá hodnotám dánských vedoucích lékařů, vrchních sester nebo terénních pracovníků na venkově (Kristensen a kol., 2005 – Table III). Pokud jde o míru syndromu vyhoření v Souboru 3, kde se sešly odpovědi na internetový dotazník od vysokoškolských a středoškolských učitelů, výzkumných pracovníků, firemních manažerů, teologů, hasičů, CBI dotazník ukázal

poměrně vysoké hodnoty všech tří kategorií vyhoření. To je v souladu s hodnotami nalezenými u novozélandských učitelů (Milfont a kol., 2008) nebo u zaměstnanců taiwanských ropných a informačních firem (Yeh a kol., 2007).

Pozornost jsem dále věnovala významu jednotlivých otázek CBI dotazníku pro hodnocení vyhoření v jednotlivých kategoriích i celkového vyhoření. Porovnání průměrných hodnot skóre odpovědi na jednotlivé CBI otázky, které byly získány u nás a v Dánsku (Kristensen a kol., 2005), ukázalo velmi významnou korelaci hodnot získaných v obou zemích (obr. 24). Domnívám se proto, že validita odpovědí na dotazníky CBI by mohla být srovnatelná v obou studiích.



**Obrázek 24:** Srovnání průměrných hodnot odpovědí na jednotlivé otázky CBI dotazníku v této studii (osa x) a v dánské studii PUMA (Kristensen a kol., 2005) (osa y).

Dále jsem se pokusila ve sloučeném souboru 245 respondentů korelovat individuální hodnoty skóre odpovědí na jednotlivé otázky s individuálními hodnotami celkového personálního, pracovního a klientského vyhoření. Ukázalo se, že všechny otázky CBI dotazníku byly dobře navrženy, protože všechny otázky mají velmi těsný vztah nejen k příslušné kategorii vyhoření, ale i k celkové míře vyhoření (tab. 13). K obdobným závěrům ohledně jednotlivých otázek v CBI dotazníku dospěla i taiwanská studie, která

ve shodě s mou prací považuje za nejslabší bod dotazníku otázku č. 10 týkající se energie respondenta v čase stráveném s rodinou a přáteli.

Zajímavé jsou i vzájemné vztahy jednotlivých kategorií vyhoření, které vesměs vykazují významné pozitivní korelace (obr. 9). Tím se výsledky mé studie podobají nejen dánské PUMA studii (Kristensen a kol. 2005) ale i studii novozélandských učitelů (Milfont a kol., 2008), respektive studii brazilských a portugalských studentů (Camp a kol., 2013). Korelace personálního a pracovního vyhoření byly nejsilnější ve všech zmíněných studiích, zatímco vztah personálního a klientského vyhoření býval slabší (tab. 25).

**Tabulka 25:** Porovnání korelačních koeficientů získaných při studiu vztahů mezi jednotlivými kategoriemi vyhoření ve čtyřech studiích.

	<b>Tato studie, 2017, ČR</b>	<b>Milfont a kol. 2008, NZ</b>	<b>Kristensen a kol. 2005, DK</b>	<b>Campos a kol. 2013, BR</b>
<i>Personální x Pracovní</i>	0,78	0,87	0,72	0,78
<i>Personální x Klientské</i>	0,56	0,75	0,46	0,35
<i>Pracovní x Klientské</i>	0,63	0,75	0,61	0,40

Data jsou korelační koeficienty  $r$ . NZ – Nový Zéland, DK – Dánsko, BR – Brazílie.

Zdroj: Vlastní výzkum a srovnání s literaturou.

Vzhledem k rozdílnému zastoupení žen a mužů ve zkoumaných souborech jsem se snažila zjistit, zda se míra vyhoření mužů a žen uvnitř jednotlivých souborů liší. Nepodařilo se mi však najít žádný významný rozdíl mezi ženami a muži. Těmito rozdíly se také zabývala taiwanská studie, která našla u mužů mírně vyšší pracovní vyhoření, ale stejné personální vyhoření jako u žen (Yeh a kol., 2007). Naopak čínská studie (Yang a kol., 2017) pozorovala vyšší vyhoření u žen pracujících ve zdravotnictví ve srovnání s muži stejného zaměření.

Uvnitř jednotlivých souborů jsem nepozorovala závislost míry vyhoření na věku respondentů ani na jejich vzdělání, což nepotvrzuje vedlejší hypotézu č. 5. Pokud se jedná o délku zaměstnání, byla v Souboru 1 významně kratší než v Souborech 2 a 3, ale pouze v Souboru 1 (PPOP) jsem našla hraničně významné negativní korelace mezi mírou pracovního vyhoření a celkovou délkou zaměstnání, respektive délkou zaměstnání v nynějším zařízení (obr. 12). Toto pozorování by mohlo svědčit o tom, že

v přímé obslužné péči dochází k jisté selekci pracovníků tím, že méně odolní jedinci odcházejí. Podle této studie nelze připisovat vyšší stupeň vyhoření delší práci s klienty, takže lze zamítnout vedlejší hypotézu č. 4.

V rámci svého dotazníku jsem kromě standardních CBI otázek žádala respondenty o další informace, jejichž pomocí bych mohla částečně postihnout příčiny syndromu vyhoření. Otázka „*Co vede nejčastěji ke změně oboru v případě syndromu vyhoření?*“, kterou jsem záměrně formulovala jako neosobní, mi poskytla velmi cennou informaci pro posouzení vedlejší hypotézy č. 3. V případě vyhoření by respondenti hledali buď práci méně stresující, nebo práci lépe placenou, anebo práci, která by přinášela větší osobní uspokojení. Kupodivu, pouze hledání méně stresující práce mělo významný vztah k syndromu vyhoření. Respondenti, kteří by hledali méně stresující práci, měli vyšší míru vyhoření než respondenti, kteří hledali jiný přínos změny práce. Tento důležitý rozdíl byl statisticky významný ve všech studovaných souborech, ale u PPOP (Souboru 1) byl nejzřetelnější (obr. 13). Důležité bylo také, že v témže souboru lze vyšší míru vyhoření prokázat i v kategoriích personálního a pracovního vyhoření a částečně i v kategorii klientského vyhoření (obr. 14). Domnívám se, že právě u tohoto souboru PPOP respondentů, byl pocit stresu z vykonávané práce největší, což potvrzuje vedlejší hypotézu č. 3.

Ještě více mne oslovil výsledek mého dotazu „*Co Vás naplňuje*“. Překvapilo mě, že skoro polovina PPOP respondentů uvedlo práci jako činnost, která je naplňuje. Naopak u vojáků to byla pouze čtvrtina respondentů. Respondenti Souboru 1, kteří odpověděli, že je naplňuje práce, měli nižší míru vyhoření (ve všech kategoriích) než respondenti, kteří tento názor neměli (obr. 16 a 17). Z těchto výsledků by bylo možné usuzovat, že lidé, pro něž je práce částečně smyslem jejich života, se vyskytuje syndrom vyhoření méně často nebo dosahuje menší míry. To je v dokonalém souladu s významem pracovního zaujetí popisovaným Schaufeli a kol. (2009).

Sport patří také mezi oblíbené činnosti, které PPOP používají k odreagování svého psychického stavu. Zároveň preferují všechny formy relaxace (masáže, jóga, samota a ticho, spánek). Jsou rádi v přírodě, věnují se procházkám a turistice. Mají zájem o kulturu (knihy, hudba, film, divadlo) i o nejrůznější koníčky. Někteří PPOP mají zájem o sport nebo cestování, jiní se věnují společenským aktivitám jako je posezení s přáteli, tanec, atd.

Mezi zájmovou činností, která naplňovala PPOP respondenty, byl sport jedinou činností, která měla významný vztah k míře vyhoření. Také respondenti se zájmem o sport měli nižší míru vyhoření (opět ve všech kategoriích) než respondenti bez zájmu o sport (obr. 18 a 19). Zdá se, že osoby, kterým zbývá ještě energie na sport, jsou odolnější vůči syndromu vyhoření, ačkoliv nelze vyloučit, že aktivní sportovní může mít preventivní účinky proti tomuto syndromu.

Obtížná práce pracovníků přímé obslužné péče není často provázena dostatečným uznáním ze strany klientů, jejich příbuzných ani zaměstnavatelů. To vede k nedostatku spokojenosti PPOP s jejich profesí, což představuje značný problém i ve velmi vyspělých zemích (Pol-Grevelink a kol., 2012). Existuje snaha zavést například v psychogeriatrických zařízeních organizační opatření, která by pomocí diskuze personálu zařízení s příslušnými experty v rámci pravidelných schůzí hledala možnost zlepšení stávajícího stavu, jak pro pečovatele, tak pro klienty (van Weert a kol., 2004, van Weert a kol., 2005). K podobným výsledkům dospěli také Copanitsanou a kol. (2017), kteří prokázali vyšší spokojenost se zaměstnáním a nižší míru vyhoření u sester pracujících za lepších pracovních podmínek. Rovněž jejich pacienti byli více spokojeni s poskytovanou péčí. Yang a kol. (2017) analyzovali vliv pracovního uspokojení na výskyt syndromu vyhoření u čínských zdravotnických pracovníků. Prokázali velmi významné negativní korelace mezi syndromem vyhoření a pracovním uspokojením, uspokojením z pracovních podmínek, uspokojením z odměny za práci, spokojeností s organizací práce a spokojeností s prostředím pro lékařskou práci. Považují proto pracovní uspokojení za velmi důležitý faktor snižující výskyt syndromu vyhoření. Naproti tomu konflikty mezi prací a rodinou korelovaly i s výskytem syndromu vyhoření pozitivně.

Supervize je jedním z nástrojů, který by měl sloužit ke zlepšení kvality práce PPOP, ke snížení počtu snížení konfliktních situací i ke zlepšení pracovních podmínek a pracovního uspokojení PPOP. Své dotazníky CBI jsem distribuovala celkem v šesti zařízeních v péči o seniory, z nichž čtyři zařízení měla supervizi a dvě nikoliv. Mezi studovanými zařízeními byly značné rozdíly v míře vyhoření (obr. 24), přičemž v jednom zařízení se supervizí (Zařízení D) a v jednom zařízení bez supervize (Zařízení A) byly hodnoty vyhoření výrazně nižší než v zařízeních E a F, která supervizi měla. Výsledky této studie nepotvrzují vedlejší hypotézu č. 2, že by supervize snižovala



míru syndromu vyhoření. Je ovšem otázkou, zda byla ve zkoumaných zařízeních založena supervize včas nebo až, když nastaly problémy.

Westermann a kol. (2014) srovnávali 16 intervenčních studií, které byly orientovány na zlepšení osobních a pracovních podmínek s cílem snížit míru vyhoření u pracovníků domovů pro seniory v Německu. Zjistili, že zlepšení osobních podmínek snižuje míru vyhoření jen krátkodobě, zatímco zlepšení pracovních podmínek má delší příznivý vliv. Pouze tři z deseti studií zahrnutých v tomto přehledu měly pozitivní vliv na míru vyhoření personálu. Tento výsledek je ve shodě s mým pozorováním, kdy jedno ze čtyř zařízení se supervizí měla nižší míru vyhoření než ostatní. Záleží samozřejmě na způsobu vedení supervize a na interpersonálních vztazích, aby se mohlo projevit její pozitivní vliv. Finská studie (Romppanen a Häggman-Laitila, 2016) ukázala mírně pozitivní vliv personálních a organizačních opatření na snížení míry vyhoření u zdravotních sester ve 2/3 srovnávaných zařízeních.

## 6. Závěr

Tato diplomová práce byla zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče. Míra vyhoření byla stanovena na základě vyplnění Copenhagen Burnout Inventory dotazníku u respondentů ze šesti pražských domovů pro seniory. Kromě toho byl získán srovnatelně velký soubor odpovědí zaměstnanců Armády České republiky, který byl použit jako doplňkový soubor. Práce přinesla odpovědi na všechny položené výzkumné otázky.

Hlavním hypotézou práce bylo, že **syndrom vyhoření se vyskytuje často u pracovníků přímé obslužné péče**. Z mého výzkumu vyplývá, že výskyt jednotlivých kategorií syndromu vyhoření se u těchto pracovníků pohyboval mezi 35 – 45 %. To je významně vyšší výskyt syndromu vyhoření než u pracovníků Armády ČR, kde se pohyboval mezi 18 – 32 %. Přesné signifikance pozorovaných rozdílů ve výskytu syndromu vyhoření jsou uvedeny na obrázku 8. **Tuto hypotézu lze přijmout na hladině významnosti  $p = 0,05$ .**

Vedlejší hypotézou č. 1 bylo, že **míra vyhoření u pracovníků přímé obslužné péče dosahuje vyšších hodnot**. Pracovníci přímé obslužné péče měli také významně vyšší míru personálního, pracovního, klientského a celkového vyhoření než zaměstnanci Armády ČR. Přesné významnosti rozdílů v míře vyhoření jsou uvedeny v tabulce 12. **Tuto hypotézu lze přijmout na hladině významnosti  $p = 0,05$ .**

Vedlejší hypotézou č. 2 bylo, že **supervize vede ke snížení míry syndromu vyhoření**. Výsledky neprokázaly významné zlepšení míry vyhoření v zařízeních péče o seniory, které mají k dispozici supervizi. Nejnižší míra vyhoření byla zjištěna ve dvou zařízeních, z nichž jedno supervizi mělo a druhé supervizi nemělo. **Tuto hypotézu lze zamítnout na hladině významnosti  $p = 0,05$ .**

Vedlejší hypotézou č. 3 bylo, že **při změně oboru pracovníci přímé obslužné péče vykazují vyšší míru syndromu vyhoření hledají práci méně stresující**. Bylo zjištěno, že respondenti hledající méně stresující práci mají významně vyšší míru vyhoření a to ve všech kategoriích vyhoření. Tento rozdíl byl nalezen i v ostatních dvou

doplňkových souborech. **Proto lze tuto hypotézu přijmout na hladině významnosti  $p = 0,05$ .**

Vedlejší hypotézou č. 4 bylo, že **délka praxe v oboru zvyšuje míru syndromu vyhoření**. V souboru pracovníků přímé obslužné péče byla nalezena hraničně významná negativní závislost míry personálního vyhoření k celkové délce zaměstnání respondentů, což svědčí o tom, že s prodlužující dobou zaměstnání zůstávají na pracovišti jen méně vyhořelí jedinci. **Tuto hypotézu lze zamítnout na hladině významnosti  $p = 0,05$ .**

Vedlejší hypotézou č. 5 bylo, že **dosažené vzdělání ovlivňuje míru syndromu vyhoření**. Tento vztah se nepodařilo prokázat ani v jednom ze studovaných souborů, takže **tuto hypotézu lze zamítnout na hladině významnosti  $p = 0,05$ .**

Nejdůležitějším nálezem mé práce bylo potvrzení významného vztahu respondenta k jeho práci, který byl nepřímo úměrný jeho míře vyhoření. Respondenti hledající méně stresující práci vykazovali vyšší míru vyhoření než respondenti, kteří by hledali jiné kvality svého dalšího zaměstnání. Tento rozdíl byl nalezený ve všech zkoumaných souborech. Naopak ti, kteří nacházeli naplnění ve své práci, byli významně méně vyhořelí než respondenti, kteří nepovažovali svou práci za své poslání. Oba tyto nálezy jsou v souladu s představou Schaufeliho a kol. (2009), že výrazné pracovní zaujetí představuje určitou ochranu proti pracovnímu vyčerpání a vyhoření.

Z výsledků této práce je zřejmé, že je zapotřebí všemi prostředky (organizačně, finančně i odborně) podporovat růst pracovního zaujetí u pracovníků přímé obslužné péče. Neboť bez patřičného zájmu o svou práci mohou těžko vykonávat svou činnost na dostatečné úrovni a hrozí jim častější vznik syndromu vyhoření. Podle Asociace poskytovatelů sociálních služeb hrozí v současnosti omezení péče o seniory z důvodů nedostatků kvalitních a zkušených pracovníků. *„Chybí tam několik tisíc pečovatelek a pečovatelů. Kvůli nízkým výdělkům se nedaří přijmout a udržet nové síly“* (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2017). Nedostatečná finanční odměna za tuto práci je jistě jedním z důvodů, kterých však může být více. Pracovní zátěž současných pečovatelů je enormní vzhledem k celkovému nedostatku zaměstnanců v této profesi. V takové situaci je těžko si představit odborný růst pečovatelů a jejich vysokou

motivaci k další práci. Supervize by se mohla podílet na zlepšení situace, pokud by byla dobře vedena a byla zřízena na pracoviště dříve, než problémy dosáhnou kritické úrovně.

## **7. Seznam použitých zkratk**

AČR – Armáda České republiky

BR – Brazílie

CBI - Copenhagen Burnout Inventory

ČR – Česká republika

DK – Dánsko

ICD WHO – Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace

MBI – Maslach Burnout Inventory

NZ – Nový Zéland

PPOP – Pracovník přímé obslužné péče

PUMA studie - Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction

## 8. Seznam použitých zdrojů

1. ASOCIACE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB, 2017. Jeden pečovatel i na třicet klientů, mzda 18 tisíc. Domovy pro seniory hrozí omezováním péče Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/2099429-jeden-pecovatel-i-na-tricet-klientu-mzda-18-tisic-domovy-pro-seniory-hrozi-omezovanim>
2. BALL, J., HAIGHT, B.K., 2005. Creating a multisensory environment for dementia: the goals of a Snoezelen room. *Journal of Gerontological Nursing*. 31(10), 4-10. ISSN 0098-9134.
3. BROŽA, J., Ed., 2009. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 156 s. ISBN 978-80-7387-209-0.
4. CAMP, C.J., SKRAJNER, M.J. 2004. Resident-assisted Montessori programming (RAMP): training persons with dementia to serve as group activity leaders. *Gerontologist*. 44(3), 426-431. ISSN 1758-5341.
5. CAMPOS, J.A.D.B., CARLOTTO, M.S., MAROCCO, J., 2013. Copenhagen Burnout Inventory – student version: adaptation and transcultural validation for Portugal and Brazil. *Psicologia: Reflexao e Cricica / Psychology: Research and Review*. 26(1), 87-97. Electronic Version ISSN 1678-7153.
6. COPANITSANOU, P., FOTOS, N., BROKALAKI, H. 2017, Effects of work environment on patient and nurse outcomes. *British Journal of Nursing*. 26(3), 172-176. doi:10.12968/bjon.2017.26.3.172.
7. FLEISCHMANN, O. a kol., 2006. Vybrané psychologické aspekty terénní sociální práce. Vyd. 1. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, 143 s. ISBN 80-7044-769-9.
8. FRANĚK, P., 2011. Maslow 2 [online]. [cit. 2017-05-01]. Dostupné z: <http://www.filosofie-uspechu.cz/wp-content/uploads/2011/03/Maslow2.jpg>
9. FREUDENBERGER, H. J., 1974. Staff burn-out. *Journal of Social Issues*. 30, 159-165. DOI 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
10. GÓMEZ-URQUIZA, J.L., ANEAS-LÓPEZ, A.B., FUENTE-SOLANA, E.I., ALBENDÍN-GARCÍA, L., DÍAZ-RODRÍGUEZ, L., FUENTE, G.A. 2016, Prevalence, risk factors, and levels of burnout among oncology nurses: a

- systematic review. *Oncology Nursing Forum*. 3(3), E104-E120. doi: 10.1188/16.ONF.E104-E120.
11. GONZÁLEZ-ROMÁ, V., SCHAUFELI, W.B., BAKKER, A., LLORET, S., 2006. "Burnout and engagement: independent factors or opposite poles?". *Journal of Vocational Behavior*. 68, 165-174.
  12. GUGGENBÜHL-CRAIG, A., 2007. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 113 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
  13. HARTER, J.K., SCHMIDT, F.L., HAYES, T.L., 2002. "Business-unit-level relationship between employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: a meta-analysis". *Journal of Applied Psychology*. 87, 268-279.
  14. HAVRDOVÁ, Z. a kol., 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích. Fakulta human. studií Univerzity Karlova, 208 s., ISBN 978-80-87398-06-7.
  15. HONZÁK, R., 2012 Jak pracovat naplno a nevyhořet [online]. [cit. 2017-04-12]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/jak-pracovat-naplno-nevyhořet/>
  16. HONZÁK, R., 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 2. vyd. Praha: Vyšehrad, 240 s. ISBN 978-80-7429-552-2.
  17. JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
  18. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 144 s., ISBN 978-80-7367-299-7.
  19. KRISTENSEN, T.S., BORRITZ, M., VILLADSEN, E., CHRISTENSEN, K.B., 2005. The Copenhagen Burnout Inventory: a new toll for the assessment of burnout. *Work and Stress*. 19(3), 192-207. DOI: 10.1080/02678370500297720.
  20. KŘIVOHLAVÝ, J., 2011. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie. Možnosti, které čekají*. Praha: Grada, 144 s. ISBN 978-80-247-3604-4.
  21. LIN, L.-C., HUANG, Y.-J., SU, S.-G., WATSON, R., TSAI, B. W.-J., WU, S.-C., 2010. Using spaced retrieval and Montessori-based activities in improving eating ability for residents with dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 25(10), 953-959. DOI: 10.1002/gps.2433.
  22. LIN, L.-C., HUANG, Y.-J., WATSON, R., WU, S.-C., LEE, Y.-C., 2011. Using a Montessori method to increase eating ability for institutionalised residents with dementia: a crossover design. *Journal of Clinical Nursing*. 20 (21-22), 3092-3101. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2011.03858.x.

23. LIN, L.C., YANG M.H., KAO, C.-C., WU, S.-C., TANG, S.-H., LIN, J.-G., 2009. Using acupressure and Montessori-based activities to decrease agitation for residents with dementia: a cross-over trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. 57(6), 1022-1029. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2009.02271.x.
24. MALÍKOVÁ, E., 2010. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada, 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.
25. MANZANO-GARCÍA, G., AYALA, J.C., 2017. Insufficiently studied factors related to burnout in nursing: Results from an e-Delphi study. *PLoS One*. 12(4), e0175352. doi: 10.1371/journal.pone.0175352.
26. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
27. MASLACH, C., 1976. Burned-out. *Human Behavior*. 5(1), 16-22.
28. MASLACH, C., LEITER, M.P., 1997, *The Truth about Burnout*, Jossey-Bass, New York, ISBN-13 978-1118692134.
29. MASLACH, C., SCHAUFELI, W.B, LEITER, M.P., 2001. Job burnout. *Annual Review of Psychology*. 52, 397-422.
30. MATOUŠEK, O., 2011. *Sociální služby*. Praha: Portál, 200 s. ISBN 978-80-262-0041-3.
31. MILFONT, T.L., DENNY, S., AMERATUNGA, S., ROBINSON, E., MERRY, S., 2008. Burnout and wellbeing: testing the Copenhagen Burnout Inventory in New Zealand teachers. *Social Indicators Research*. 89, 169-177. DOI: 10.1007/s11205-007-9229-9.
32. MUSIL, L., 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale... - dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 244 s. ISBN 80-903070-1-9.
33. PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření – jak se práci a pomáháním druhým nezničit*. Pasparta, 180 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
34. POL-GREVELINK, A., J.S. JUKEMA a C.H.M. SMITS., 2012. Person-centred care and job satisfaction of caregivers in nursing homes: a systematic review of the impact of different forms of person-centred care on various dimensions of job satisfaction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 27(3), 219-229. DOI: 10.1002/gps.2719.
35. POSCHKAMP, T., 2013 *Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence*. Praha: Albatros, 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.



36. PRIEB, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 175 s. ISBN 978-80-247-5394-2
37. ROMPPANEN, J., HÄGGMAN-LAITILA, A., 2016. Interventions for nurses' well-being at work: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. doi:10.1111/jan.13210.
38. SCHAARSCHMIDT, U., FISCHER, A.W., 2001. *Bewältigungsmuster im Beruf: Persönlichkeitsunterschiede in der Auseinandersetzung mit der Arbeitsbelastung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht,. 176 s. ISBN 3525458800.
39. SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P., MASLACH, C., 2009. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International* [online]. 14(3), 204-220 [cit. 2017-04-30]. DOI: 10.1108/13620430910966406. ISSN 1362-0436. Dostupné z: <http://www.emeraldinsight.com/doi/10.1108/13620430910966406>
40. SCHMIDBAUER, W., 2015. *Syndrom pomocníka. Podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál, 240 s. ISBN 978-80-262-0865-5.
41. STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
42. *Supervize: Co je supervize* [online]. Praha: Český institut pro supervizi, 2006 [cit. 2017-04-17]. Dostupné z: <http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>
43. VAN DER PLOEG, E. S., CAMP, C. J., EPPINGSTALL, B., RUNCI, S.J., O'CONNOR, D. W., 2012. The study protocol of a cluster-randomised controlled trial of family-mediated personalised activities for nursing home residents with dementia. *BMC Geriatrics*.12(1), 2. DOI: 10.1186/1471-2318-12-2.
44. VAN DER PLOEG, E. S., WALKER, H., O'CONNOR, D. W., 2014. The feasibility of volunteers facilitating personalized activities for nursing home residents with dementia and agitation. *Geriatric Nursing*, 35(2), 142-146. DOI: 10.1016/j.gerinurse.2013.12.003.
45. VAN DER PLOEG, E.S., W O'CONNOR, D., 2010. Evaluation of personalised, one-to-one interaction using Montessori-type activities as a treatment of challenging behaviours in people with dementia: the study protocol of a crossover trial. *BMC Geriatrics*, 10(1), 3. DOI: 10.1186/1471-2318-10-3.

46. VAN WEERT, J. C., JANSSEN, B. M., VAN DULMEN, A. M., SPREEUWENBERG, P.M., BENSING, J.M., RIBBE, M.W. 2006 Nursing assistants' behaviour during morning care: effects of the implementation of snoezelen, integrated in 24-hour dementia care. *Journal of Advanced Nursing*; vol. 53, issue, s. 656-668. ISSN 0309-2402.
47. VAN WEERT, J.C., VAN DULMEN, A.M., SPREEUWENBERG, P.M., RIBBE, M.W., BENSING, J.M. 2005b. Effects of Snoezelen, integrated in 24 h dementia care, on nurse-patient communication during morning care. *Patient Education and Counseling*. 58(3), 312-326. ISSN 0738-3991
48. VAN WEERT, J.C.M., KERKSTRA, A., VAN DULMEN, A. M., BENSING, J.M., PETER, J.G., RIBBE, M.W. 2004. The implementation of Snoezelen in psychogeriatric care: an evaluation through the eyes of caregiver. *International Journal of Nursing Studies*. 41, 397-409, DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2003.10.011.
49. VAN WEERT, J.C.M., VAN DULMEN, A., SPREEUWENBERGER, P.M.M., BENSING, J.M., RIBBE, M.W. 2005. The effects of the implementation of Snoezelen on the quality of working life in psychogeriatric care. *International Psychogeriatrics*. 17(3), 407-427, DOI: 10.1017/S1041610205002176.
50. VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 104 s. ISBN 978-80-247-4082-9.
51. VLACHOVSKÁ, B., 2011. *Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti (srovnávací studie)*. Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Katedra psychologie, str. 100.
52. WESTERMANN, C., KOZAK, A., HARLING, M., NIENHAUS, A., 2014. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 51(1), 63-71. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001.
53. WU, H. S., LIN, L. C., WU, S. C., LIN, K. N., LIU, H. C., 2014. The effectiveness of spaced retrieval combined with Montessori-based activities in improving the eating ability of residents with dementia. *Journal of Advanced Nursing*. DOI: 10.1111/jan.12352.
54. YANG, S., LIU, D., LIU, H., ZHANG, J., DUAN, Z., 2017 Relationship of work-family conflict, self-reported social support and job satisfaction to burnout syndrome among medical workers in southwest China: A cross-sectional study. *PLoS One*. 12(2): e0171679. doi: 10.1371/journal.pone.0171679.

55. YEH, W.Y., CHENG, Y., CHEN, C.-J., HU, P.-Y., KRISTENSEN, T.S. 2007. Psychometric properties of the Chinese version of Copenhagen Burnout Inventory among employees in two companies in Taiwan. *International Journal of Behavioral Medicine*. 14(3), 126-133. ISSN 1070-5503.
56. ZICHOVÁ, E., 2009. *Smyslová aktivizace pro seniory*. Bakalářská práce ZSF JCU, České Budějovice, 89 s.