

**UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ**

**Fakulta humanitních studií**

**Institut mezioborových studií Brno**

**VZTAH MEZI TYPEM OSOBNOSTI A SYNDROMEM  
VYHOŘENÍ**

*Diplomová práce*

Vedoucí diplomové práce:  
**doc.PhDr.Vízdal František,CSc.**

Vypracoval:  
**Bc.Čermák Michal**

Brno 2009

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Vztah mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření“ zpracoval samostatně a použil jen literaturu uvedenou v seznamu literatury.

V Brně dne 10.března 2009

.....  
Bc.Michal Čermák

## **Poděkování**

Na tomto místě bych rád poděkoval doc.PhDr.Františku Vízdalovi,CSc. za velmi užitečnou metodickou pomoc a vedení, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

# Obsah

ÚVOD .....	2
<b>1. PROFESIONÁLNÍ ADAPTACE A DEFORMACE.....</b>	<b>5</b>
1.1. STRES .....	5
1.1.1. <i>Intenzita stresové situace</i> .....	6
1.1.2. <i>Stresová reakce v organismu</i> .....	7
1.1.3. <i>Příznaky (symptomy) stresu</i> .....	9
1.1.4. <i>Práce a stres</i> .....	11
1.1.5. <i>Prevence a zvládnání stresu</i> .....	12
1.2. SYNDROM VYHOŘENÍ .....	15
1.2.1. <i>Pojetí syndromu vyhoření</i> .....	16
1.2.2. <i>Definice syndromu vyhoření</i> .....	19
1.2.3. <i>Příznaky vyhoření</i> .....	20
1.2.4. <i>Fáze vyhoření</i> .....	24
1.2.5. <i>Rizikové faktory</i> .....	27
1.2.6. <i>Odlišnost syndromu vyhoření od jiných psychických jevů</i> .....	30
1.2.7. <i>Diagnostika syndromu vyhoření</i> .....	32
1.2.8. <i>Prevence</i> .....	35
1.3. KDO JE OHROŽEN SYNDROMEM VYHOŘENÍ.....	36
1.4. ZDRAVOTNICKÁ PSYCHOLOGIE .....	40
1.4.1. <i>Psychologie zdravotnického pracovníka</i> .....	41
1.4.2. <i>Motivace lékařů</i> .....	42
1.4.3. <i>Role lékaře, zdravotníka</i> .....	43
1.4.4. <i>Role pacienta</i> .....	44
1.4.5. <i>Vztah mezi zdravotníkem a nemocným</i> .....	45
1.4.6. <i>Profesionální adaptace a deformace</i> .....	47
1.5. OSOBNOSTNÍ CHARAKTERISTIKY .....	48
1.5.1. <i>Typy chování</i> .....	48
1.5.2. <i>Faktory osobnosti</i> .....	50
<b>2. CÍL A METODY VÝZKUMU.....</b>	<b>52</b>
<b>3. METODIKA .....</b>	<b>52</b>
3.1. POUŽITÉ METODY .....	52
3.2. CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	53
<b>4. VÝSLEDKY.....</b>	<b>54</b>
4.1. ROZBOR VÝSLEDKŮ.....	54
4.2. VZTAH SYNDROMU VYHOŘENÍ A TYPU OSOBNOSTI .....	58
4.3. VLASTNÍ INTERPRETACE.....	60
<b>5. ZÁVĚR.....</b>	<b>66</b>
<b>6. RESUMÉ.....</b>	<b>68</b>
<b>7. ANOTACE.....</b>	<b>70</b>
<b>8. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>72</b>
<b>9. SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>74</b>

## Úvod

Různé profese či povolání kladou odlišné nároky na osobní zangažovanost a míru vložené energie. Jsou činnosti, které lze vykonávat zcela bezmyšlenkovitě, na konci pracovní doby je vypustit z hlavy a věnovat se plně svým osobním zájmům. U jiných je tomu přesně naopak – člověk v nich v průběhu vlastní práce vždy nechává kus sebe a „nosí si je i domů“. Jako nejzatíženější profese jsou uváděni manažeři, podnikatelé, vyšší úředníci a zejména všechny pomáhající povolání – lékaři, učitelé, sociální pracovníci, psychologové, atp.

Americká psychoterapeutická asociace zveřejnila v r. 1993 výzkum, podle něhož 80% psychoterapeutů vyhledalo v průběhu své profesní dráhy psychoterapii převážně s cílem léčby masivních úzkostných stavů. Staré české přísloví říká, že čím kdo zachází, tím také schází. Platí to i o profesní zátěži. Situaci zhoršuje celý náš kulturní kontext. Od raného dětství slyšíme, že slušný člověk je přece vždy a za všech okolností povinen pomáhat druhým. Potřebu být užitečný, prospěšný, pomáhat, uvádí jako motivaci volby povolání 90% adeptů pomáhajících profesí. Je to jistě chvályhodné, ve svých důsledcích je však nebezpečné, protože někdy je těžké najít hranici mezi dobrým profesním výkonem a cestou sebezničení. Během přípravy na povolání se o úskalích zátěže profesí mnoho nedozvíme.

Naše kultura nepřímo podporuje nevhodné vzorce profesního chování výraznou orientací na výkon – aby se člověk mohl mít rád, cítit se dobrý, úspěšný musí přece vždy pracovat na hranicích (ještě lépe za hranicemi svých možností), musí podávat výkon, ovšem mnohdy podle definice někoho jiného. Nic na tom nemění skutečnost, že každý psycholog či sociolog označí podobný postoj za předsudek. Právě předsudky mají největší sílu v ovlivňování našeho jednání a prožívání. Čím více se někdo snaží, tím mu bývá hůře, přesto zvyšuje úsilí (v souladu s letitým předsudkem, že snaha je to, co musí být na prvním místě) mnohdy až k úplnému vyčerpání. Na cestě k invalidnímu důchodu pro psychosomatické onemocnění nebo těžkou neurózu se lze setkat s workoholismem nebo „vyhořením“ (burn out syndrom).<sup>1</sup>

Tato diplomová práce je zaměřena na problém syndromu profesionálního vyhoření, který je v práci řešen ve vztahu k typologii osobnosti člověka. Důraz je na

---

<sup>1</sup> CAPPONI, Věra. Úskalí profesionality. 1.vyd. Brno: Rozrazil, 1997, s. 4

psychických symptomech (emoční vyčerpání, únava a deprese) a změně chování spíše než na tělesných příznacích. Vyhoření je vázáno na zaměstnání. Symptomy se objevují u osob, které neměly žádné předcházející psychopatologické příznaky. Snížená výkonnost v práci je důsledkem vytvořených negativních postojů a chování.

Pro tento syndrom je typické, že při něm netrpí jen postižení, ale také kvalita jejich práce. Postižení vyhořením jsou častěji nemocní a za určitých okolností se stanou i trvale neschopní práce. Jako při mnoha duševních poruchách hlavní problém spočívá v tom, že ani postižení, ani okolí nerozpoznají za těmito obtížemi svébytnou poruchu nebo ji rozpoznají až příliš pozdě. Zvláště často jsou syndromem vyhoření postiženy zdravotní sestry, dále ošetřovatelé, sociální pracovníci, ale také lékaři, psychoterapeuti, učitelé, právníci a policisté.

Všichni jsme občas příjemci zdravotnické péče a setkáváme se jak s příjemným a profesionálním chováním, tak s jeho opakem. Je těžké si představit, že by většina lidí šla studovat a pak pracovat do zdravotnictví jen pro peníze nebo prestiž. Snadnější a pravděpodobnější je představa, že většinu lidí k této práci motivovala snaha pomáhat druhým. Teorie vzniku syndromu vyhoření ukazují, že právě ti, kteří budí dojem, že je práce ve zdravotnictví obtěžuje a chybí jim pro ni obětavost a zaujetí, mohli být právě ti silně motivovaní se ctí a zájmem, aby práce byla smyslem jejich života. Při setkání s lidmi trpícími tímto syndromem je zřetelné, že oni sami jím trpí nejvíce. Mají pocity viny, považují se za špatné, neschopné a zlé. Zkomplikuje-li tento stav deprese, zvyšuje se riziko sebevraždy. Je proto nutné nejdříve syndrom vyhoření jasně popsat a pracovníky z profesí orientovaných na pomoc druhým lidem s ním seznámit.

Změna životního stylu, metody ke zvládnání stresu a lepší organizace práce a především dostatek ocenění ze strany nadřízených mohou vzniku syndromu profesionálního vyhoření zabránit, u postižených jej pomoci překonávat a snad i znovu zapálit plamen profesionality<sup>1</sup>. Pro prevenci je nejdůležitější upozornění na problematiku syndromu vyhoření nejen pro potenciálně postižené, ale také pro nadřízené pracovníky, kteří mohou na provozní úrovni přispět k odbourávání stresu pomocí organizačních opatření a zlepšení komunikace a spolupráce.

---

<sup>1</sup> [http://www.lfhk.cuni.cz/psych/Dokumenty\\_on-line/Prednasky\\_on-line/libigerova/Clanky/](http://www.lfhk.cuni.cz/psych/Dokumenty_on-line/Prednasky_on-line/libigerova/Clanky/)

**Z těchto důvodů bude empirická část této práce zaměřena na oblast zdravotnického personálu, konkrétně na zaměstnance onkologických pracovišť v brněnských zdravotnických zařízeních.**

Ve své práci jsem si stanovil následující cíle:

1. Zjistit zda existují typy osobnosti, které jsou více náchylné k syndromu vyhoření.
2. Zmapovat na konkrétních případech zátěž, která může vést k syndromu vyhoření - orientačně zjistit pracovní zátěž radiologických asistentů v oboru radiodiagnostiky, nukleární medicíny a radiační onkologie.
3. Osobní interpretace výše zmíněných procesů.

# 1. Profesionální adaptace a deformace

## 1.1. **Stres**

Stres je definován jako charakteristická fyziologická odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, který se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu; ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního, posléze poškození systému imunitního.<sup>1</sup> Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná. Hovoříme-li o stresu je možno položit důraz na tu či onu jeho stránku nebo charakteristiku. Pak se lze setkat s poněkud rozdílným chápáním tohoto pojmu:

- stresem se může rozumět celá těžká situace – tak tomu je například tam, kde někdo řekne „on se rozvádí, je ve stresu“;
- stresem se může rozumět podmínka, okolnost či nepříznivý faktor (stresor), který na člověka dopadá – jako například při sdělení typu „nadměrná teplota je zde stresem číslo jedna“;
- stresem se může rozumět odpověď organismu na stresující činitele,
- stresem můžeme rozumět celkový vnitřní stav – nejen fyzický, ale i psychický – člověka sevřeného nepříznivými okolnostmi.

### **Pohled na různé stránky stresu:**

- stresem se vyjadřuje stav člověka (organismu) vystaveného nepříznivým vlivům prostředí.
- stres může být vyvolán různými vlivy, okolnostmi, podmínkami, faktory ap. Některé z nich mají negativní vliv na všechny lidi, jiné působí jen na určité osoby a na druhé ne.
- různí lidé reagují na tentýž stresor (stres vyvolávající podnět) odlišně. Někteří se dostávají do stresu snadno a rychle, vždy a všude. Jiní jsou odolnější a jsou i tací, o nichž se můžeme domnívat, že jsou do určité míry vůči stresu imunní.

---

<sup>1</sup> HARTL, Pavel. HARTLOVÁ, Helena. Psychologický slovník. 1.vyd. Praha: Portál 2000, s.568



- intraindividuální, neboli uvnitř organismu probíhající reakce, mají při různých stresech u všech lidí do značné míry stejný základní charakter (tzn. GAS – general adaptational syndrom, tj. obecný adaptační syndrom), i když interindividuální způsoby reagování na podněty vyvolávající stres mohou být velice rozdílné.

- i když známe zcela přesné parametry stresoru, přece jen nejsme s to přesně určit druh a intenzitu reakce člověka tomuto stresoru vystaveného. K tomu, abychom mohli určit, jak se bude ve stresové situaci chovat, je třeba znát například jeho motivaci. Je třeba znát jeho způsoby zvládání těžkých životních situací. Proto hovoříme o stresu jako o multifaktoriálním jevu, tj. o skutečnosti, která je určena velkým počtem činitelů.

- tentýž stresor může působit na daného člověka s různou intenzitou podle toho, kdy a za jaké celkové situace přichází.<sup>1</sup>

### 1.1.1. Intenzita stresové situace

V pojednáních o stresu se lze setkat s odlišnými termíny vztahujícími se ke stresu, podle toho, zda se vztahují k malé či velké intenzitě stresové reakce. Tak hovoříme o hyperstresu – o stresu překračujícím hranice adaptability, schopnosti vyrovnat se stresem, nebo naopak o hypostresu, tj. o stresu nedosahujícím obvyklých tolerancí stresu, jak je tomu například u tzv. ministresorů, plíživých negativních vlivů monotónnosti, nudy, sensorické deprivace, frustrace apod.

Pro relativně nižší než hraniční úroveň stresu (stresové reakce organismu) se v češtině používá termínu „**zátěž**“.

#### **Kvalita stresové reakce**

Podle toho, jak stres působí na člověka, je možno jej charakterizovat jako negativní či pozitivní. I pro tyto protichůdné póly se používá odlišných termínů:

- **Distres** (negativně působící stres) je používán pro nejnepříznivější stresové situace.

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum, 1994, s. 10-11

- **Eustres** (kladně působící stres) – příkladem může být rozechvění při očekávání kladně emocionálně zabarvené události.<sup>1</sup>

Oba typy stresu jsou stejné svým chemickým působením, avšak liší se tím, jak na ně reagujeme. Zatímco u eustresu zažíváme příjemné napětí po kterém následuje radost z dosažení cíle, u distresu začneme ztrácet pocit jistoty a adekvátnosti. Cítíme přetížení, zoufalství, bezmoc a ztrátu.

## 1.1.2. Stresová reakce v organismu

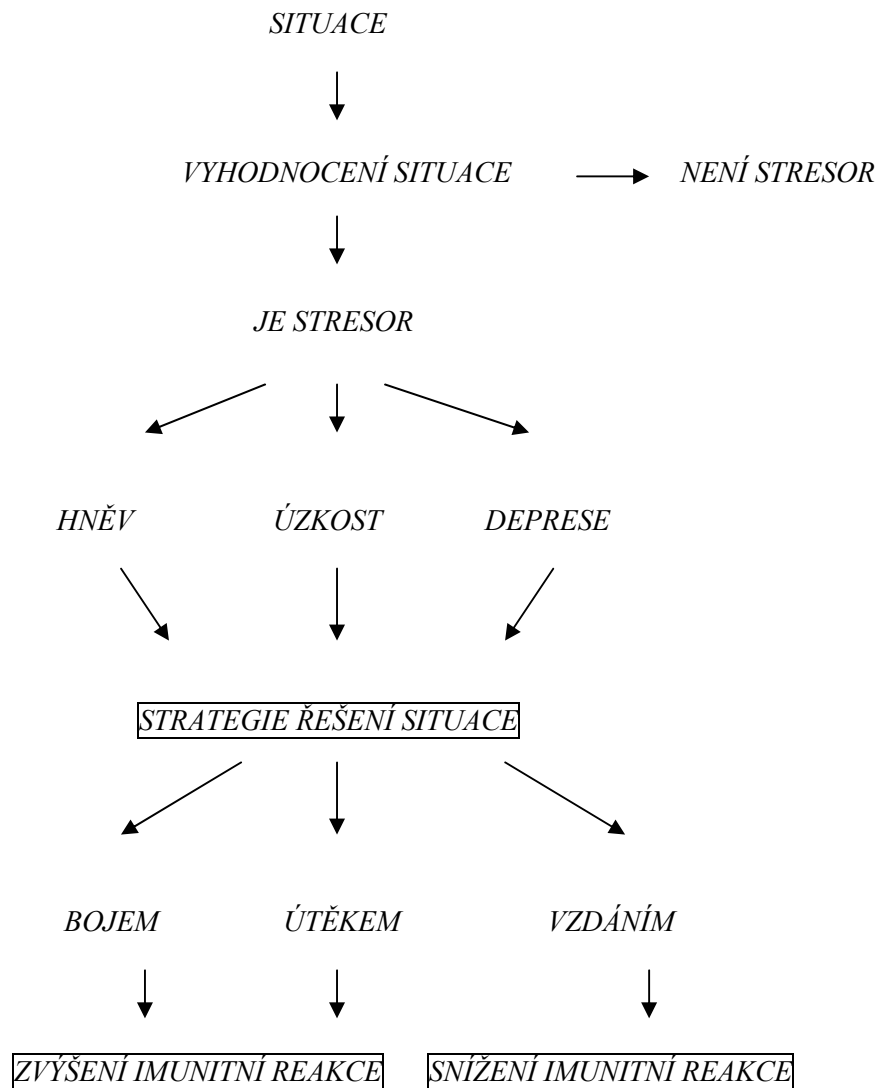
Reakce organismu na vznik stresové situace je velmi různorodá. Je to poplachová reakce. Nervovými a hormonálními mechanismy se v těle navozuje stav pohotovosti jako příprava na boj nebo útěk. Nejprve zasáhne složka nervová přes sympatické vegetativní dráhy do dřeně nadledvin, kde se do krve vyplaví adrenalin, který způsobí zrychlení srdeční činnosti, dýchání, zvýšení krevního tlaku a krevního cukru, tedy vše, co připravuje organismus k okamžité akci. Zároveň jako druhá vlna jde pomalejší „rozkaz“ přes hypotalamus a hypofýzu do kůry nadledvin, kde se produkují hormony, zasahující do metabolismu těla, sahající „hlouběji do rezerv organismu“ a připravují jej na „boj“ delšího trvání. Tyto vlny jsou ve vzájemné korelaci. Děje se odehrávají uvnitř organismu, působí však nejen na fyzickou stránku člověka, nýbrž i na psychiku. Když po akutním stresu člověk skutečně bojuje nebo utíká, uvolněné látky se spotřebovávají, a přispívají tak k fyzické výkonnosti. Co se však stane, když (a tak je tomu u civilizovaných lidí ve většině situací), člověk neutíká ani fyzicky nebojuje? Co když je tomu často? Záleží na **typu osobnosti**, a tedy stresovatelnosti jedince, a na tom, jak často taková situace nastává. Uvolněné složky přeměny látek se nevyužívají a opakované zvýšení jejich hladiny v krvi je tedy vlastně zbytečné a dokonce zdraví škodlivé. Opakovaně zvýšená hladina krevního cukru zhoršuje průběh cukrovky (zatím ale neexistují důkazy, že by stres cukrovku vyvolával). Opakovaná zvýšení krevního tlaku však mohou přispívat ke vzniku hypertenze. Opakovaná zvýšení obsahu tukových látek v krvi

---

<sup>1</sup> BAŠTECKÝ, J. Psychosomatická medicína. Praha: Grada Avicenum, 1993, s. 42

mohou přispívat ke vzniku arteriosklerózy. U osob snadno stresovatelných tak opakované poplachové reakce mohou nepříznivě působit na zdravotní stav. <sup>1</sup>

**Vztah mezi psychickými procesy, stresem a imunitní reakcí (IR) (Vymětal 1999)<sup>2</sup>:**



**Akutní stres**, pokud je doprovázen aktivní snahou člověka jej zvládnout, zvyšuje aktivitu a funkčnost imunitního systému a naopak dlouhodobý stres (zde dochází k vyčerpanosti, depresivním prožitkům, beznaději) snižuje aktivitu

<sup>1</sup> SCHREIBER, Vratislav. Lidský stres. Praha: Academia, 1992, s.19-20

<sup>2</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: SZÚ, 1999, s.24

a funkčnost imunitního systému. Akutní stres vyvolává aktivitu sympatiku, déletrvající stres aktivizuje parasympatikus.

Dlouhodobá zátěž se jeví být horší, než akutní stres.

Pokud jde o výraznou zátěž (ať již krátkodobou nebo dlouhodobou), záleží na konkrétním postoji jedince spojenou s určitým způsobem prožívání.<sup>1</sup>

Vztah k syndromu vyhoření je možno vysledovat v koncepci syndromu hopelessness-helplessness.

Tato koncepce stojí svým charakterem mezi biologickými a dynamickými přístupy. Obsahuje totiž psychoanalytickou terminologií popsany prožitkový syndrom hopelessness-helplessness (syndrom beznaděje-bezpomoci) i jeho behaviorální ekvivalent giving up - komplex (komplex vzdání se - zanechání druhých).

**Prožitek** obsahuje:

1. bolestný pocit bezmoci a beznaděje tváří tvář určité situaci,
2. subjektivní pocit snížené schopnosti řešit („je to nad mé síly“),
3. pocit ohrožení a menšího uspokojení ze vztahů k ostatním a z role ve společnosti,
4. ztrátu souvislosti minulosti a budoucnosti, sníženou schopnost naděje a důvěry,
5. tendenci oživovat a znovuprožívat dřívější deprivace a selhání<sup>2</sup>.

### 1.1.3. Příznaky (symptomy) stresu

Příznaky stresu můžeme podrobněji rozdělit na fyziologické, emocionální a behaviorální.

---

<sup>1</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: SZÚ, 1999, s.24

<sup>2</sup> BAŠTECKÝ, Jaroslav. Psychosomatická medicína. Praha: Avicenum, 1993, s.51

### **A. Fyziologické příznaky stresu (fyziologie je nauka o funkcích zdravého organismu):**

1. Bušení srdce (palpitace) - vnímání zrychlené, nepravidelné a silnější činnosti srdce.
2. Bolest a sevření za hrudní kostí.
3. Nechutenství a plynatost v břišní (abdominální) oblasti.
4. Křečovitě, svírající bolesti v dolní části břicha a průjem.
5. Časté nucení k močení.
6. Sexuální impotence a (nebo) nedostatek sexuální touhy.
7. Změny v menstruačním cyklu.
8. Bodavé, řezavé a palčivé pocity v rukou a nohou.
9. Svalové napětí v krční oblasti a v dolní části páteře, často spojené s bolestmi v těchto částech těla.
10. Úporné bolesti hlavy - často začínající v krční oblasti a rozšiřující se vpřed směrem od temene hlavy k čelu.
11. Migréna - záchvatová bolest jedné poloviny hlavy.
12. Exantém - vyrážka v obličeji.
13. Nepříjemné pocity v krku (jako bychom měli v krku knedlík).
14. Dvojitě vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod (tzv. fokusace).

### **B. Emocionální - citové příznaky stresu**

1. Prudké a výrazně rychlé změny nálady (od radosti ke smutku a naopak).
2. Nadměrné trápení se s věcmi, které zdaleka nejsou tak důležité.
3. Neschopnost projevit emocionální náklonnosti, sympatizování (sympateia - spolucítění) s druhými lidmi.
4. Nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled.
5. Nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, omezení kontaktu s druhými lidmi.
6. Nadměrné pocity únavy a obtíže při soustředění pozornosti.
7. Zvýšená podrážděnost, popudlivost (iritabilita) a úzkostnost (anxiozita).

### **C. Behaviorální příznaky stresu - chování a jednání lidí ve stresu:**

1. Nerozhodnost a do značné míry i nerozumné nářky ("bédunky a bédunkové").
2. Zvýšená absence, nemocnost, pomalé uzdravování po nemoci, nehodách a úrazech.
3. Sklon ke zvýšené osobní nehodovosti a nepozornému řízení auta.
4. Zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, vyhýbání se odpovědnosti i častější podvádění.
5. Zvýšené množství vykouřených cigaret za den.
6. Zvýšená konzumace alkoholických nápojů.
7. Větší závislost na drogách, zvýšené množství tablet na uklidnění a léků na spaní.
8. Ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání.
9. Změněný denní životní rytmus - problémy s usínáním, dlouhé noční bdění a pak pozdní vstávání s pocitem velké únavy.
10. Snížené množství vykonané práce a zvýšená nekvalitnost práce.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum, 1994, s.30

## 1.1.4. Práce a stres

Namáhavá fyzická práce může u netrévaného jedince vyvolat poplachovou reakci, ale produkty přeměny látek určené pro "boj nebo útěk" jsou při ní spotřebovány, takže sama práce z dlouhodobého hlediska na zdraví stresově nepůsobí, člověk se na ni adaptuje. Teprve když intenzita práce překročí adaptační schopnosti organismu, dojde k fázi vyčerpání. Těžištěm zájmu o pracovní stres jsou takové situace, kdy stres působí, ale fyzická práce se nevykonává a změny látek při stresové reakci nejsou vyrovnávány fyzickou námahou. To je také ten mechanismus, kterým v civilizované společnosti stres asi nejvíce ovlivňuje lidské zdraví. Jaké jsou hlavní pracovní faktory stresující moderního člověka? V USA představují 30 – 40 % příčin pracovní neschopnosti duševní poruchy a stres a jako hlavní faktory se uvádějí:

- příliš rychlý pracovní postup nebo naopak zklamání z nepovýšení;
- příliš mnoho, nebo příliš málo práce;
- přemístění, změna pracovního prostředí, změna spolupracovníků;
- změna charakteru práce nebo stylu řízení;
- nevyjasněné vztahy nadřízenosti, nedostatek prostoru pro samostatnost;
- nepravidelná nebo dlouhá pracovní doba, monotónnost práce;
- nebezpečná práce (pocit rizika), násilnosti na pracovišti.

Při stresovanosti prací se uplatňují i faktory soukromého života pracovníka:

- nemoc nebo úmrtí rodinného příslušníka;
- problémy v manželství nebo v rodině, stěhování;
- snížení dosavadní výkonnosti v souvislosti se stářím nebo s nemocí.

Vše výrazně závisí nejen na obsahu a objemu stresu, ale i na osobních vlastnostech, a tak není divu, že psychologické hodnocení osobnosti kandidátů na pracovní místa se stává běžnou podmínkou přijetí.

Podle chování na pracovišti je možné rozpoznat osoby silněji ohrožené stresovými vlivy. Jedná se například o podrážděnost, odmítání rad a pomoci,

izolovanost od kolegů v práci, špatná pracovní morálka, ale též přepracování se (workoholismus), změny ve vzhladu (upravenosti) i chování, zvýšená potřeba cigaret, alkoholu nebo i drog. Sami u sebe můžeme pracovní stres poznat z pocitu napětí a neklidu, poruch spánku, snížení chuti k jídlu, pocitu nedostatku energie, nerozhodnosti a dráždivosti.<sup>1</sup>

### 1.1.5. Prevence a zvládání stresu

Člověk vystavený stresu by měl především zachovávat základní zdravotní pravidla:

- pravidelná strava (nejlépe šest malých jídel denně) a snaha o udržení normální nebo nízké tělesné váhy;

- dostatek spánku (nejméně 7 hodin denně, a to v noci, místnost určená ke spánku má být úplně tmavá, usínání má napomoci kniha, a nikoliv prášky – ty jen výjimečně). Při potížích s usínáním přidat fyzickou a sociální aktivitu přes den, také se nověji doporučuje pobyt na silném světle přes den a večer – tedy nikoliv celovečerní vasedávání v televizním šeru;

- denně nebo alespoň dvakrát týdně cvičit až do zpcení nebo rychle hodinu chodit;

- omezit kouření a alkohol;

- podrobit vlastní úvaze a podle potřeby reformovat životní styl – chvíle relaxace přes den, nějaká forma zábavy alespoň jednou týdně, organizace denního časového rozvrhu, vyhýbání se časovým tísňím atd.

Dalším významným faktorem člení stresu jsou sociální faktory. Velice důležitá je možnost pohovořit s přáteli a prodiskutovat s nimi své problémy. Pravidelná mimopracovní aktivita (klubová, spolková, politická, náboženská, charitativní) nebo silná náboženská víra patří k dalším činitelům, které zmírňují nebo odstraňují stres.

---

<sup>1</sup> SCHREIBER, Vratislav. Lidský stres. Praha: Academia, 1992, s.30

V posledním desetiletí se dostávají do popředí zájmu vedle moderních i starodávné techniky čelení stresu, zejména stresu duševnímu. V podstatě jde o techniky, kterými se má dosáhnout duševní vyrovnanosti a klidu tam, kde se to vlastními „přirozenými“ silami nedaří. Vědomou vlastní aktivitou lze nepochybně přispět k dosažení duševní vyrovnanosti a pohody. Někdo ji potřebuje více, někdo méně; někomu pomáhá výrazně, někomu málo, nebo vůbec ne. Základním pravidlem je to, že pouze touto aktivitou se nedají bez pomoci lékaře léčit nemoci a upnout se jen na ni může vést k závažnému zanedbávání zdraví. Je ale pravděpodobné, že tímto způsobem lze za odborného psychoterapeutického vedení zlepšit nejen čelení stresu, ale i přispět k duševní pohodě, klidu a výkonnosti u jinak zdravých osob.<sup>1</sup>

Americký humanisticky orientovaný psycholog Maslow vytvořil posloupnost lidských potřeb a rozdělil je do pěti „pater“:

- v prvním jsou fyziologické potřeby, jako kyslík, potrava, voda a sex;
- v druhém jsou potřeby bezpečí, jako stálost života, úkryt /domov);
- v třetím jsou pocity sounáležitosti a lásky: člověk potřebuje mít pocit, že někam patří, že sdílí, dává a přijímá city;
- ve čtvrtém jsou potřeby, které nastupují, když potřeby v „třetím patře“ jsou naplněny: je to potřeba sebevědomí a respektu k ostatním;
- v pátém patře jsou potřeby nejvyšší, které vznikají po naplnění potřeb z nižších pater. Je to potřeba sebenaplnění (seberealizace): realizace všech lidských schopností, uplatnění všech talentů. Podle Maslowa většina lidí nedosáhne této úrovně sebenaplnění, protože nenaplní svou potřebu lásky a uznání nebo proto, že jim to okolí nedovolí (též tím, že jim nedovolí naplnit potřeby „nižších pater“).

Maslow si vybral řadu historických postav, které zřejmě dosáhly životního sebenaplnění (mezi nimi byl Abraham Lincoln, Eleonor Rooseveltová, Albert Einstein), a zjistil, že tito lidé měli mnoho společných charakteristik:

- přesné chápání reality;
- přijímání reality;

---

<sup>1</sup> SCHREIBER, Vratislav. Lidský stres. Praha: Academia, 1992, s.53-54



- vysoký stupeň spontánní sdělnosti;
- schopnost se soustředit více na problém, který je třeba řešit, než na sebe;
- vysoká potřeba soukromí;
- soběstačnost;
- schopnost nového, neobvyklého hodnocení lidí i věcí;
- schopnost dosáhnout vrcholných zážitků ( z hudby, ukončené práce, z mystické nebo náboženské zkušenosti) a schopnosti dosahovat transcence (pocitu přesahování mysli mimo hranice našeho smyslového poznání, do „nepoznatelného“ světa);
- ztotožnění se s humanitou;
- schopnost úzkých vztahů k několika málo lidem;
- demokratické přesvědčení;
- schopnost rozlišovat cíle a cesty, které k nim vedou;
- smysl pro humor;
- vysoký stupeň tvořivosti;
- nekonformní (nikoliv běžný, obyčejný) životní styl;
- schopnost překonávat rozpory (schopnost nevidět věci jen černobíle nebo jen jako dobré či špatné).

Tak vysoko stěží může každý z nás směřovat. Ideální by bylo kdyby se každý mohl k těmto cílům co nejvíce přiblížit, tj. dosáhnout co nejvyššího patra v uspokojování svých lidských potřeb. Stres tomu ovšem může bránit. U někoho více, u někoho méně. Hlavní cestou k dosažení sebenaplnění, a to je možné u každého, nejen u příslušníků duchovní elity, je nalézt rovnováhu mezi schopnostmi a možnostmi. Cílem člověka je naplnění jeho poslání, plynoucí především z dobře vykonané práce.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> SCHREIBER, Vratislav. Lidský stres. Praha: Academia, 1992, s.55

## Dílčí shrnutí

Stres je jedním z nejdůležitějších činitelů poskytujícím předpoklady k rozvoji syndromu vyhoření. Stres je nečastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocení zdrojů k jejich zvládnutí. Stres je určitým stavem těla i mysli a má na ně určitý dopad. Projevuje se řadou objektivně zjištěných chemických a fyziologických dění v orgánech těla. Je důležité si tuto skutečnost uvědomovat a počítat s ní. V pojetí syndromu vyhoření je důležitý směr zkoumání psychosociálního stresu a to pracovního i mimopracovního.

### **1.2. Syndrom vyhoření**

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se projevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, tj. vyčerpání („burnout syndrome“). Jde o výstižné označení: anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burn out“ pak dohořet, vyhořet, vyhasnout. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychologické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky syndromu vyhoření do dohořívání a vyhaslosti: kde nic není, tj. kde již není materiál, který by živil hořící oheň, nemá již dál co hořet.

Současně se jedná o velmi aktuální problém medicínský, neboť burnout syndrom kromě výše uvedených oblastí psychiky ovlivňuje podstatně i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch.<sup>1</sup>

Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu je pokládána **osobnost jedince**. Za klíčový vnější (sociální) faktor je

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.3

pokládána tzv. **sociální opora**, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá.

Obecně můžeme popsat jak osobnost ovlivňuje zdraví a psychickou pohodu třemi způsoby:

- 1) Osobnost může být vysvětlením toho, proč se někteří lidé dostávají do stresogenních situací a jiní ne.
- 2) Osobnost může ovlivnit způsob, jakým lidé reagují ve stresogenních situačních podmínkách.
- 3) Osobnost může ovlivňovat zdraví a psychické procesy mechanismy, které nesouvisí se stresem navozeným z vnějšího prostředí.

Osobnostní charakteristiky se v podmínkách stresu promítají do procesů zvládnání stresu (doping) a to tak, že rozhodujícím způsobem ovlivňují hodnocení stresogenních situací a výběr strategií k jejich zvládnutí, a tím i následné psychické procesy (např. emoce) a jejich neuroendokrinní složku. Určité osobnostní charakteristiky tak predisponují k určitému stylu hodnocení a zvládnání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu.<sup>1</sup>

### 1.2.1. Pojetí syndromu vyhoření

Burn-out syndrom je možno chápat ve více rovinách. Můžeme jej hodnotit jako:

1. **Syndrom vyhoření** - jako postupný proces, který je možno včas přerušit, jinak může vést až k nevratným zásahům do našeho života.
2. **Duševní poruchu** - konečný výsledek procesu vyhoření z hlediska psychiatra. Výsledek který již vyžaduje léčbu jako jakékoliv jiné závažné onemocnění.
3. **Opakující se proces v životě jednotlivce s pravidelnými fázemi** viděnými z hlediska jednotlivce, snažícího se o rovnováhu ve svém životě. V různých fázích života nás mohou příznaky chronického vyčerpání přepadnout s různou intenzitou. S přibývajícím věkem mohou být stavy vyhoření závažnější.
4. **Burn-out faktory**, tj. všechny vnější podněty a příčiny, které se sčítají s ostatními vlivy, vedoucími k vyhoření. Např.: společenské, politické

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.4

a ekonomické klima, dále fyzikální faktory pracoviště (teplota, osvětlení, uspořádání pracoviště, rozvržení pracovní doby aj.).

**5. Burn-out jako účinek** - skupina stejně „vyhořelých“ spolupracovníků v jedné instituci z hlediska pohledu vedoucího pracoviště, který se snaží o změnu a naráží stále na nepochopení až odpor k jakékoliv změně.<sup>1</sup>

V teoretické rovině lze vysledovat souvislost podstaty vyhoření mezi dvěma hlavními oblastmi výzkumu:

1) v linii filozoficko-psychologické jde o zdroje z oblasti existenciálně orientované filozofie a psychologie,

2) v linii psychologicko-medicínské přispělo ke koncipování poznatků o vyhoření dlouhodobé studium stresu a jeho důsledků<sup>2</sup>.

Existencialismus byl pro řadu psychologů a psychiatrů, zabývajících se otázkami psychologických aspektů vztahů mezi zdravím a nemocí, velmi inspirativním myšlenkovým zdrojem. Z mnoha podnětů, jež toto hnutí přineslo, byly pro tyto psychology nejpodstatnější otázky, vztahující se k prožitkům, jež se vyskytují v souvislosti s krizí osamělého jedince-intelektuála, nejčastěji liberálně orientovaného. Tato krize, kterou existencialisté poprvé výstižně popsali po 1. světové válce, je způsobena pocitem totálního osamění, vykojení z dosavadního zaběhnutého každodenního režimu a nutností spoléhat se pouze na vlastní síly. Značný důraz je kladen na pocity úzkosti, jejichž zdroje jsou spatřovány v prožívané odpovědnosti, a na pocity beznaděje, vztahující se k nutnosti spoléhat se jen na sebe. Úzkost je jedním z ústředních pojmů existenciálního přístupu, je hlavní hybnou silou prožívání reality, díky ní si člověk uvědomuje fakt svého konečného postavení v celku okolního světa. Podle existencialistů je nutné k uvědomění sama sebe ve smyslu existence, což každodenní život svým stereotypem neumožňuje, dostat se do určité mezní či krajní situace. Jednou z těchto mezních situací jsou nepochybně i stavy, prožívané v rámci vyhoření, tj. stavy celkového vyčerpání, ztráty motivace, rezignace a na profesionální cíle atd.

---

<sup>1</sup> www.hest.cz/ruzne/burnout.doc. HESTIA, PRAHA, 2002

<sup>2</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.4

Právě toto uvědomění sama sebe jako individuální existence přináší člověku poznání svobody. Svoboda však podle existencionalistů předpokládá absolutní nezávislost člověka na společnosti, pro její poznání je proto nutné zpřetrhání všech svazků se světem. To bývá také součástí vzorců chování jedinců, u nichž se vyhoření dostalo do závěrečné fáze. Dostavuje se stav existenciální frustrace. Silně prožívané a dlouhodobě působící stavy existenciální frustrace mohou vyústit v depresi a existenciální neurózu a další jako chronickou neschopnost uvěřit v důležitost, užitečnost a pravdivost všeho, co člověk dělá. V pokročilých a závěrečných fázích vyhoření dochází v souvislosti s intenzivně prožívaným stavem vyčerpání k podobné tendenci zpřetrhat všechna pouta s dosavadním, především profesionálním životem, a osvobodit se tak od minulé zkušenosti, která je svazující.<sup>1</sup>

Druhý významný teoretický zdroj, poskytující zázemí koncepci syndromu vyhoření, stres, je nečastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocení zdrojů k jejich zvládnutí. Na straně požadavku je hodnocena intenzita nároku a předpokládané důsledky selhání se s ním vyrovnat. Na straně zdrojů je hodnocena jejich přiměřenost a dostatečnost. Dle mínění autora této práce je druhý teoretický přístup bližší problematice zkoumání v oblasti vyhoření zdravotnického personálu. Autor této práce vychází z teoretického přístupu psychologicko-medicínského.

**Psychosociální stres** – pracovní i mimo pracovní – je v posledních letech intenzivně studován. Důležitost tohoto směru je zdůrazněna

1) „tvrdými daty“ statistik ukazujícími, že více než 70 % absencí v práci z důvodů pracovní neschopnosti je zapříčiněno nemocemi, které mají souvislost se stresem,

2) známou zásadou, že nemocem je lépe předcházet, než je léčit.

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými operačními aspekty prováděného úkolu (úkonu). V oblasti mimopracovního stresu je předmětem výzkumu především problematika chronických denních nepříjemností, mikrostressorů („hassles“) a tzv. životních událostí (např. změna zaměstnání, ztráta

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.5

zaměstnání, hypotéka, nemoc apod.). Obě oblasti – pracovní i mimopracovní – mohou být zdrojem rizik. Navíc, nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání v druhé oblasti. Naopak, pozitivní zisky z jedné oblasti mohou příznivě ovlivňovat druhou oblast.

Pracovní stres může být klasifikován do několika kategorií:

- problémy související s rolemi, které jedinec zastává (konflikty rolí);
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost);
- organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí a odpovědností);
- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace);
- fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce).

Vysoce stresogenní práce je charakterizovaná **vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti**. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách.

Výzkumy prokázaly, že kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je faktorem, který hraje rozhodující roli v determinaci zdravotních důsledků pracovních požadavků v tom smyslu, že je rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění.

## 1.2.2. Definice syndromu vyhoření

Pojem „burnout“ (původně v podobě „burn-out“) byl uveden do literatury H.Freudenbergerem v jeho stati, publikované v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974, a to v podstatě v rozměrech současného pojetí. Freudenberger původně užil slovníkovou definici vyhoření, která říkala, že vyhořet znamená „selhat, unavit se, nebo se vyčerpat v důsledku nadměrných požadavků na energii, vytrvalost nebo zdroje“<sup>1</sup>. Křivohlavý<sup>2</sup> uvádí vymezení burnoutu podle Pinesové a Aronsona: „Vyhoření je formálně definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického,

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.6

<sup>2</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 10-11

citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“.

„Burnout je doprovázen celým souborem příznaků. Patří mezi ně tělesné zhroucení, pocity bezmoci a beznaděje, ztráty iluzí, negativních postojů k práci, k lidem v zaměstnání i k životu jako celku. Ve své extrémní podobě burnout představuje hraniční bod. Dostane-li se člověk za něj, jeho schopnost zvládat požadavky, které prostředí na něj klade (jeho adaptabilita), je podstatně snížena.“

„Nejnadšenější lidé upadají do nejtěžších forem vyhoření (burnout) nejčastěji. Závažnost jejich fyzického i psychického stavu je do určité míry ukazatelem jejich původního nadšení“.

„Burnout postihuje lidi, kteří vstupují do zaměstnání s velkou mírou nadšení. Jsou vysoce motivováni. Očekávají, že jim jejich práce dá smysl života. Je to nebezpečné zvláště tam, kde ti, kteří danou práci konají, ji považují za povolání nežli za zaměstnání (námezdnou práci). Domnívají se, že jsou voláni k tomu, co dělají, vyšším zájmem, vyšší autoritou, „vyšší mocí“. Objevení příznaků vyhoření je přitom doprovázeno zjištěním, že selhali, že veškerá jejich snaha je marná, že jim chybí energie k úspěšnému dokončení toho, co dělali, a že již nemají nic hodnotného, co by mohli dát. Toto zjištění dává pocit, že celý život byl promarněn, že vše je marnost nad marností a jejich vlastní život zcela bezúčelný. Tím je burnout dokladem, že jim selhala představa, že práce (na jiném místě zamilování, atp.) by mohla být nadějným řešením existenciální otázky (odpovědí na otázku „proč vůbec žít?“). Burnout je tak často důsledkem selhání při hledání smyslu života“.<sup>1</sup>

### 1.2.3. Příznaky vyhoření

Syndrom vyhoření obsahuje postojové, situační, emocionální a fyzické komponenty. Z postojových je to zejména snížené sebehodnocení jako důsledek pocitu menší profesní kompetence, negativismus a nechuť věnovat se práci. Situační složky zahrnují mj. zvýšenou iritabilitu a snadnou unavitelnost, převládající emocionální ladění je negativistické, objevují se cynismus a celkový útlum.

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 11

S vyhořením se pojí i fyzické symptomy typu únava, poruchy spánku, bolesti hlavy aj. Objektivně pozorovatelné je dlouhodobé významné snížení výkonnosti.<sup>1</sup>

## **PSYCHICKÉ PŘÍZNAKY**

### V kognitivní rovině (poznávací a rozumové)

- ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti
- nechut', lhostejnost k práci
- negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu
- únik do fantazie
- potíže se soustředěním, zapomínání

### V emocionální rovině

- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost
- pocit nedostatku uznání

## **TĚLESNÉ PŘÍZNAKY**

- poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocem, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání)
- rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak

## **SOCIÁLNÍ VZTAHY**

- ubývání angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům
- omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými
- omezení kontaktů s kolegy

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Praha: Portál,2001, s. 81



- přibývání konfliktů v oblasti soukromí
- nedostatečná příprava k výkonu práce<sup>1</sup>

O závažnosti problému vyhoření svědčí i fakt, že je na něj pamatováno v Mezinárodní klasifikaci nemocí:

**OBRAZ SYNDROMU VYHOŘENÍ**  
*dle ICD 10 - Mezinárodní klasifikace nemocí*

Kategorie Z 73.0 Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života

další položky této kategorie: Vyprahlost (vyhasnutí, vyhoření) a Chybění relaxace a odpočinku:

skupina 0 „Vyhasnutí (Vyhoření)“ Stav životního vyčerpání

skupina 1 „Zdůraznění rysů osobnosti“, Model chování typu A (charakterizovaný bezednou ctižádostí, potřebami velkého úspěchu, netrpeľivostí, soutěživostí a pocitem naléhavosti)

skupina 2 „Nedostatek zotavení a volného času“

skupina 3 „Stres, nezařazený jinde“

skupina 4 „Nepřiměřené společenské obratnosti, nezařazené jinde“

skupina 5 „Konflikt společenské role, nezařazený jinde“

skupina 6 „Omezení činnosti způsobené neschopností“

skupina 8 „Jiné problémy spojené s obtížemi při vedení života“

skupina 9 „Problém spojený s neurčitou obtížností při vedení života, NS“

Zde je tedy hlavní prostor pro diagnózu syndromu burn-out, v návaznosti na výše uvedené charakteristiky se zdá, že (zvláště v případě nejasností či pochybností) by mohl syndrom vyhoření, či některé jeho momentálně dominující symptomy, být v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen částečně také do skupiny diagnóz F 48 – „Jiné neurotické poruchy“, a to zvláště do podskupin F 48.1 – „Depersonalizace a derealizace“. Vzácna nemoc, kde pacient si spontánně stěžuje,

<sup>1</sup> TOŠNEROVÁ, T.TOŠNER,J. Burn-Out syndrom.Prahy: Hestia,2002, s. 8

že jeho duševní aktivita, tělo a okolí se změnilo ve své kvalitě, takže jsou neskutečné, vzdálené nebo automatické. Nejčastější z variabilních fenoménů jsou ztráta emocí a pocity odcizení nebo neskutečnosti vlastního těla, myšlení a okolí. I přes dramatickou povahu tohoto prožitku si je subjekt vědom neskutečnosti těchto změn. Sensorium je normální a schopnost vyjádření emocí neporušená. Depersonalizační-derealizační příznaky se mohou objevit jako část diagnostikovatelné schizofrenní, depresivní, fobické a obsedantně-kompulsivní poruchy. V těchto případech by měla být hlavní diagnostikou základní porucha.

Teoreticky lze uvažovat o souvislosti se skupinou diagnóz F 43 – „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“. Tato kategorie se liší od jiných tím, že zahrnuje poruchy, které lze definovat nejen na základě symptomologie a průběhu, ale též na základě jednoho nebo druhého ze dvou příčinných vlivů, a to výjimečně zatěžující životní události, vyvolávající akutní reakci na stres nebo významné životní změny, vedoucí k trvale nepříznivým okolnostem, které vedou k poruše adjustace. Ačkoliv méně závažné psychosociální stresy („životní události“) mohou vyvolat začátek nebo přispět k obrazu širokého okruhu poruch, zařazených v této kapitole na jiném místě.

Důležitost těchto stavů pro etiologii není vždy jasná. V každém konkrétním případě lze zjistit závislost na individuální, často idiosynkratické citlivosti a zranitelnosti. To znamená, že životní události nejsou ani nezbytným, ani dostatečným faktorem k vysvětlení vzniku onemocnění a jeho typu. Naproti tomu o chorobách, zmíněných v této kapitole, se domníváme, že vznikají vždycky jako přímý důsledek akutního těžkého stresu nebo trvalého traumatu.

Stresová událost nebo trvalé nepříznivé okolnosti jsou prvotním a nejdůležitějším příčinným faktorem a toto onemocnění by bez tohoto vlivu nemělo vzniknout. Onemocnění v tomto oddíle tak mohou být považována za maladaptivní odpovědi na těžký nebo trvalý stres, kde selhaly mechanismy úspěšného vyrovnání s ním, což vede k narušení sociálního fungování nemocného.

*(Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize, World Health Organization, Ženeva, 1992, Czech Edition Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha 1992)<sup>1</sup>*

---

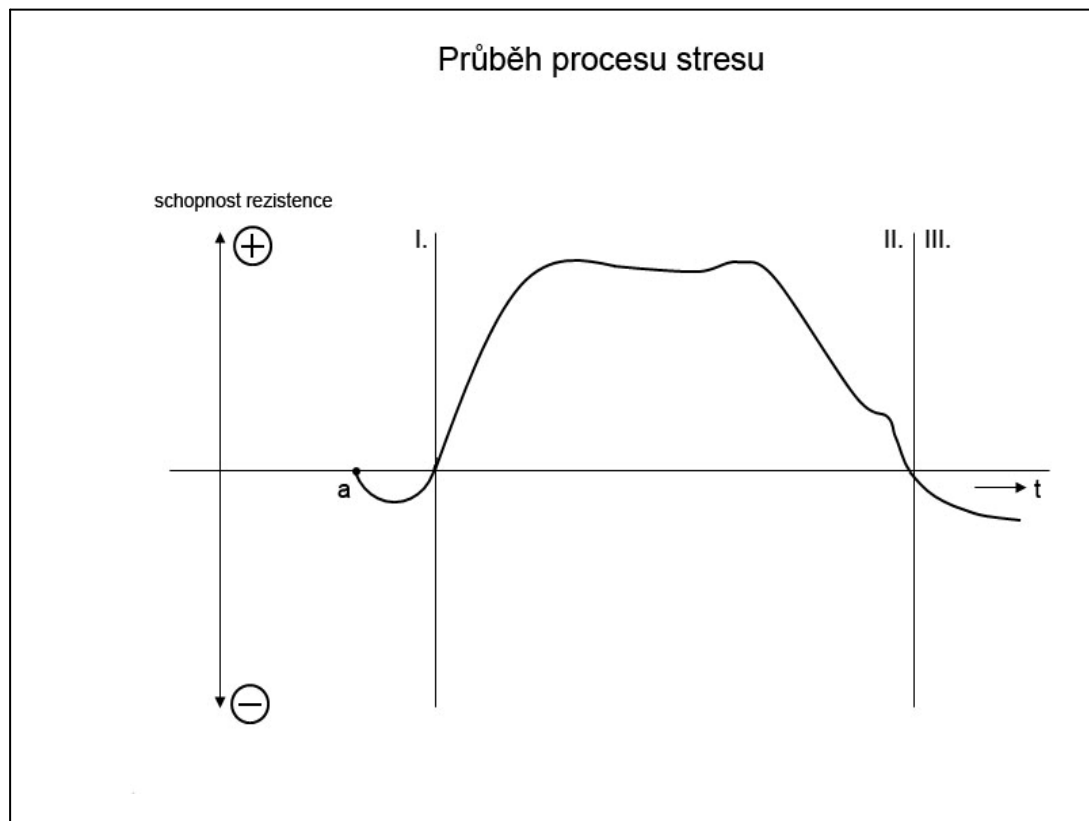
<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.9

## 1.2.4. Fáze vyhoření

Jeden ze způsobů, jak pochopit proces vyhořování, je sledovat, co vyhoření – totálnímu psychickému vyčerpání - předcházelo.

### Fáze procesu psychického vyhoření

Syndrom burn-out není osamoceným jevem. Je do určité míry konečným stadiem procesu, který profesor Hans Selye – zakladatel souborného studia stresu – nazval GAS – General Adaptation Syndrom (obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi).<sup>1</sup>



**Průběh procesu zvaného „stres“ podle Hans Selyeho** (Křivohlavý, 1998).

- I. První fáze:** působení stresoru (a = podnět typu stresoru, který zasahuje do děje),
- II. Druhá fáze:** zvýšená odolnost vlivem mobilizace obranných sil organismu,

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.60

**III. Třetí fáze:** vyčerpání rezerv, sil a obranných možností (t = plynoucí čas). Do této fáze stresu se obvykle zařazuje průběh syndromu burn-out.

Jev zvaný burn-out – vyhoření, vyčerpání psychických sil a nadšení není jevem statickým. Jde o proces, který má svůj začátek, průběh a výsledný stav. Pro tento charakteristický časový průběh je někdy přirovnáván k lidskému životu.

Počet fází, které psychologové v procesu burnout – vyhoření vyčlenili, je různý. Podle Christiny Maslach čtyřfázový model (jak uvádí Křivohlavý 1998):

1. Idealistické nadšení a přetěžování.
2. Emocionální a fyzické vyčerpání.
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením.
4. Terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti („sesypání se“, a vyhoření všech zdrojů energie).<sup>1</sup>

Řada autorů dnes akceptuje uspořádání do pěti fází podle Edelwiche a Brodskyho (dle Tošnerová, Tošner, 2002)

Proces, jehož vrcholem je vyhoření, většinou trvá mnoho měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou být různě dlouhé.

Fáze vývoje syndromu vyhoření:

- \* **nadšení:** vysoké ideály, vysoká angažovanost;
- \* **stagnace:** ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele začínají obtěžovat;
- \* **frustrace:** pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání;

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.60

- \* **apatie**: mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám;
- \* **syndrom vyhoření**: dosaženo stadia úplného vyčerpání - ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem.

Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu hledá většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech.

Z poslední fáze úplně rozvinutého syndromu vyhoření je cesta zpět již velmi těžká. Je štěstí, pokud se podaří proces pochopit a zastavit ve fázích frustrace, či apatie. Nejlepší předpoklady k tomu, abyste rozvoji burn-out syndromu zabránili, jsou ve fázi stagnace<sup>1</sup>.

V koncepci R. Schwaba (jak předkládá Kebza V. Šolcová I. 2003)<sup>2</sup> vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami a jeho vývoj má 3 fáze:

- 1) nerovnováha mezi požadavky zaměstnání (práce) a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát (stress);
- 2) bezprostřední krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání (strain);
- 3) změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů). Někteří autoři hledají východisko k poznání podstaty burnout syndromu podrobnějším členěním jeho fází. Tak např. R. Golombiewski, R. Munzenrider a J. Stevenson stanovili v roce 1986 celkem osm stadií rozvoje syndromu vyhoření operacionalizovaným uplatněním tří komponent dotazníku „Maslach Burnout Inventory“ (MBI) z hlediska jejich nízké, střední a vysoké úrovně. Jako nejvýznamnější komponentu chápou emoční exhausci. Zpočátku jsou všechny tyto tři komponenty MBI na nízké úrovni, postupně však narůstají, přičemž emoční exhausce se uplatňuje až ve druhé polovině vývoje těchto

<sup>1</sup> TOŠNEROVÁ, T. TOŠNER, J. Burn-Out syndrom. Praha: Hestia, 2002, s. 5

<sup>2</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s. 14

fází. Jeden z izraelských psychologů, zabývajících se burnout syndromem, I. Friedman postuloval (1996) tzv. Multipathway to Burnout (MPB) Model, pokoušející se o vyjádření průběhu vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí, či směrů: Kognitivní (sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti) a emocionální (pocit přetížení a emocionální exhausce). Postupný rozvoj obou těchto směrů prochází třemi stadii (1. nebezpečí stresorů, 2. primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu, 3. reakce na tyto zkušenosti), přičemž rozvoj vyhoření může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání.<sup>1</sup>

Je zřejmé, že je zcela na místě uvažovat o vývojových stadiích či fázích burnout syndromu, neboť skutečně nejde o neměnný stav, ale o neustále se vyvíjející proces.

## 1.2.5. Rizikové faktory

- již samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (ale i pouze kontakt s lidmi
- nutnost čelit chronickému stresu
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita
- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.14

- neschopnost relaxace
- negativní afektivita, depresivní ladění
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy
- vyšší skóre životních událostí a „daily hassles“
- permanentně prožívaný časový tlak („rush out“ a „rush up“ syndrom)
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvl. v oblasti kardiovaskulárního aparátu („hot reactors“)
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- stabilně prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese (jako chování, v němž dochází k behaviorální expresi obojího, tj. tzv. AHA syndrom–„Anger, Hostility, Aggression“ Ch. Spielbergera)<sup>1</sup>
- syndrom „hopelessness-helplessness“ (prožitek bezmoci a beznaděje) a behaviorální ekvivalent, komplex „giving up-given up“, tj. komplex vzdání se vs. zanechání druhými

#### **Protektivní faktory ve vztahu k syndromu vyhoření**

- chování typu B – dostatečná asertivita
- schopnost a dovednosti relaxovat
- vhodný time-management (umění nedostat se pod časový tlak)
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost („resilience“) ve smyslu hardiness či smyslu pro koherenci (sense of coherence)
- personal competence, pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- ego-kompetence

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.15

- self-efficacy, víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění
- percipovaná kontrola („perceived control“)
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- „flow“ – příjemný tok, či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- „social support“, sociální opora, v případě burnout syndromu se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení („peer-support“)
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody („well-being“), zahrnuje podle E. Dienera životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí, definované dle Wilsona následujícím souborem adjektiv: Mladý, zdravý, vzdělaný a vychovaný, vykonávající zaměstnání, jež jej uspokojuje, dobře placený, extravertovaný, optimistický, bezstarostný, věřící, ženatý (vdaná), s vysokým sebehodnocením, sebeúctou a pracovní morálkou, s mírnými a splnitelnými aspiracemi a se širokou inteligencí. Za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření jsou považovány inteligence a hlavní demografické charakteristiky jako jsou věk, stav, vzdělání, délka praxe v oboru atd.

Názory se poněkud liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice: někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje syndromu vyhoření. Zdá se, že tuto rozdílnost pohledů vyvolaly okolnosti, jež v obou skupinách šetření nebyly dostatečně kontrolovány (např. podrobnější charakteristiky sledovaných profesních skupin, socioekonomický status atd.). Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné: zvl. v publikacích z první vlny výzkumů burnout syndromu v osmdesátých letech se setkáváme s názorem, že výskyt vyhoření je častější u žen (někdy je udáván dokonce až dvojnásobně vyšší), v dalších studiích se objevují i vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně alespoň částečně ovlivněny mj. i demografickými parametry populačních vzorků (řada výzkumů je prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách, jako jsou zdravotní sestry, učitelky,



lékařky atd.). Poslední výzkumy ukazují jednak transitorní povahu burnout syndromu, jednak jeho značnou přilnavost ke konkrétním situačním podmínkám: odblokování stresorů, které zapříčiňují burnout, vede k rychlému poklesu ukazatelů burnout syndromu, po návratu do původních situačních podmínek však následuje i návrat k původnímu stavu. Westman a Eden zjistili v roce 1997, že po čtrnáctidenní dovolené se ukazatele vyhoření částečně obnovují již po třech dnech v zaměstnání. Po 3 týdnech v zaměstnání, pokud se nezměnily podmínky jeho vykonávání, se již ukazatele burnout syndromu dostávají na úroveň před dovolenou.<sup>1</sup>

### 1.2.6. Odlišnost syndromu vyhoření od jiných psychických jevů

Vyhoření je negativním emocionálním jevem v lidském životě. Negativních jevů obdobného druhu je však více. Důležité je odlišení.

- Burnout a stres

Stres je definován napětím mezi tím, co člověka zatěžuje (tzv. stresory) a zdroji možností tyto zátěže zvládat (tzv. salutory). Do stresu se může dostat každý člověk, avšak burnout se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací. Mají vysoké cíle. Vysoká očekávání. Mají výkonovou motivaci. Kdo takovouto vysokou motivaci nemá, může se dostat do stresu, ne však do stavu burnout. Stres se může objevit při různých činnostech, avšak burnout se obvykle objevuje jen u těch činnostech, kde člověk přichází do osobního styku (jednání) s druhým člověkem – při práci lidmi. Tam, kde práce je pro určitého člověka smysluplná a překážky jsou zdolatelné, tam k burnoutu nedochází.

- Burnout a deprese

Deprese podobně jako burnout patří do souboru negativních emocionálních jevů, kterými se zabývá psychologie. Podle statistik WHO (World Health Organisation – Světové zdravotnické organizace) patří deprese k nejčastějším

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.16

nemocem v celosvětovém měřítku. Může propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují – jako burnout. Může však stejně dobře propuknout u lidí, kteří intenzivně nepracují, případně nepracují a nepracovali téměř vůbec. Deprese může být vedlejším příznakem burnout, avšak může se vyskytovat nezávisle na něm. Deprese má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, které burnout nemá. Deprese se dá léčit farmakoterapeuticky, u burnout se to však dosud nepodařilo. U burnout syndromu je léčba hledáním smysluplnosti života a to je kvalitativně odlišná forma terapie.

- Burnout a únava

Únava je dalším negativním psychologickým zážitkem, který se vyskytuje i při vyhoření. Obecně má však únava užší vztah k fyzické zátěži (tělesné námaze), než tomu je u vyhoření. Z takové fyzické námahy je možno se dostat odpočinkem (krátkodobou relaxací), což u vyhoření není možné. Únava z fyzického zatížení (např. u sportovců) je častokrát pocíťována kladně. Naproti tomu u vyhoření se jedná o pocit veskrze negativní. U vyhoření je únava úzce spojována s pocitem selhání a marností.

- Burnout a odcizení

Odcizení patří do skupiny negativních emocionálních zážitků. Odcizení lze definovat jako druh anomie (ztráty normální zákonitosti), k němuž dochází tam, kde lidé zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohly řídit jejich jednání a byly směrodatným měřítkem jejich životních hodnot. Pravdou je, že pocity odcizení je možno pozorovat i v syndromu vyhoření. Tyto příznaky se tam však objevují až v posledním stádiu vyhoření. Nikdy ne na začátku tohoto procesu. Na začátku je situace naprosto opačná. Burnout se vyskytuje jen u lidí, kteří byli zpočátku nadšeni prací. Odcizení se vyskytuje i u těch kteří nikdy ničím nadšeni nebyli, kterým moc nešlo o to, co dělali. Odcizení se vyskytuje u lidí, pro které to, co dělali, nebylo smyslem jejich života. U vyhoření je tomu naopak.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.52-53

## 1.2.7. Diagnostika syndromu vyhoření

Identifikace syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých příznaků u osob, v jejichž chování se burn-out syndrom začíná projevovat, jednak z prožitku těchto příznaků u postižených osob, jenž lze lépe identifikovat, pokud člověk o charakteristice tohoto syndromu již něco ví, a konečně ze speciálních psychologických metod, které byly k diagnostice tohoto syndromu vytvořeny.

Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách. Jde například o Maslach Burnout Inventory od Ch. Malachové a S. Jacksonové, a o Burnout Measure od A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho. Ve Státním zdravotním ústavu byly vytvořeny v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi.

Související otázkou je, které osobní charakteristiky predisponují k burn-out syndromu, které činí člověka náchylným ke vzniku a manifestaci tohoto syndromu. Osoby náchylné k vyhoření lze charakterizovat empatií, sensitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými a podobně.

Lékař diagnostikuje nemoc podle zcela určitých příznaků (symptomů). S psychickým stavem vyhoření je tomu obdobně. I v tomto případě se ohlížíme po souboru příznaků, které tvoří syndrom burn-out (ucelený obraz příznaků stavu psychického vyhoření).

Poznávat a přesně určovat (diagnostikovat), že v daném případě jde o stav psychického vyhoření je možno různými způsoby. Je to možno poznávat na sobě – pozorováním vlastního stavu (toho, co se mnou děje). Je to možno poznávat u druhých lidí - viděním změn v jejich chování a jednání.

ORIENTAČNÍ DOTAZNÍK - Čtveřice autorů Dno Hawkins, Paul Maier, Frank Minirth a Chris Thursman<sup>1</sup> uvádějí mimo jiné i velice jednoduchou a přitom pro praxi vhodnou metodu poznávání blížícího se stavu psychického vyhoření. Je typu diagnostické obsluhy – vhodná pro každého, kdo si chce sám zjistit, jak to s ním vypadá. Velký klad je v tom, že respektuje psychické vyhoření jako proces

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.33

a ne jako momentální statický stav. Vidí zrod tohoto psychického stavu, jeho vývoj, rozvoj i vyvrcholení. Umožňuje včas se vyhnout tomu nejtěžšímu.

Uvedu příklad několika otázek a tvrzení z tohoto souboru, na něž respondent odpovídá ANO či NE.

1. Čím dále, tím více poznávám, že se nemohu dočkat konce pracovní doby, abych mohl práci opustit a jít domů.
2. Častěji myslím na změnu zaměstnání.
3. Mám stále častěji bolesti hlavy nebo bolesti hlavy trvají déle.
4. Cítím, že jsem ztratil iluze – pociťuji nedostatek něčeho, pro co bych se mohl nadchnout.
5. Cítím se bezmocný a nevím, jak se dostat z problémů, které mám.

Otázek a tvrzení tohoto typu je 24. Je-li většina odpovědí ANO, pak to naznačuje, že v tomto případě jde skutečně o možnost zrodu syndromu psychického vyhoření. Znamená to, že je bezpodmínečně nutné se o svoji situaci zajímat a zabránit tak propuknutí následné krize.

Další možností jak vypočítat míru vlastního psychického vyhoření, je použití DOTAZNÍKU BM – PSYCHICKÉHO VYHOŘENÍ. Autorkou je profesorka Dr. Ayala Pines a Elliot Aronson, PhD<sup>1</sup>.

Opět uvádím příklad několika z 21 tvrzení.

1. Byl jsem unaven.
2. Prožíval jsem krásný den.
3. Byl jsem nešťastný.
4. Cítil jsem se jako bych byl nula (bezpečný).
5. Cítil jsem se pln optimismu.

Používáme sedmistupňového ohodnocení každého tvrzení.

1 - nikdy, 2 - jednou za čas, 3 - zřídka, 4 - někdy, 5 - často, 6 - obvykle, 7 - vždy

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.36

Tento dotazník je zaměřen na tři různá hlediska jednoho jediného psychického jevu – celkového vyčerpání.

1. Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání – jako pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, pocity stavu, kdy je člověk náchylný k tomu, aby onemocněl pocity ztráty sil – udření.

2. Pocity emocionálního (citového) vyčerpání – pocity tísně (deprese), beznaděje, bezvýchodnosti, pocity jakoby chycení do pastí.

3. Pocity duševního (psychického) vyčerpání – pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí (kladných představ o sobě a o světě), pocity marnosti vlastní existence.

Faktorová analýza ukázala, že vyčerpání je hlavním a v podstatě jediným faktorem, který sytí tento dotazník. Nejvýrazněji tento faktor vyjadřuje výrok: „Dále to již nejde“ či „nejsem s to již dále pokračovat“.

Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření syndromu burn-out patří metoda **MBI – METODA MASLACH BURNOUT INVENTORY<sup>1</sup>**. Touto dotazníkovou metodou se zjišťují v podstatě tři faktory:

**EE – emotional exhaustion** – emocionální vyčerpání

Emocionální vyčerpání, ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoliv činnosti, nulová motivace k nějaké činnosti – jsou považována za základní příznaky syndromu burn-out. EE je nejsměrodatnějším ukazatelem přítomnosti burn-out.

Je na ni také speciálně zaměřena dotazníková metoda.

**DP – depersonalizace** – ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem

Tento projev psychického vyčerpání je zřejmě vyjádřen u lidí, kteří mají velkou potřebu kladné odezvy (odpovědi) od lidí, kterým se věnují (ve službách, pečovatelské a učitelské činnosti, vedení pracovního týmu). Když se jim této kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. Přestávají v nich

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.40

vidět lidské osobnosti, ztrácí k nim povinný respekt a bezpodmínečnou úctu. V extrémních případech jednají s nimi jako s neživými předměty.

### **PA – personal accomplishment** – snížení výkonnosti

S touto charakteristikou syndromu psychického vyhoření se setkáváme zvláště u lidí s nízkou mírou zdravého sebe-cenění, sebe-hodnocení, sebe-důvěry. Tím, že si sami sebe moc necení, nemají též dostatek energie ke zvládnání stresových situací, konfliktů a životních těžkostí.

V dotazníku MBI je 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek zaměřených na DP a 8 otázek zaměřených na PA. U každé otázky je možnost odpověď vyjádřit jedním ze sedmi stupňů odpovědní stupnice.

Mimo tyto metody zjišťování stupně vyhoření existuje řada dalších.

## 1.2.8. Prevence

Jestliže je vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto nerovnováhu zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu, jednak na straně zaměstnavatele (podniku) změnou jeho organizace a kultury.

Vzhledem k tomu, že se burnout syndrom promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti – absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí, snížená pracovní spokojenost aj. – má i ekonomické důsledky. Je i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí burnout syndromu zabýval. Proto je nyní v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení ad.

Řada podniků (nikoli ovšem u nás) investuje do kondičních programů, které prokazatelně snižují fyzický i psychický stres, a tím i náklady na nemocenské dávky a fluktuaci pracovníků. Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení participace pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, spokojenost se spolupracovníky, spokojenost s postupem,

spokojenost s finančním ohodnocením, jasný kariérní řád. Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí, názorů a postojů k těmto otázkám.<sup>1</sup>

### **Zásady duševní hygieny pro profesionály pracující s lidmi**

U těchto profesí je důležité vytvořit si jistý odstup od klientů. Podle Malachové (Křivohlavý 1998) si k tomu profesionálové pomáhají různými technikami, např.:

- sémantickým odosobněním, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou, „pacošem“ apod.,
- intelektualismem, kdy profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu,
- izolací, jasným rozlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem.

Protože je vysoce důležité nepotlačovat své pocity, ale mluvit o nich, vyjadřovat je, je potřeba vytvořit vhodné prostředí (může to být porada, při které jsou probírány obtížnější případy pracoviště, Bálintovské skupiny apod.). Lze však také zajít za kolegou a probrat s ním své pocity. U psychoterapeutů je vhodným protějškem supervizor. V rámci pracovního dne zařadit přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, relaxací, či meditací. Důsledně oddělovat pracovní život od osobního.

### **1.3. Kdo je ohrožen syndromem vyhoření**

V současných přístupech je možno říct, teoreticky může syndrom vyhoření postihnout kohokoliv kdo něco dělá (nepostihuje jen lidi jako zaměstnance; může se vyskytnout např. i u někoho, kdo dlouhodobě pečuje o nemocného člena rodiny nebo se snaží zvládnout nelehkou rodinnou situaci). Nejprve byl syndrom vyhoření spojován u některých zaměstnaneckých kategorií pracujícími s jinými lidmi

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.19

(zvl. u lékařů, zdravotních sester, učitelů, policistů, což byly profese, na něž byl od počátku zaměřen zájem psychologů).

Z hlediska závažnosti dopadů syndromu vyhoření považuje autor této práce oblast zdravotnictví. Kde mohou být přímo či nepřímo ohroženi lidé, kteří jsou odkázáni na poskytovanou péči.

Byla to právě situace ve zdravotnictví, která jako první upozornila na syndrom vyhoření. Přesněji to byla situace zdravotních sester v hospicích, tedy zařízeních, která poskytují umírajícím pacientům paliativní péči (bolest tišící a základní životní funkce usnadňující činnosti).

Podobně tomu bylo na onkologických odděleních v době, kdy na rakovinu umíralo poměrně vysoké procento pacientů a kdy účinnost terapie byla relativně nízká. Třetí oblastí nejčastějšího výskytu syndromu vyhoření ve zdravotnictví byla oddělení intenzivní péče JIP.

Postupně se ukázalo, že s tímto syndromem psychického vyčerpání je třeba počítat i u zdravotních sester dalších oddělení a zdravotnického personálu.<sup>1</sup>

Ukazuje se však, že burnout se nevyhýbá ani lékařům, a že se s ním setkáváme ve vyšší nežli průměrné výši u všech zdravotnických pracovníků. Burnout je jedním z hlavních důvodů odchodu ze zaměstnání (fluktuace) a změny místa v zaměstnání ve zdravotnictví. V USA se ukazuje, že v některých zdravotnických oborech mění své místo a zaměstnání až 70% zdravotních sester ročně. Jedna studie, zaměřená na fluktuaci lékařů (R.Nedrcat) ukázala, že 58% lékařů na onkologických odděleních (ze sledovaného souboru 248 lékařů) změnilo během roku své pracoviště.

Na dotazy typu: „Co vás nejvíce negativně ovlivnilo, že vaše nadšení pro práci ve zdravotnictví ochablo“, byly slyšet častokrát odpovědi typu:

„Nebyla jsem ze školy připravena na emocionální zátěž, s níž jsem se v praxi setkala“.

„Neunesla jsem emocionální tíži sdělování špatných zpráv rodinným příslušníkům pacientů“. „Bylo nás málo a práce nad hlavu“.

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 20



„Vedení bylo neuznalé, nebylo s to naší práci a snahu ocenit – pořád jen nám vedoucí sestra něco vytýkala, ale nikdy mne za nic nepochválila“ atp.

Sonneck (1994), který studoval sebevražednost pracovníků ve zdravotnictví, upozorňuje, že u německých lékařů je sebevražednost o 50% vyšší, nežli je celoněmecký průměr (pro veškeré obyvatelstvo). U rakouských lékařů je sebevražednost dokonce o 250% vyšší, nežli je celostátní průměr – podobné údaje je možno číst u Baemayra a Feneleine (1984 atp.)<sup>1</sup>

## **PŘEHLED PROFESÍ S RIZIKEM VZNIKU SYNDROMU VYHOŘENÍ**

- lékaři (zvláště klinici, z nich zvl.lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.)
- zdravotní sestry
- zdravotnický personál (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.)
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci ve všech oborech
- poradci ve věcech sociální péče
- učitelé
- policisté
- pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva vnitra
- žurnalisté
- politici
- sportovci (atleti, profesionální hráči, trenéři)
- duchovní (kněží, faráři, kazatelé)
- poradci v organizačních věcech
- vedoucí pracovníci všech stupňů
- právníci
- pedagogové pracující s duševně postiženými dětmi
- vedoucí letecké dopravy
- piloti a osádky letadel

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 21

- podnikatelé a manažéři
- obchodníci
- vyjednavatelé
- sociální kurátoři atp.
- duchovní a řádové sestry

někdy se burnout syndrom projevuje i u nezaměstnaneckých kategorií, vždy však u osob, které jsou v jakémkoliv kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu – např. u výkonných (špičkových) umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.).<sup>1</sup>

### **Dílčí shrnutí**

Většina pojetí syndromu vyhoření se shoduje na následujících bodech:

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvl. u profesí, obsahujících podstatnou složku pracovní náplně „práce s lidmi“.
3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a „opotřebení“ a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu rezultují z chronického stresu (srovnej KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, 2003).

---

<sup>1</sup>KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.8

## 1.4. Zdravotnická psychologie

Zdravotnická psychologie je praktickou aplikací psychologie ve zdravotnické praxi. Podobný obsah má termín psychologie v lékařství nebo medicínská psychologie. **Lékařská psychologie je souhrn psychologických znalostí a dovedností, jež používá ve své činnosti zdravotnický pracovník.**

Ve zdravotnické psychologii rozlišujeme:

- **obecnou zdravotnickou psychologii**, která studuje jednak:
  - prožívání nemoci pacientem (psychologie nemocného)
  - otázky vztahu nemocného a lékaře nebo zdravotní sestry
  - psychologii zdravotníků
  - reagování nemocného na zdravotnické prostředí
- **speciální zdravotnickou psychologii**, tj. psychologii v jednotlivých medicínských oborech s jejich specifickými problémy
- **klinickou psychologii** chápeme jako aplikaci poznatků psychologie psychologem v klinické praxi, a to s použitím speciálních vyšetřovacích, výzkumných a psychoterapeutických metod, lékař není pro použití vyšetřovacích psychologických metod odborně připraven ani profesionálně oprávněn<sup>1</sup>

Dnešní medicína je výrazně určována dobou, do jejíhož rámce je zasazena. Tento vliv se na prvním místě projevuje technizací všech oborů, tedy zaváděním a rozvojem velmi účinných přístrojů a postupů. Pro medicínu je tradiční převaha fyzikálních, chemických a patologicko-anatomických znalostí, za podstatné se považuje to, co je možno zachytit smysly (ideální vzor je rentgenový snímek), zapomíná se, že i „objektivní data“ (laboratorní výsledky, křivky EEG, EKG...) vyžadují zhodnocení a zaujetí stanoviska, jež může být subjektivní, tj. ovlivněné teoretickými názory a osobní zkušeností lékaře. Neprávem je kritizována také anonymita institucí, tedy i jejich zaměstnanců – zdravotnického personálu.

---

<sup>1</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: SZÚ, 1999, s.3

To vše způsobuje dehumanizaci medicíny, čili opomíjí lidskou subjektivitu. Ale pacient je určitou osobností, tedy biopsychosociální jednotkou, proto i přístup k němu by měl být takový.

Člověk tvoří psychosomatickou jednotu, neboť duševní a tělesné děje jsou vzájemně propojené a k ovlivňování dochází v obou směrech. Tato jednota platí jak v době zdraví, tak v době nemoci, proto onemocnění, defekt apod. jsou vždy problémem celého člověka.

Přístup respektující tuto skutečnost nazýváme nejčastěji přístupem bioekopsychosociálním, psychosomatickým, celostním.<sup>1</sup>

### 1.4.1. Psychologie zdravotnického pracovníka

Zdravotnické povolání patří z hlediska odborné přípravy i konkrétního profesionálního výkonu mezi povolání náročná. Objektem práce zdravotnického pracovníka je nemocný člověk. Velký význam ve zdravotnické práci je kladen na dodržování žádoucích forem jednání ve vztahu k nemocným, ale i ke spolupracovníkům. Očekává se, že pracovník zvládne dnes již velmi odbornou činnost, práci s moderní technikou, unese fyzickou zátěž své práce, dovede ovlivnit a vést správným směrem prožívání a jednání nemocných, vykonává různé administrativní práce a v neposlední řadě je schopen se vypořádat s pracovními a rodinnými problémy, které život přináší. To vše mnohdy řeší v třísměnném provozu na velmi specializovaných pracovištích. Všechny tyto požadavky jsou vysoce náročné na osobnost člověka, profesionální průpravu, styl práce, způsob života i duševní stabilitu. K výkonu funkce zdravotnického pracovníka jsou nezbytné i určité osobnostní předpoklady, a to například:

- tvůrčí přístup, kterým zdravotník řeší svěřené úkoly, je schopen vnímat a realizovat nové podněty
- dostatečná kritičnost a sebekritičnost
- dávka empatie – vcítění se do vnitřního světa druhých
- porozumění problému nemocných

---

<sup>1</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: SZÚ, 1999, s.3

- vystupování – klidně, ne povýšeně, s pohotovými reakcemi, rozvážně, přiměřeně sebevědomě. Důležitá je trpělivost, umění se ovládat a odpoutat se od svých zájmů a potřeb.
- smysl pro humor, ale ne přehnaný optimismus, který budí u nemocného spíše nedůvěru. Je vhodné se smát s nemocným, ne nemocnému.
- hodnotová orientace – je v popředí každodenní činnosti, v motivaci, v zájmu o člověka a práci. Smysl pro povinnost a odpovědnost, dobrý vztah k lidem pomáhá naplnit poslání zdravotníka.
- humánní vztah k nemocnému – jde o projev vyrovnanosti a zralosti osobnosti
- vyrovnaná osobnost s klidným, přiměřeným sebevědomým vystupováním, rozvážnost, trpělivost, umění se ovládat.

Všechny tyto aspekty vyžadují sebekritickou kontrolu vlastního jednání. Určitý profesionální odstup by měl jít společně s pochopením a soucitem s trpícím člověkem. Sebevýchova by měla směřovat k osobnosti harmonické, vyrovnané, s dostatek odborných znalostí k výkonu tohoto zodpovědného povolání.<sup>1</sup>

## 1.4.2. Motivace lékařů

Proč se člověk stává lékařem, který se věnuje jenom určité specializaci? Jsou lékaři, pokud jde o jejich motivaci k práci, ve srovnání s jinými profesemi něčím zvláštní? Tyto a podobné otázky jsou pro budoucího lékaře zajímavé proto, že napomáhají sebepoznání a vytváření profesionální identity. Každý, kdo se chce stát lékařem, (stejně tak všechen ostatní odborný zdravotnický personál) si musí osvojit rozsáhlé všeobecné i úzké odborné znalosti a naučit se základním dovednostem z oblasti sociální komunikace. Musí se také naučit některým manuálním dovednostem. Neméně důležité je přijetí lékařské (zdravotnické) **role** a dosažení **vnitřní identity s povoláním** – teprve pak se z člověka s akademickým titulem stane opravdu lékař. Roli se učí a identitu získává spíše ke konci studia a po

<sup>1</sup> ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická Psychologie. 1.vyd.Praha:Grada,2007, s.63

nastoupení do praxe. Celý tento proces, z kterého se sice zkoušky neskládají, ale je samozřejmostí, usnadní průběžná sebereflexe – také proto musíme věnovat pozornost oblasti motivace práce ve zdravotnictví. Proč lidé studují medicínu? K této otázce se uskutečnil v letním semestru 1992 na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze malý anonymní průzkum formou písemného dotazování.<sup>1</sup>

některé typické odpovědi zkoumaného vzorku osob:

**Chtít pomáhat druhým – altruismus:** „Nejvíce tu mohu uplatnit svůj vztah k lidem, kteří jsou nešťastní a trpí“; „Podvědomé sociální cítění, snaha pomoci ostatním“.

**Prestižnost a atraktivnost povolání:** „získat vážené postavení mezi lidmi, autoritu“; „obrovský význam práce lékaře a očekávaná úcta ve společnosti“.

**Osobní negativní zkušenost s nemocí a se smrtí:** „Maminka je vážně nemocná, původně jsem chtěla pomoci jí“; „Zřejmě mě k tomu vedl můj neustálý pobyt v nemocnici jako pacienta, a to už od dětství“; „Smrt dvou příbuzných na rakovinu, chtěl jsem se dovědět, proč je rakovina tak zákeřná a jak pomoci druhým“.

**Ctižádost, snaha vyniknout:** „prestiž vystudovat tak těžkou školu, byl jsem jeden z nejlepších studentů gymnázia, myslel jsem si, že výběr nejtěžší školy je to nejšťastnější“; „ctižádost, naše fakulta je nejtěžší škola“.

S vůdčí altruistickou motivací a zdůvodněnou snahou vytvářet mezi pacientem a lékařem méně asymetrický vztah, který by reflektoval pacientovo prožívání, poněkud kontrastuje realita, že na našich lékařských fakultách, a také v Německu a v USA, stále silně převládá přírodovědecké pojetí studia medicíny (na rozdíl od praxe, která je už diferencovaná a vlastně výuku předbíhá).

### 1.4.3. Role lékaře, zdravotníka

Lékař – doktor je nejen v naší kulturní oblasti, ale všude na světě hodnocen tradičně vysoce pozitivně. Má významné etické a sociální postavení, i když dochází – pravděpodobně nejen u nás – do určité míry k detronizaci tohoto povolání a k jeho střízlivějšímu posuzování. Lékař ještě před několika desítkami let byl tím, kdo

---

<sup>1</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, s.81

„přinášel a obnovoval zdravé“, vracel nemocného „od smrti zpátky k životu“ a v představách lidí býval „pánem nad životem a smrtí“, „dělá zázraky“ a připisovala se mu až magická moc. Od lékaře byla a je očekávána nezištnost a obětavost, v představě lidí „musí být vždy k dispozici“. V zásadě si ho druzí váží a kladou na něho zvýšené požadavky, i když pravděpodobně v menší míře, než tomu bylo dříve. Vidíme, že role lékaře se postupně mění, bývá považován za odborníka v duchu přírodovědeckého obrazu světa. Dále si k němu aktuální či potenciaální pacient vytváří osobní vztah ( v představě nejednou patří mezi jeho známé a tak trochu „do rodiny“). Lidé od lékaře očekávají spíše dominanci, rozhodnost a aktivitu, zároveň pro sebe pochopení a z jeho strany osobní zájem. A samozřejmě má rychle a nejlépe bezbolestně pomoci. Představa lékaře o sobě, tedy jeho sebeobrana a profesionální identita jsou psychologicky nesmírně zajímavé a mají dalekosáhlý dopad na jeho práci. U úzce zaměřených, a zvláště „přístrojových“ specialistů se pravidelně setkáváme s tím, že jejich profesionální identita je oslabena či se nemůže pevněji vytvořit, neboť nepřístupují k pacientovi jako celku a také často nejsou schopni se o něho kvalitně komplexně postarat.<sup>1</sup>

#### 1.4.4. Role pacienta

Nemocný člověk se ocitá ve zvláštní situaci nejen v důsledku vlastního chorobného procesu, nýbrž i vlivem dalších psychologických a sociálních faktorů, které z onemocnění vyplývají. Tato situace pak může zpětně působit na vlastnosti nemocného, jeho jednání a samotný průběh nemoci. Zdravotník je zpravidla zaměřen na správnou diagnostiku a terapii a pro značný počet pacientů se většinou nezabývá jejich individuálními problémy<sup>2</sup>. K roli pacienta, „nemocného“, „bez-mocného“, patří jeho **podřízenost**, což souvisí s latinským výrazem *patientia*, tj. schopnost něco snášet, trpělivost, vytrvalost a tradičně trpná pasivita. Tato pasivita je však v novější době odmítána jako něco nežádoucího, pacient má být aktivní, ovšem v intencích lékařova úsilí po jeho uzdravení – toto úsilí má být společné. De facto je však v mnohém určující a aktivní pacient. Rozhoduje např. zpravidla o tom, u koho a zdali se vůbec bude léčit, na něm je dodržování ordinace. Léčbu

<sup>1</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, s.113

<sup>2</sup> ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická Psychologie. 1.vyd.Praha:Grada,2007, s.27

může přerušit, změnit lékaře atd. K roli pacienta dále patří i očekávání určité **pozitivní sociální odezvy** – bývá pardonován, litován, nemusí plnit běžné povinnosti (doma i v práci), nosí se mu dárky. S rolí nemocného bývá spojen názor, že na své nemoci nenese vinu, stejně tak že nemůže za své projevy, jež jsou v přímém vztahu a důsledku s jeho onemocněním.

### 1.4.5. Vztah mezi zdravotníkem a nemocným

Vzájemný kontakt mezi zdravotníkem a nemocným vyžaduje od zdravotníka nejen psychologické znalosti, nýbrž i schopnost empatie, osobní angažovanost, postřeh a pohotovost, které proměňují psychologické znalosti v umění psychologicky správně jednat s nemocným. U lékaře se jistá míra citu pro úzkost a rozladění pacienta předpokládá, přesto, jak bylo zjištěno, lékaři většinou nejsou příliš ochotni naslouchat svým pacientům. Pacient si předběžně připravuje dotazy na lékaře, průměrně asi čtyři, ale v ordinaci se mu podaří uplatnit stěží jeden či dva. Jakmile se pacient rozhovoří, ze strany doktora následuje pravidelné přerušení – v průměru za osmnáct vteřin!<sup>1</sup> Zdravotníkové chování k pacientovi by mělo být vymezeno pevnými pravidly. Vedle obecně lidového postoje k nemocnému člověku musí být uplatněny i zřetele profesionálně terapeutické, které zdravotníka nutí, aby se zamyslel nad vnitřní náplní i vnějšími formami role, v níž vůči nemocnému vystupuje. Zdravotník a nemocný se setkávají ve zvláštní situaci, a tím i ve vyhraněných sociálních rolích, které nejsou vždy plně zvládnuty. Postavení zdravotní sestry je ve vztahu k nemocnému ještě složitější, protože nemocný ji vnímá jako součást celého zdravotnického týmu, tj. v úzké spolupráci s lékařem, ale také samostatně. Sestra musí v nemocném budit důvěru ve své odborné znalosti, projevit vysokou dávku taktu a trpělivosti, je zasvěcována do problémů a starostí nemocného, do jeho nálad, depresí či osobnostních zvláštností;. Její role vyžaduje více porozumění, pochopení, laskavosti.<sup>2</sup>

Porozumění pacientovi má tři úrovně: osobnostní, vztahovou a týkající se poznání psychosociálních faktorů souvisejících s etiopatogenezí nemoci. Jestliže

---

<sup>1</sup> GOLEMAN, Daniel. Práce s emoční inteligencí. 1.vyd.Praha: Columbus, 2000, s.139

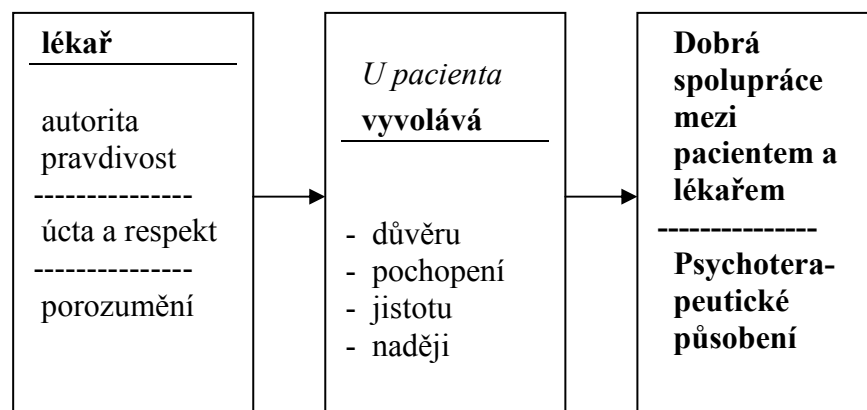
<sup>2</sup> ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická Psychologie. 1.vyd.Praha:Grada,2007, s.64



v lékařské praxi běžný přístup obohatíme o psychologický pohled, dostaneme plastický obraz nemocného člověka zasazeného do sociálních vztahů.

**Psychologický přístup** lékaře k pacientovi a důležitým osobám z jeho života znamená respektování a uvažování jejich osobnosti, psychického stavu a meziosobních vztahů, do kterých jsou zasazeni a jimiž žijí. Vytváří se tak atmosféra pochopení, jistoty, důvěry a naděje.

Psychologický přístup lékaře a jeho vliv na pacienta (Vymětal, 2003):



Při každém setkání se s pacientem, musíme respektovat jeho důstojnost. Pacient nesmí nabýt dojmu, že je jeho důstojnost ohrožena. Ohrožení důstojnosti může pacient pociťovat pokud se u něj objevuje stud, což vede k emočnímu napětí.

V meziosobních vztazích, tedy i ve vztahu mezi pacientem a lékařem, se projevuje velmi důležitá lidská potřeba a tendence, a touha po **akceptaci (přijetí) a uznání**. U pacienta, který bývá znejistěn a zpravidla prožívá úzkostné obavy a strach, se proto aktualizuje **potřeba bezpečí a jistoty**, kterou ve vztahu očekává a hledá. U lékaře je to naopak snaha po potvrzení profesionální zdatnosti, což souvisí s vytvářením a upevňováním jeho identity a sebevědomí. Vztah mezi lékařem a pacientem není něčím jednou provždy daným, nýbrž se vyvíjí. Velmi záleží na vzájemné komunikaci mezi oběma stranami.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003, s.120,132

## 1.4.6. Profesionální adaptace a deformace

Práce zdravotnických pracovníků je náročná jak po stránce fyzické, tak psychické. Řada pracovišť klade velké nároky i na emocionální „vybavení“ svých pracovníků – např. onkologická, psychiatrická, hematologická. Vědomí, že mnozí pacienti trpí nevléčitelnými chorobami, to vše klade na zdravotnické pracovníky obrovské nároky. Vzniká otázka, jak tíživé situace zvládnout. Je nutné se přiměřeně adaptovat, ale ne do té míry, aby se vytratil lidský přístup. Někteří zdravotníci reagují ve stresové situaci konfliktně, jiní si přes veškeré zatížení udrží vlídný a vysoce kladný vztah nemocným.

**Adaptace** – přizpůsobování se prostředí zdravotnického zařízení, ovlivněna hloubkou zájmu.

**Deformace** – projevuje se ztrátou lidské účasti, zájmu o nemocného, citovou lhostejností, neúctou k umírajícímu, otupělostí, popř. až cynismem, pramení z nespokojenosti, nezájmu o profesi, pocitu převahy nad pacientem. Zjevnou deformací je stylizace do některého z nežádoucích typů – rutinního, velitelského, hereckého...

Zdravotníci s těmito neadaptivními povahovými rysy jsou pro nemocné i spolupracovníky zdrojem problémů a neklidu. Nemocný člověk je zvýšeně úzkostlivý a citlivý na neúměrné projevy chování vůči jeho osobě mohou pro něj znamenat nebezpečí poškození. Zdravotník, ať už lékař nebo sestra, si někdy přestává uvědomovat, že jeho chování je sledováno i ostatními nemocnými, kteří se mohou cítit přístupem zdravotníků dotčeni nebo poškozeni. Takové chování má charakter profesionální deformace a na laika může činit dojem záměrného cynizmu, určité otrlosti při zdravotnické práci. Z tohoto hlediska je velmi nutné stále pečlivě kontrolovat průběh práce i svoje chování, věnovat pozornost i signálům procházejícím od přátel mimo zdravotnictví, upozorňují-li na některé zvláštnosti v našich projevech, které mohou s touto formou neadaptivního chování souviset.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>ZACHAROVÁ, Eva. Zdravotnická Psychologie. 1.vyd.Praha:Grada,2007, s.69

## 1.5. Osobnostní charakteristiky

Faktory, u kterých se ukázalo, že moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, moderují i možný vznik burnout syndromu. Škodlivý vliv psychosociálního stresu zasahuje sice somatickou strukturu, klíč k jeho moderaci se však stále častěji hledá na úrovni osobnosti. Související otázkou je, které osobní charakteristiky predisponují k burnout syndromu, které činí člověka náchylným ke vzniku a manifestaci tohoto syndromu. Osoby náchylné k vyhoření byly charakterizovány: empatií, sensitivitou, obětavostí, idealismem, zaměřeností na druhé, úzkostí, pedantstvím, entuziasmem, tendencí výrazně až přehnaně se identifikovat s druhými atp.<sup>1</sup>

Osobnost (personality) je definována jako celek duševního života člověka. Osobnost je poměrně stálá jednota charakteru, temperamentu, intelektu a těla, což umožňuje její jedinečnou adaptaci na prostředí (H.J.Eysenck- Psychologický slovník-2004)<sup>2</sup>

### 1.5.1. Typy chování

#### **Friedman a Roseman: „Typ A“ a „Typ B“**

Dva lékaři Meyer Friedman a Bay H.Roseman studovali vztah mezi výskytem různých druhů chorob srdce a krevního oběhu (např. infarktu, hypertenze atp.) a určitými formami chování a jednání lidí. Všimli si, že z hlediska výskytu infarktu myokardu je možno tyto lidi rozdělit do dvou skupin. Jedna z nich byla nazvána „typ A chování, druhá „typ B chování“. První skupina lidí /typ A chování) měla poměrně vysoký výskyt infarktu myokardu, skupina chování B měla výskyt infarktu poměrně malý.

Lidé zařazení do skupiny A jednali s mimořádnou energetičností. Obvykle jednali rychle – až příliš rychle. Chovali se vždy a všude soutěživě až soupeřivě.

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.18

<sup>2</sup> HARTL, Pavel. HARTLOVÁ, Helena. Psychologický slovník. 1.vyd. Praha: Portál 2000, s.379

Obvykle dělali několik věcí najednou. Byli velice pilní v práci. Zůstávali v ní často i dlouho přesčas. V jednání s druhými lidmi byli velice asertivní, často až agresivní a nepřátelští. Velice jim šlo o to, aby měli včas hotovo to, co dělali. Riskovali často až na hranici únosnosti. Častokrát se cítili ohroženi a prožívali své specifické úzkosti. Projevilo se to navenek např. na jejich prudkém nervním jednání. Byli netrpěliví k lidem. Zdáli se jim pomalí.

Druhá studovaná skupina lidí typu B měla jiné charakteristiky chování. I tito lidé měli velkou výkonnost. Úspěch za každou cenu však nebyl cílem č.1 jejich života. Žili pro víc, nejen pro podnik – i když podniku odevzdávali hodně. Dovedli nejen výkonně pracovat, ale i přiměřeně odpočívat. Zajímali se o to, co dělali, ale zajímali se i o jiné věci. Spektrum jejich zájmů bylo podstatně širší. Měli čas pro podnik, avšak měli i čas pro rodinu. Neříkali, že to všechno prostě nezvládají či „nestíhají“. Právě naopak. Druzí je obdivovali, jak to všechno zvládají. Úspěch v zaměstnání jim nebyl tím jediným, oč jim v životě šlo. Svůj život obvykle nekončil na koronárce, jak tomu bylo u lidí typu chování A.

Syndrom vyhoření se v pozdějších studiích objevoval podstatně častěji u lidí typu chování A, nežli u lidí typu chování B.

Jiným pohledem na typy osobnosti můžeme nalézt u C.G.Junga a jeho rozdělení lidí do dvou typů:

**A. Lidé, u nichž převládají emoce nad myšlením – *lidé emocionálního typu***

- vynikají velikou citlivostí ke společenskému dění i emocionálnímu stavu druhých lidí. Sami při tom vše hluboce emocionálně prožívají. Jsou citliví k potřebám druhých lidí a k jejich frustracím. Jsou schopni s druhými lidmi spolupracovat a poskytovat jim sociální oporu.

**B. Lidé, u nichž převládá myšlení nad emocemi – *lidé myšlenkového (kognitivního) typu***

- jsou vybaveni výbornou schopností rozumové analýzy a syntézy, logického myšlení, uvažování, souzení a usuzování. Jsou rození kritici a hodnotitelé toho, co a jak se děje. Mají jasné představy o tom, jak by se co dít mělo. Ve vztazích k druhým lidem jsou však znát jejich nedostatky tzv. snížená sociální inteligence. Jejich chování k druhým lidem je dosti emocionálně chudé a strohé. Z hlediska emocionálního vyhoření je třeba upozornit, že lidé prvního typu mají snahu více

pracovat s druhými lidmi (volit tzv. humanitní profese). Tam se dostávají do situací, které jsou jim blízké. Když se jim však věnují „totálně“, nic jiného neznají a sebe nedbají, snadno vyhoří. Stává se jim to – a právě těm nejlepším z nich – dosti často. Avšak i lidé druhého typu se dostávají do fáze vyhoření. Dochází k tomu tam, kde příliš dlouho bojují bezúspěšně „s drakem“, kde se jejich ambice neuskutečňují tak, jak by si přáli, kde se jim nedaří vyniknout podle jejich představ atp. <sup>1</sup>

## 1.5.2. Faktory osobnosti

Faktory osobnosti představují nejmladší, ale nejdůležitější přístup ke struktuře osobnosti. Matematicko-statistická metoda fakturování se v psychologii používala již předtím, než byly na začátku padesátých let minulého století v psychologii vytvořeny první faktorové modely osobnosti, od kterých si výrazně scientisticky orientovaní psychologové slibovali razantní zvědečtění studia osobnosti. Konstrukce těchto modelů totiž vycházela z objektivních údajů o vlastnostech osobnosti, tedy z psychometrických údajů, které ovšem nepokrývají všechny vlastnosti osobnosti, neboť se omezují jen na jejich měřitelné projevy. Uvedenými postupy byly nakonec zjištěny následující dimenze:

- *extroverze*: hovornost, upřímnost, dobrodružnost, společenskost, činorodost; jejím protikladem je *introverze*: uzavřenost, zamlklost, zahleděnost do sebe, plachost;
- *přívětivost*: adaptabilita, dobré naladění, důvěřivost; jejím protikladem je *nevraživost*, nedůvěřivost;
- *emocionální stabilita*: klid, vyrovnanost, přiměřené emocionální reakce, rozvážnost; jejím opakem je *emocionální labilita*, tj. náladovost, nepřiměřené emocionální reakce, nerozvážnost;
- *svědomitost*: kladný vztah k práci a k plnění úkolů, zásadovost; jejím opakem je negativní vztah k práci a k plnění úkolů, *nezodpovědnost*;

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s. 81-82

- *kultivovanost*: zvědavost, otevřenost vůči zkušenostem, nezávislost, kulturní založenost, imaginativnost, uhlazenost; jejím opakem je nedostatek vzdělanosti, *nedostatek kultivovanosti*, nadání a představitivost

Za nepochybně existující základní, důležitý a skutečný faktor osobnosti lze považovat faktor introverze-extraverze jako dva typy životních postojů.<sup>1</sup>

### **Dílčí shrnutí**

Odborná literatura popisuje a vysvětluje obecně platné psychosociální procesy a zákonitosti, které vedou v extrémních situacích k syndromu vyhoření. Různí lidé jsou vybaveni odlišnými osobnostními charakteristikami v boji se syndromem psychického vyhoření. Patří sem to co bylo označeno termínem „nezdolnost“, tvrdost, nepoddajnost, zaujatost, schopnost vidět možnost změn a vítat tuto možnost atp. Patří sem i typ chování A podle Friedmanna a Rosemanna. Patří sem i zdravá výkonová motivace s charakteristickou chápání úspěchu jako vedlejšího produktu a cíle snažení. Přesto, že byly prokázány rozdíly mezi lidmi z hlediska snadnosti propadnutí se do stavu psychického vyhoření, existují situace, které jsou tak těžké, že do tohoto stavu může propadnout téměř každý.

---

<sup>1</sup> NAKONEČNÝ, Milan. Úvod do psychologie. Praha: Academia,2003, s.287

## 2. Cíl a metody výzkumu

Cílem mé práce je zjistit zatížení zdravotnických pracovníků (radiologických asistentů) na dvou různých pracovištích. Zjistit, zda existuje vztah mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření. Zda existují typy osobnosti, které jsou více náchylné k syndromu vyhoření.

## 3. Metodika

### 3.1. *Použité metody*

Zvolenou metodikou je kvantitativní výzkum. Šetření pomocí dotazníků a testů. Na základě nejužívanějších dotazníkových metod pro diagnostikování syndromu burn-out jsem využil standardizovaného dotazníku – Inventář projevům syndromu vyhoření (viz příloha č.1). Tento dotazník hodnotí čtyři roviny: rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální. Součtem všech čtyř rovin se získá individuální stresový profil. Maximální hodnota v jedné rovině je 24, minimální – 0 bodů. Jako další součást šetření byl použit standardizovaný Psychologický test - stanovení faktoru extroverze-introverze (viz příloha č.4). Každý respondent obdržel baterii obsahující oba uvedené testy. Dotazníky byly anonymní. Anonymní dotazník zabraňuje pocitu nepříjemného vyzvídání a odpovědi jsou upřímnější. Ke každému dotazníku byly zjištěny pouze základní sociografické údaje, tedy věk, pohlaví, délka praxe a pracovní zařazení. Jako doplňující otázka byl zvolen dotaz na „největší stresor ve vašem zaměstnání“.

### **3.2. Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkum byl proveden v období od 28.1.2009 do 13.2.2009. Celkově bylo rozdáno 37 dotazníků. Data byla získána od 34 pracovníků. Pro kvantifikaci průzkumu byla zvolena dvě zdravotnická pracoviště na kterých působí radiologičtí pracovníci. Jednalo se o pracoviště radiologické kliniky nukleární medicíny a pracoviště radiační onkologie Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) a pracoviště Nemocnice u Sv.Anny v Brně (FNUSA). Tito pracovníci byli informováni o významu a účelu tohoto průzkumu. Vyplnění dotazníku bylo dobrovolné a anonymní. Po dohodnuté době jsem vyplněné dotazníky vyzvedl.



# 4. Výsledky

## 4.1. Rozbor výsledků

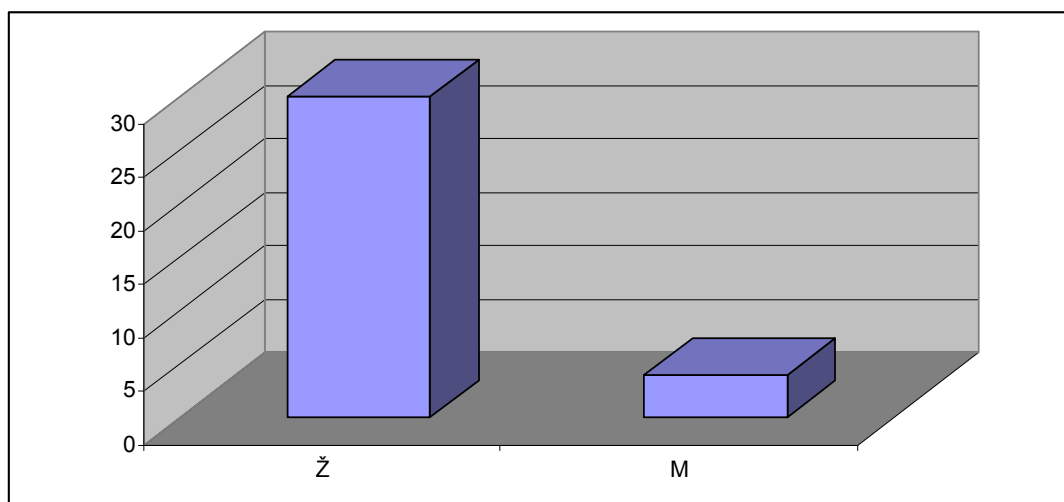
Graf č.1: Věkové složení respondentů



Zdroj: vlastní výzkum

do 30 let:15, 30-40:8, 40-50:6, nad 50:5

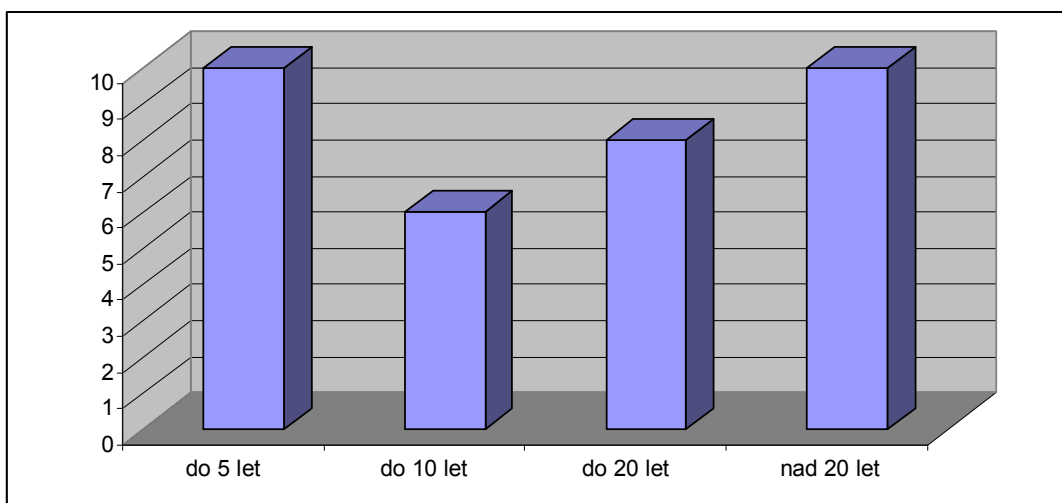
Graf č.2: Rozdělení dle pohlaví ve skupině dotazovaných



Zdroj: vlastní výzkum

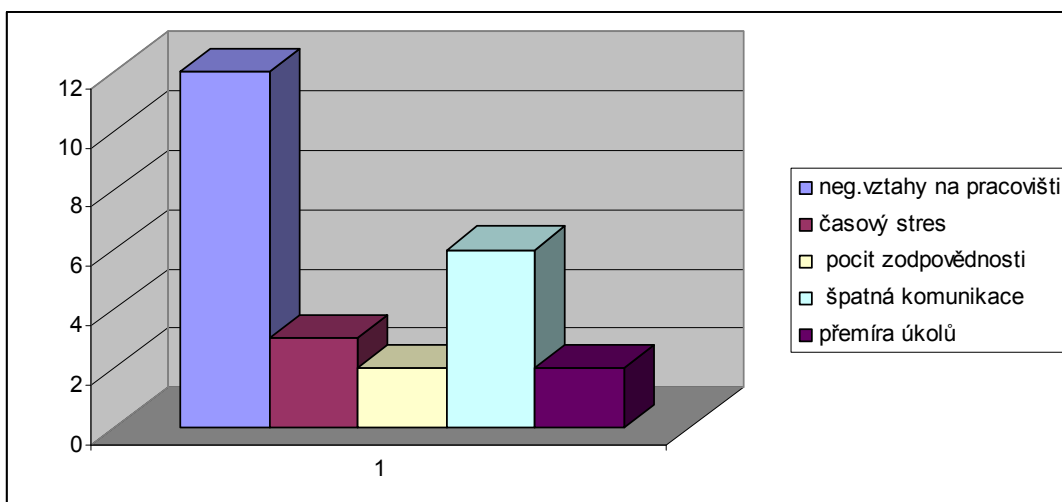
žen:30, mužů: 4

**Graf č.3:** Délka praxe ve zdravotnictví



Zdroj: vlastní výzkum

**Graf č.4:** Největší stresory



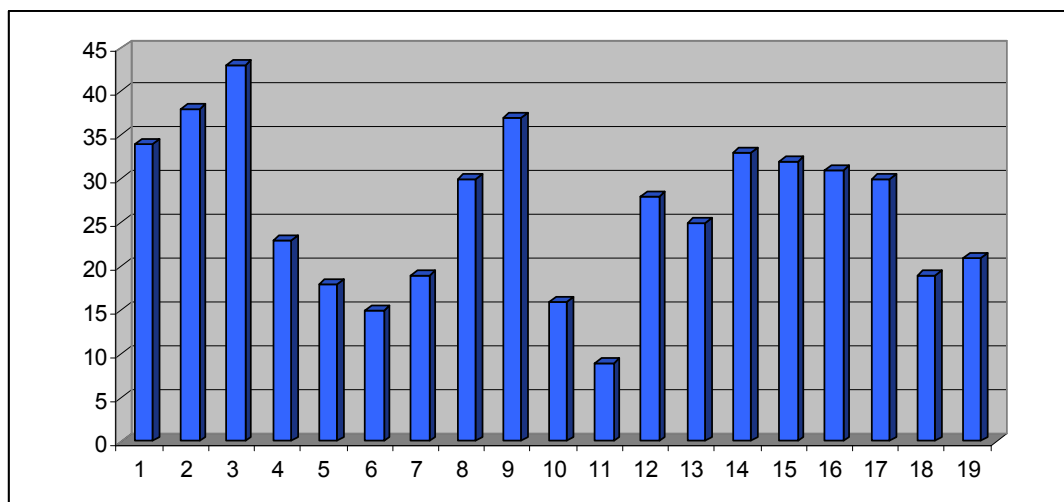
Zdroj: vlastní výzkum

### **Inventář projevů syndromu vyhoření**

Tento dotazník hodnotí čtyři roviny: rozumovou, emocionální, tělesnou a sociální. Součtem všech čtyř rovin se získá individuální stresový profil. Maximální hodnota v jedné rovině je 24, minimální – 0. Bylo rozdáno 37 dotazníků. Návratnost

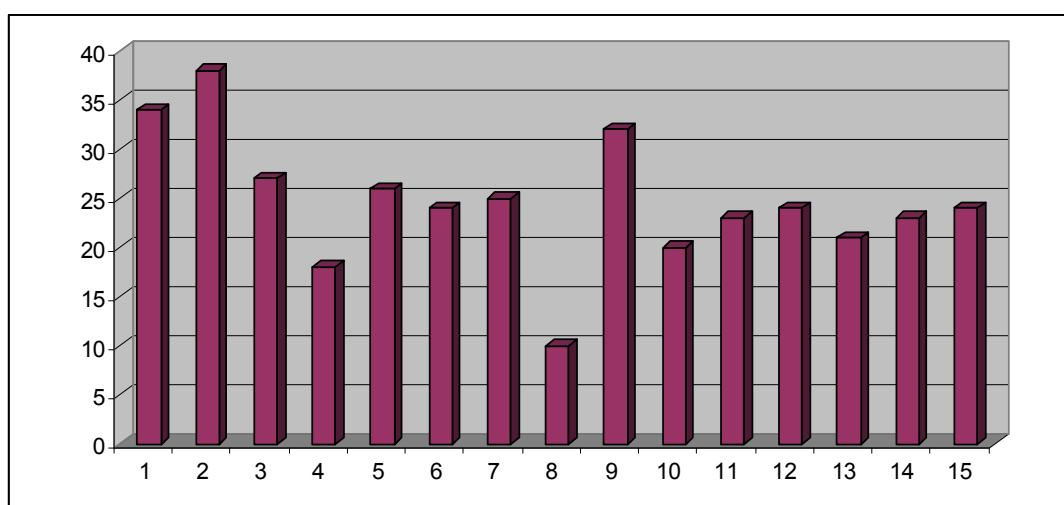
byla 34 dotazníků tj. 92%. Graf č.5 uvádí vyhodnocení dotazníků projevů syndromu vyhoření podle jednotlivých pracovníků a dále podle pracovišť.

**Graf č.5:** Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření za jednotlivé pracovníky, pracoviště MOÚ:



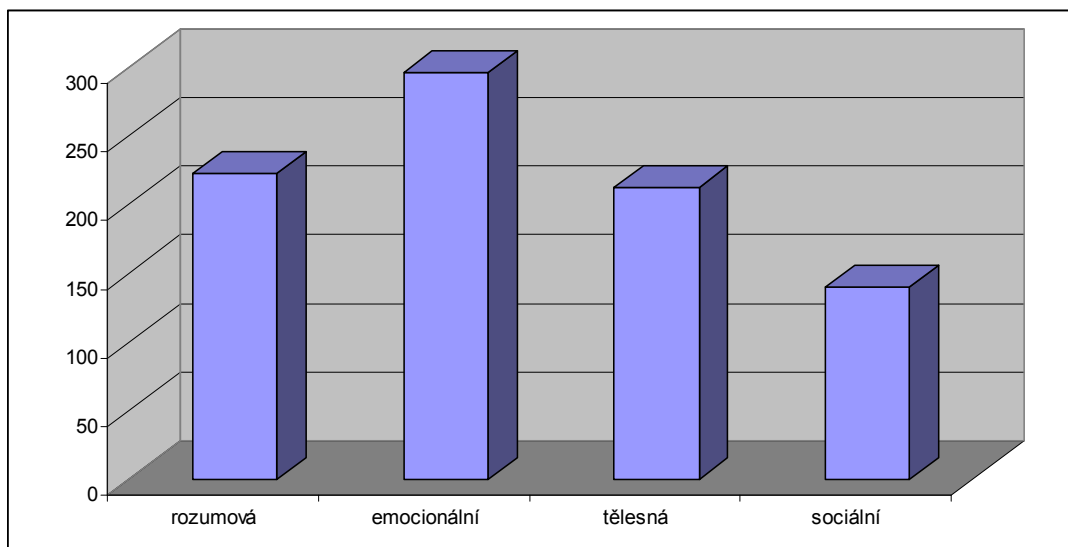
Zdroj: vlastní výzkum

**Graf č.6:** Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření za jednotlivé pracovníky, pracoviště FNUSA



Zdroj: vlastní výzkum

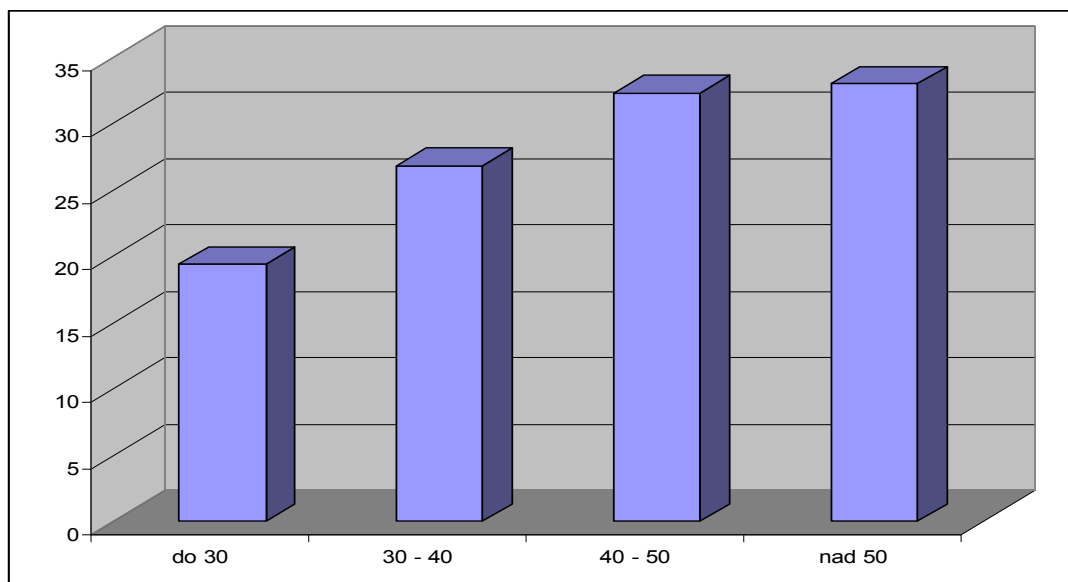
**Graf č.7:** Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření dle jednotlivých rovin (součet obě pracoviště)



Zdroj: vlastní výzkum

rovina rozumová:222 bodů, emocionální:296 bodů, tělesná:212 bodů, sociální:140 bodů

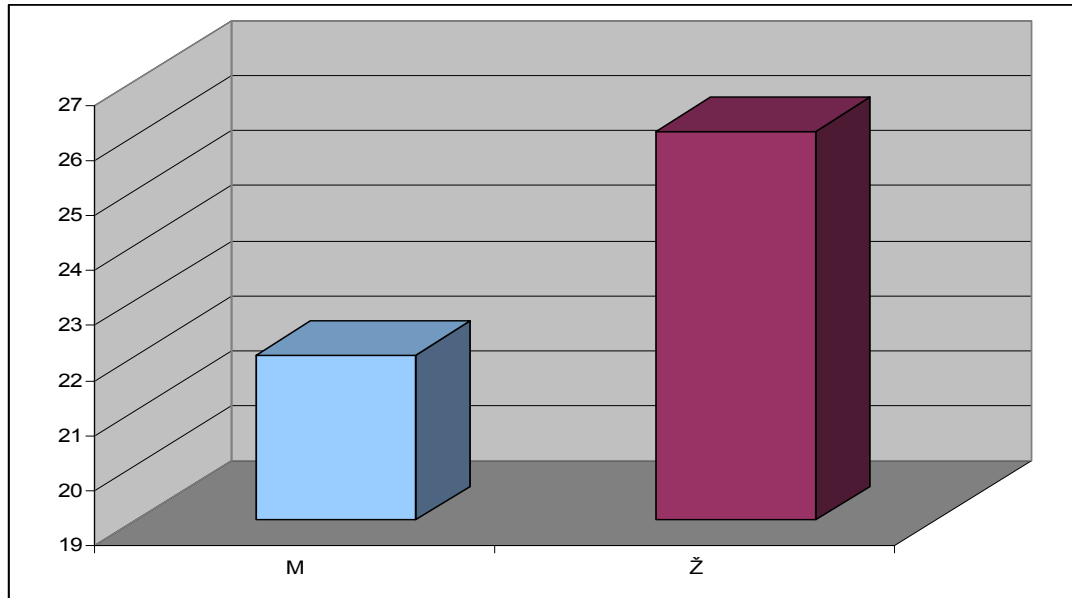
**Graf č.8:** Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření dle věku (obě pracoviště)



Zdroj: vlastní výzkum

do 30 let: 19,4 bodů, 30 – 40 let: 26,857 bodů, 40 – 50 let: 32,285 bodů, nad 50 let: 33 bodů

**Graf č. 9** Vyhodnocení dotazníku Inventář projevů syndromu vyhoření dle pohlaví (průměrná hodnota)



Zdroj: vlastní výzkum

Muži SV: 22 bodů, ženy SV: 26,066 bodů

## **4.2. Vztah Syndromu vyhoření a typu osobnosti**

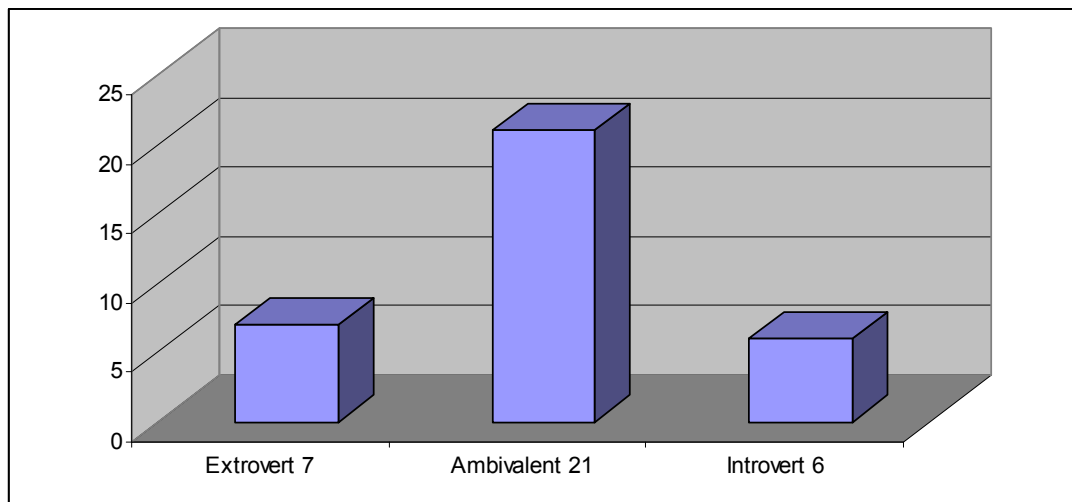
Jako další součást šetření byl použit standardizovaný Psychologický test - stanovení faktoru extroverze-introverze. Test se skládá z celkem 50 otázek, kde na každou z otázek je možno odpovědět pouze v rozmezí ANO – NĚKDY – NE. Vyhodnocení je prováděno započítáním 2 bodů za odpověď ANO u otázek č.1 – 27, NE u otázek č.28 – 50 a 1 bod za každou odpověď NĚKDY. Provedený součet bodů charakterizuje, do jaké míry je respondent svým založením introvert. Platí tato bodová rozpětí:

0 – 36 bodů	EXTROVERT
37 – 63 bodů	AMBIVERT
64 – 100 bodů	INTROVERT

Z uvedených vrácených baterií dotazníků byly pro účely dalšího šetření vyřazeny dotazníky, které se nacházely v centrálním bodovém hodnocení (AMBIVERT). Byly vytvořeny dvě skupiny, které se nejvíce blížily poloze

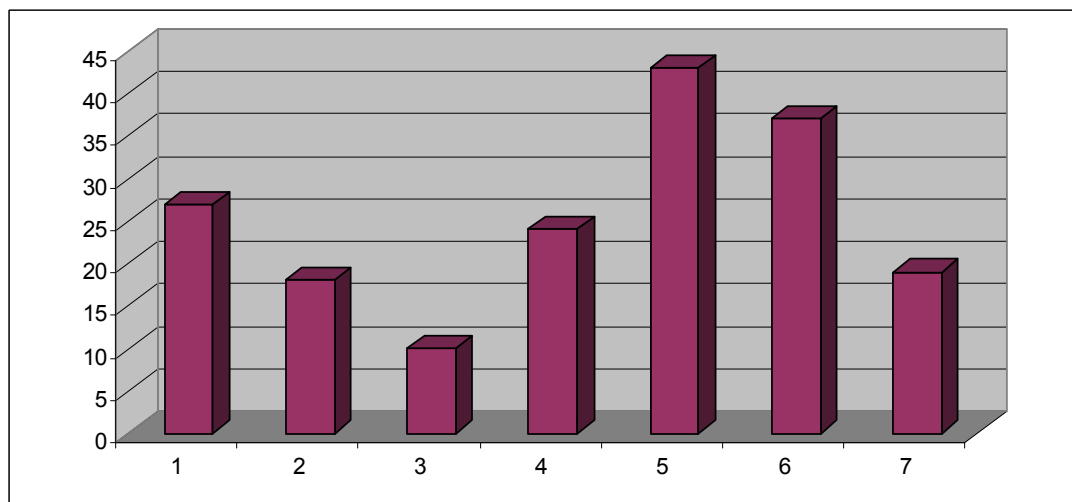
EXTROVERT nebo INTROVERT. Následně byly každá z těchto skupin vyhodnocena dle Inventáře projevů syndromu vyhoření. Toto šetření bylo hodnoceno pouze dle jednotlivých pracovníků, nikoliv dle pracovišť.

**Graf č.10 :** Rozložení Extrovert – Introvert (obě pracoviště)



Zdroj: vlastní výzkum

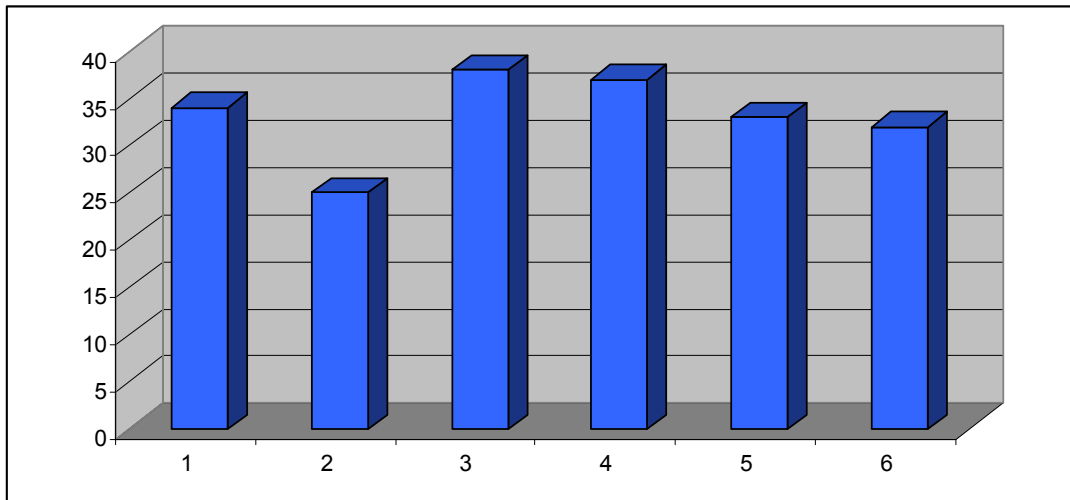
**Graf č 11.:** Vyhodnocení Inventáře syndromu vyhoření v kategorii Extrovert



Zdroj: vlastní výzkum

průměrná hodnota: 25,42857 bodů

**Graf č.12 :** Vyhodnocení Inventáře syndromu vyhoření v kategorii Introvert



Zdroj: vlastní výzkum

průměrná hodnota: 33,16667 bodů

### **4.3. Vlastní interpretace**

Práce radiologických asistentů, stejně tak všech zdravotnických pracovníků, je velmi náročná jak po stránce fyzické, tak psychické. (Radiologický asistent realizuje léčebné výkony v souladu s ozařovacími protokoly, informuje nemocné o způsobu léčby radioterapií, poučuje je o způsobu ošetření ozářené kůže a sliznice, kontroluje přípravu nemocných k vyšetření). Řada pracovišť, v tomto případě onkologická, kladou velké nároky i na emocionální „vybavení“ svých pracovníků. Vědomí, že mnozí pacienti trpí nevléčitelnými chorobami, klade na zdravotnické pracovníky obrovské nároky. Vzniká otázka, jak tíživé situace zvládnout. Je nutné se přiměřeně adaptovat, ale ne do té míry, aby se vytratil lidský přístup. Právě hromadění negativních faktorů a řadou frustrací dochází ke zvyšování pracovního stresu, který může ovlivnit vznik syndromu vyhoření. Práce radiologických asistentů je charakterizována vysokou mírou zodpovědnosti, při které nevidí často výsledky své práce.

Tato diplomová práce byla zaměřena na:

1. Zmapování zátěže na konkrétních pracovištích, která může vést k syndromu vyhoření - zjištění pracovní zátěže radiologických asistentů v oboru radiodiagnostiky, nukleární medicíny a radiační onkologie.
2. Zjistit, zda existují typy osobnosti, které jsou více náchylné k syndromu vyhoření. (zda existuje typ osobnosti více náchylný k syndromu vyhoření)

Úvod výzkumu s radiologickými asistenty byl zaměřen na zjištění faktografických údajů (věk, pohlaví, délka praxe).

Věkové složení dotázaných respondentů bylo od 23 do 61 let, kdy věkový průměr této skupiny byl 36 let.

Ve skupině dotázaných respondentů bylo 30 žen a pouze 4 muži. Pracoviště MOÚ se skládalo pouze z žen. V současné době však došlo ke sloučení obou pracovišť a má docházet k pravidelné rotaci všech pracovníků. Tato změna je drtivou převahou pracovníků chápána negativně. Z hlediska intersexuálních diferencí nejsou názory na výskyt vyhoření jednotné. V prvních výzkumech v osmdesátých letech byl závěr, že výskyt vyhoření je častější u žen (někde je udáván až dvojnásobně vyšší), v dalších studiích se objevují vyrovnanější výsledky. Tyto nesrovnalosti jsou pravděpodobně alespoň částečně ovlivněny mj. i demografickými parametry populačních vzorků (řada výzkumů, včetně tohoto, byla prováděna na typicky feminizovaných profesních skupinách – zdravotní sestry, učitelky, lékařky atd.) srovnej Kebza, Šolcová 2003.<sup>1</sup> Délka praxe byla v rozmezí 6 měsíců až 28 let. Věk a délka praxe je sama o sobě považována za neutrální faktory z hlediska vzniku a rozvoje vyhoření. Názory se poněkud liší, pokud jde o délku práce na úrovni jedné pozice (Matoušek 2003)<sup>2</sup>: někteří autoři ji považují za irelevantní, jiní naopak za podstatnou z hlediska rozvoje syndromu vyhoření. Z tohoto hlediska by bylo nutné zjistit podrobnější charakteristiky sledovaných profesních skupin, socioekonomický status atd. V další otázce byli radiologičtí asistenti dotazováni na uvedení největšího stresoru. Jako nejčastější, v celkem 12 případech, byly uváděny za nejvíce stresující **negativní pracovní vztahy a s tím související špatná komunikace** (v šesti případech). Vztahy mezi pracovníky zásadně ovlivňují spokojenost či nespokojenost. Špatná komunikace s kolegy je jedním z typických projevů případů, které končily syndromem vyhoření. Tyto

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.17

<sup>2</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, s.265



negativní vztahy se objevují jak na pracovišti, tak v rodině nebo v zájmových skupinách. Popisně je možno vyjádřit to, co se myslí špatnými vztahy mezi lidmi, příkladem existence nedorozumění, sporů, rozporů, konfliktů atp. Jedná se často o nedostatek vzájemné důvěry, existence nízké míry v mezilidském jednání atp. Často jde o nadměrné nezdravé projevy touhy po moci a nadvlády, případně i snahy o zneužití moci. Může se jednat též o projevy závisti, zlosti, vzteku, nepřátelství mezi jednotlivci či skupinami lidí, hostilitu. Řada těžkostí, které mají vliv na zrod syndromu vyhoření pramení v nedostatecích horizontální i vertikální sociální komunikace - v neinformovanosti či špatné informovanosti vedení či naopak podřízených, v neexistenci skupinových rozhovorů o tom, co všichni trápí a o čem by se mluvit mělo (srovnej Křivohlavý 1998)<sup>1</sup>. Sehrané a úspěšné týmy jsou mimořádnou hodnotou každé organizace. V takovém kolektivu by se hodnoty jednotlivce neměly příliš odlišovat od hodnot pracoviště. Z těchto důvodů je nutné zlepšovat vzájemnou komunikaci na pracovišti a naučit se mluvit o všech pracovních problémech. S tím úzce souvisí zpětná vazba<sup>2</sup>. Umět sdělovat, co vadí, s čím nesouhlasí, ale ocenit dobrou práci.

Dalším negativním faktorem byl uveden **časový stres** u 3 respondentů. Permanentně prožívaný časový tlak se jednoznačně řadí k rizikovým faktorům burnout syndromu (srovnej Kebza, Šolcová 2003, Křivohlavý 1998).

Dotazníkovým šetřením za obě pracoviště bylo zjištěno, že největší zatížení je v emocionální rovině (celkem 296 bodů). Druhou zatíženou rovinou je rovina rozumová, její součet bodů činí 222. Rovina tělesná 212 bodů. Rovinou s nejmenším zatížením je rovina sociální 140 bodů. Nejvyšší zatížení v emocionální rovině je možno vysvětlit výrazným zastoupením žen ve skupině respondentů. Mezi specifika ženského kolektivu patří hlubší citové založení, vyšší empatie, trpělivost, obětavost.

Výsledky šetření ukázaly na značný vliv negativních vztahů mezi lidmi, které mohou vést k syndromu vyhoření. Výsledky dále ukázaly na významné zatížení v emocionální rovině. Celkový výsledek dotazníkového šetření se dá interpretovat tak, že část respondentů je významně ohrožena syndromem vyhoření.

Možnosti prevence se nacházejí jak na straně jedince, a to osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu, tak

---

<sup>1</sup> KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Avicenum, 1998, s.15,30

<sup>2</sup> KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě. Praha: Portál, 2007, s.43

na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření promítá do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti – absence v zaměstnání, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí, snížená pracovní spokojenost a v neposlední řadě v tomto případě i v ohrožení zdraví pacientů. Je i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí syndromu vyhoření zabýval. Proto by měl být v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesní dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení. Zde je možno spatřovat působení **sociální pedagogiky (ve sféře zdravotnictví, školství i sociálních služeb)** při tvorbě a zabezpečování takovýchto rozvojových programů. Současně je však také nutno zdůraznit, že již při odborné přípravě na všechna zdravotnická povolání by měl být student seznámen s psychickou zátěží, která je spojena s tímto povoláním a současně si osvojovat adaptační mechanismy, které mohou zabránit syndromu vyhoření.

Na straně jedince je potřeba zvládnout základní pravidla, jak si zachovat zdraví a nepodléhat stresu alespoň na úrovni znalostí, názorů a postojů k těmto otázkám. Vhodnější a účinnější jsou samozřejmě speciálně zaměřené programy, ve kterých se jedinec s těmito zásadami nejen seznámí, ale naučí se základní relaxační metody, dostane se mu odborného doporučení, jak má upravit výživu, životosprávu, pohybový režim, má možnost docházet v rámci takto organizovaných programů na cvičení apod. Osvojení si základních postupů a strategií hodnocení stresogenních situací a zvládání stresu, stejně jako úprava životosprávy, denního režimu a celkového životního stylu se jeví jako nezbytný předpoklad úspěšné prevence syndromu vyhoření.<sup>1</sup>

**Supervize** s odborníkem na rozdíl od předchozích způsobů pomoci pečujícím provádí **odborník psycholog**, který musí mít navíc příslušné speciální kursy a výcviky. Z toho plyne, že vybavení takového odborníka umožňuje řešit i velmi těžké případy velmi kvalifikovaně. Na druhé straně je nutné počítat s tím, že taková pomoc je také velmi drahá. Supervizor totiž nemá být z vlastní organizace a musí na ní být nezávislý. Je tedy nutné, aby zaměstnavatel uvažil, jakou podporu jednak sami jeho zaměstnanci budou považovat za nejpřínosnější a zároveň ji bude schopen financovat a organizovat.

---

<sup>1</sup><http://www.hest.cz/ruzne/HrdaSupervize.doc>, HESTIA, PRAHA, 2002

Rozhodne-li se zaměstnavatel pro supervizi, volí na psychologickém základě postavený **rozbor** ohrožujících postojů, směřování, chování a situací, do nichž jsme se dostali a do nichž se můžeme dostat. Tento rozbor má **nám samým ukázat**, čemu jsme dosud ve svých reakcích nerozuměli, uvědomit si, proč klienti nebo kolegové jednají tak, jak jednají, hledat jiná východiska pro ty situace, s nimiž nejsme vnitřně spokojeni atd. Supervize může pomoci při velkých změnách v péči, ať už cílové skupiny, způsobů péče nebo při organizačních a personálních změnách. Supervizor může být tím nezávislým činitelem, který pracovníkům poskytuje podporu, jež je efektivně směřovaná, aniž má prvky kontrolní nebo direktivní.

**Forma** supervize se přizpůsobuje potřebám. A tak probíhá buď ve skupinách jako řízený rozhovor, může se při ní použít různých způsobů psychologického zkoumání a uvolňování, jako jsou testy, hry apod. Supervizor podle postavení těch, jimž má poskytnout podporu, podle problematiky, kterou je třeba řešit, zvolí velikost skupin. Někdy je nutné provádět sezení individuálně.<sup>1</sup>

„Supervize je celoživotní forma učení, zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry, o rozvíjení sebereflexe vedoucí k pochopení dosud neuvědomovaných souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti.“ (Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce. 2003)<sup>2</sup>.

Druhá navazující část výzkumu spočívala ve zjištění vztahu mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření. Určité osobnostní charakteristiky predisponují k určitému stylu hodnocení a zvládání stresu a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu a mohou tak vést k syndromu vyhoření .

#### **Hypotézy, kdy je rozhodující nezávislou proměnnou typ osobnosti:**

„Lidé typu INTROVERT častěji podléhají syndromu vyhoření než lidé EXTROVERTNĚ orientovaní“,

případně, „Existuje typ osobnosti, který vykazuje větší náchylnost k syndromu vyhoření“.

K šetření byl použit standardizovaný Psychologický test - stanovení faktoru extroverze-introverze. Test se skládá z celkem 50 otázek, kde na každou z otázek je

---

<sup>1</sup> <http://www.hest.cz/ruzne/HrdaSupervize.doc>, HESTIA, PRAHA, 2002

<sup>2</sup> MATOUŠEK, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003, s. 349

možno odpovědět pouze v rozmezí ANO – NĚKDY – NE. Vyhodnocení je prováděno započítáním 2 bodů za odpověď ANO u otázek č.1 – 27, NE u otázek č.28 – 50 a 1 bod za každou odpověď NĚKDY. Provedený součet bodů charakterizuje, do jaké míry je respondent svým založením introvert. Platí tato bodová rozpětí: 0 – 36 bodů EXTROVERT, 37 – 63 bodů AMBIVERT, 64 – 100 bodů INTROVERT.

Z uvedených vrácených baterií dotazníků byly pro účely dalšího šetření vyřazeny dotazníky, které se nacházely v centrálním bodovém hodnocení (AMBIVERT). Byly vytvořeny dvě skupiny, které se nejvíce blížily poloze EXTROVERT (počet 7 respondentů) a INTROVERT (počet 6 respondentů). Následně byla každá z těchto skupin vyhodnocena dle Inventáře projevů syndromu vyhoření. Bylo zjištěno, že v kategorii EXTROVERT bylo dosaženo v průměru 25,42857 bodů a v kategorii INTROVERT bylo dosaženo 33,16667 bodů.

Výsledek dotazníkového šetření ukázal větší zatížení (nikoliv však významný rozdíl) syndromem vyhoření v kategorii INTROVERT.

Závěr: Hypotéza byla verifikována.

## 5. Závěr

V úvodu diplomové práce jsem si dal za cíl zmapovat míru projevu a výskytu syndromu vyhoření u radiologických asistentů v oboru radiodiagnostiky, nukleární medicíny a radiační onkologie působících v brněnských zdravotnických zařízeních. Zaměřil jsem se na zdravotnický personál, který pracuje na specializovaných pracovištích v Masarykově onkologickém ústavu a ve Fakultní nemocnici u Sv. Anny v Brně. Jejich práce je charakterizovaná vysokou mírou odpovědnosti (*„kombinace vysokých nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je faktorem, který hraje rozhodující roli v determinaci zdravotních důsledků pracovních požadavků v tom smyslu, že je rizikovým faktorem vzniku různých onemocnění“*)<sup>1</sup>. Zaměřil jsem se na konkrétní typy institucí z důvodu osobních kontaktů. Tento fakt byl přínosem v míře návratnosti dotazníků a jejich pečlivém vyplnění. Výsledky ukázaly významný vliv **negativních pracovních vztahů a s tím související špatné komunikace mezi lidmi** na možnost vzniku syndromu vyhoření. Dalším stresogenním podnětem je časový stres. Výsledek šetření dále ukázal, že v emocionální rovině dosahuje většina respondentů nejvyšší míry syndromu vyhoření. Výzkum potvrdil vyšší výskyt syndromu vyhoření nebo jeho příznaků u žen než u mužů. Rovněž se potvrdil předpoklad, že míra výskytu syndromu vyhoření roste se vzrůstajícím věkem zdravotníků. U každého člověka se s rostoucím věkem snižuje míra flexibility a frustrační tolerance. Starší lidé hůře snášejí změny ve svém životě, jsou více nervózní, více se u nich projevují obavy o budoucnost. Lidé na konci profesního života mají intenzivnější pocity, že „pracují z posledních sil“. Na tomto místě bych znovu chtěl zmínit důležitost ovládnutí a používání různých mechanismů ke zvládnutí zátěžových situací zmiňovaných v kapitole 4 (příloha č.2). Tyto techniky mohou sloužit jako pomocný prostředek v terapii i jako účinná prevence vzniku a rozvoje syndromu vyhoření.

Druhá navazující část výzkumu spočívala ve zjištění vztahu mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření. Výsledek dotazníkového šetření ukázal větší zatížení (nikoliv však statisticky významný rozdíl) syndromem vyhoření v kategorii INTROVERT. Cíle mé diplomové práce jsem dle mého názoru splnil.

---

<sup>1</sup> KEBZA, Vladimír. ŠOLCOVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. Praha: SZÚ, 2003, s.6

Práce na teoretické části byla velmi zajímavá, obohacující o mnohé nové poznatky a poučná. Čerpal jsem z literatury řady autorů i z internetových zdrojů. Ve výzkumné části bylo pro mě určitě nejtěžší rozdat všechny dotazníky a dosáhnout toho, aby byla dostatečně velká návratnost dotazníků. Jejich zpracování bylo časově náročné, ale bylo velmi zajímavé vyhodnocovat získaná data.

## 6. Resumé

Syndrom vyhoření je popisován především jako výsledek chronického emocionálního přetížení, které vzniká hlavně při práci s lidmi. A má prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon. Tato diplomová práce je zaměřena na problém syndromu profesionálního vyhoření, který je v práci řešen ve vztahu k typologii osobnosti člověka. Důraz je na psychických symptomech (emoční vyčerpání, únava a deprese) a změně chování spíše než na tělesných příznacích. Vyhoření je vázáno na zaměstnání. Symptomy se objevují u osob, které neměly žádné předcházející psychopatologické příznaky. Snížená výkonnost v práci je důsledkem vytvořených negativních postojů a chování. Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu, je pokládána **osobnost jedince**. Za klíčový vnější (sociální) faktor je pokládána tzv. **sociální opora**, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá.

Pro tento syndrom je typické, že při něm netrpí jen postižení, ale také kvalita jejich práce. Postižení vyhořením jsou častěji nemocní a za určitých okolností se stanou i trvale neschopní práce. Jako při mnoha duševních poruchách hlavní problém spočívá v tom, že ani postižení, ani okolí, nerozpoznají za těmito obtížemi svébytnou poruchu nebo ji rozpoznají až příliš pozdě. Zvláště často jsou syndromem vyhoření postiženy zdravotní sestry, dále ošetřovatelé, sociální pracovníci, ale také lékaři, psychoterapeuti, učitelé, právníci a policisté.

Teoretickou část práce jsem rozpracoval do pěti částí. V první jsem se zaměřil na stres a jeho působení ve vztahu k syndromu vyhoření. Ve druhé části jsem se zaměřil na problematiku samotného syndromu vyhoření, jeho příznaků, fází, rizikových faktorů, diagnostiku i prevence tohoto závažného jevu. Ve třetí kapitole jsem se snažil zmapovat různé typy profesí, které mohou být ohroženy tímto syndromem. Čtvrtá kapitola se zabývala psychologii zdravotnického pracovníka, motivací volby povolání lékaře, vztahem mezi zdravotníkem a nemocným. Poslední kapitola teoretické části se zabývá různými osobnostními charakteristikami jedinců, které je mohou predisponovat k syndromu vyhořením. Dále jsou řešeny mechanismy, které nám pomáhají předcházet různým stresovým situacím nebo jsou nápomocné při jejich řešení.

Empirická část diplomové práce byla zaměřena na zjištění zatížení míry projevu syndromu vyhoření u radiologických asistentů v oboru radiodiagnostiky, nukleární medicíny a radiační onkologie působících v brněnských zdravotnických zařízeních. Výsledky ukázaly významný vliv **negativních pracovních vztahů, a s tím související špatná komunikace** mezi lidmi, na možnost vzniku syndromu vyhoření. Dalším stresogenním podnětem je časový stres. Výsledek šetření dále ukázal, že v emocionální rovině dosahuje většina respondentů nejvyšší míry syndromu vyhoření. Výzkum potvrdil vyšší výskyt syndromu vyhoření, nebo jeho příznaků, u žen než u mužů. Rovněž se potvrdil předpoklad, že míra výskytu syndromu vyhoření roste se vzrůstajícím věkem zdravotníků. Druhá navazující část výzkumu spočívala ve zjištění vztahu mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření. Výsledek dotazníkového šetření ukázal větší zatížení (nikoliv však statisticky významný rozdíl) syndromem vyhoření v kategorii INTROVERT.



## 7. Anotace

Bc.Čermák Michal: Vztah mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření, diplomová práce UTB, IMS 2009, s.74

Předkládaná diplomová práce je věnovaná syndromu vyhoření. Má ukázat na příčiny, podmínky, symptomy, průběh a možnosti prevence. Práce se zabývá změnou profesionálního chování u zdravotnického personálu. Příčinou je zde chápáno pomalé psychické vyčerpání dlouhodobým působením stresujících podnětů. Důraz je na psychických symptomech (emoční vyčerpání, únava a deprese) a změně chování spíše než na tělesných příznacích. Empirická část je věnována výzkumu zjištění psychické zátěže u radiologických asistentů v oboru radiodiagnostiky, nukleární medicíny a radiační onkologie. Druhá část výzkumu se zabývá vztahem mezi typem osobnosti a syndromem vyhoření.

### **Klíčová slova**

Syndrom vyhoření, Burn-out, Stres, Psychické vyčerpání, Deprese, Motivace práce, Profesionální adaptace, deformace, Empatie, Faktory osobnosti, Extrovert, Introvert Zdravotnická psychologie, Supervize,

### **Annotation**

Bc.Čermák Michal: The relationship between personality type and the burnout syndrome, diploma work UTB, IMS 2009, 74 pp.

This diploma work is devoted to the burnout syndrome. It aims to show the causes, conditions, symptoms, course and possible prevention. The work deals with the change in professional behaviour in medical staff. By “cause”, we understand slow mental exhaustion due to the long-term effect of stressful impulses. The emphasis is on the psychological symptoms (emotional exhaustion, tiredness and depression) and on the change in behaviour rather than on physical symptoms. The empirical part is devoted to the research of ascertaining the mental strain in radiology assistants in the field of radio-diagnostics, nuclear medicine and radiation oncology. The second part of the research deals with the relationship between personality type and the burnout syndrome.

**Key words**

Burnout syndrome, burnout, stress, mental exhaustion, depression, work motivation, professional adaptation, deformation, empathy, personality factors, extrovert, introvert, medical psychology, supervision

## 8. Seznam použité literatury

- CAPPONI, V., *Úskalí profesionality*. 1. vyd. Brno: Rozrazil, 1997, 36 s. ISBN 80-85382-18-0
- BAŠTECKÁ, B., *Základy klinické psychologie*. 1.vyd.Praha:Portál, 2001, 440 s. ISBN 80-7178-550-4
- BAŠTECKÝ, J. *Psychosomatická medicína*. 1.vyd.Praha: Avicenum, 1993, 368 s. ISBN 80-7169-031-7
- BEDRNOVÁ,E.,kol., *Psychologie a sociologie řízení*.3.roz.vyd.Praha: Management Press, 2007, 798 s. ISBN 978-80-7261-169-0
- BRUCHOVÁ, H., *Základy psychoterapie*. 14 vyd. Praha:TRITON, 1997, 120 s. ISBN 80-85875-45-4.
- HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1.vyd. Praha: Portál 2000, s.568 ISBN 80-7178-303-X
- GOLEMAN, D., *Práce s emoční inteligencí*. 1.vyd. Praha: Columbus, 2000, s ISBN 80-7249-017-6
- KALLWASS, A., *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*.1.vyd.Praha: Portál, 2007, 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. 2., rozšířené a doplněné vyd. Praha:SZÚ, 2003. 23 s ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat depresi*. 2., rozšířené vyd. Praha: Grada, 2003. 176 s. ISBN 80-247-0575-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J., *Jak zvládat stres*. 1 vyd. Praha: Grada, 1994. 189 s. ISBN 80-7169-121-6
- KRAUS, B., *K otázkám humanitního a sociálního výzkumu*.IMS Brno 2006
- MAŇÁK, J.,kol.,*Kapitoly z metodologie pedagogiky*, Brno: MU 1994, ISBN 80-210-1031-2
- MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 378 s. ISBN 80-7178-548-2.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. vyd.1. Praha: Academia, 2003. 507 s. ISBN 80-200-0993-0.

ŘEHOŘ, Antonín. *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské práce*. IMS Brno, 2006

SCHREIBER, V. *Lidský stres*. 1. vyd. Praha: Academia, 1992. 84 s. ISBN 80-200-0458-0

TOŠNEROVÁ, T.; TOŠNER, J.: *Burn-Out syndrom*. Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzů. [online]. Praha, Hestia 2002. [cit. 2004-04-05]. Dostupné na: <<http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>>.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 1 vyd. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X

WILSON O., Edward. *O lidské přirozenosti*. Praha: NLN, 1993. 247 s. ISBN 80-7106-076-3

ZACHAROVÁ, E., *Zdravotnická psychologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5

Elektronická média:

<http://www.hest.cz/ruzne/HrdaSupervize.doc>, HESTIA

[http://pes.eunet.cz/veda/clanky/30489\\_0\\_0\\_0.html](http://pes.eunet.cz/veda/clanky/30489_0_0_0.html)

[http://www.lfhk.cuni.cz/psych/Dokumenty\\_on-line/Prednasky\\_on-line/libigerova/Clanky](http://www.lfhk.cuni.cz/psych/Dokumenty_on-line/Prednasky_on-line/libigerova/Clanky)

[www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc](http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc)

[www.instrumentarky.cz](http://www.instrumentarky.cz)

[www.vspsv.cz/societas/](http://www.vspsv.cz/societas/)

## 9. Seznam příloh

Příloha č.1 – Inventář projevů syndromu vyhoření

Příloha č.2 – Jak se vyhnou syndromu vyhoření

Příloha č.3 – Graf profesionální adaptace, deformace

Příloha č.4 – Psychologický test

## Příloha č.1

**INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ***(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)*

	<b>vždy</b>	<b>často</b>	<b>někdy</b>	<b>zřídka</b>	<b>nikdy</b>
<i>počet bodů</i>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
1. Obtížně se soustřeďuji	4	3	2	1	0
2. Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3. Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4. Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
5. Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6. Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7. Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
10. V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11. Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
12. Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13. Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14. Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15. Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16. Svou práci omezují na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17. Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18. Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19. Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20. Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21. Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22. Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23. Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24. Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

---

## VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

---

### **Rozumová rovina:**

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

### **Emocionální rovina:**

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

### **Tělesná rovina**

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = bodů

### **Sociální rovina**

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = bodů

---

**Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů**

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0

**Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.**

**Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy.**

**Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.**

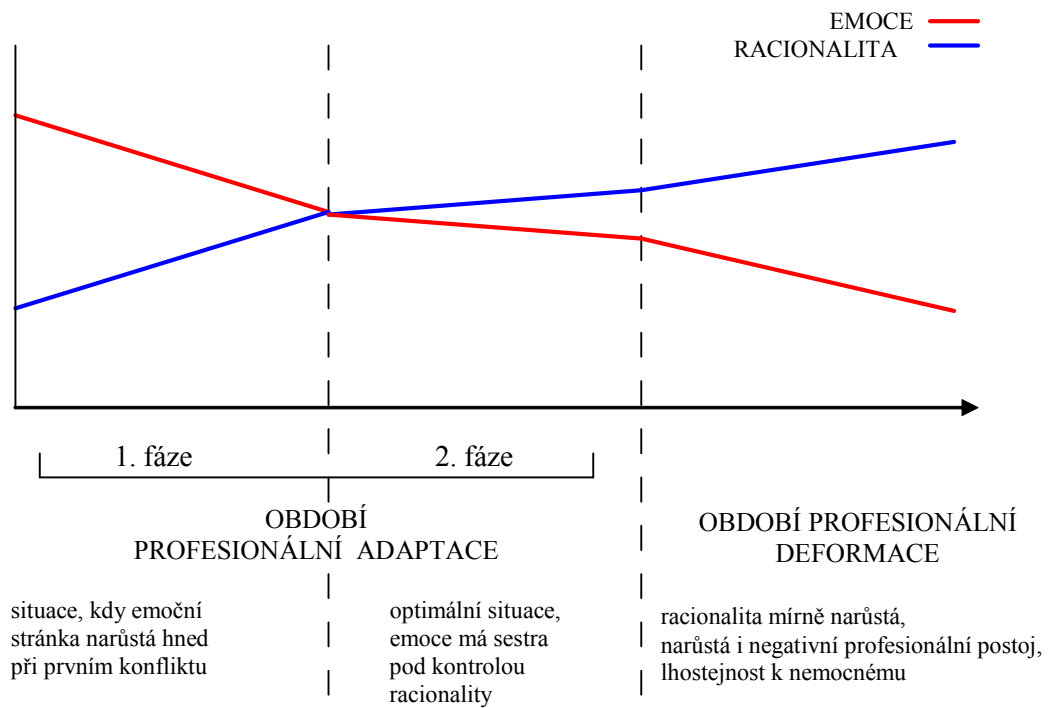
Zdroj: www.hest.cz

## JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ?

- 1. Snižte příliš vysoké nároky.** Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
- 2. Nepropadejte syndromu pomocníka.** Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
- 3. Naučte se říkat NE.** Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
- 4. Stanovte si priority.** Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.
- 5. Dobrý plán ušetří polovinu času.** Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
- 6. Dělejte přestávky.** Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
- 7. Vyjadřujte otevřeně své pocity.** Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, abyste sami necitlivě nezasáhli druhého.
- 8. Hleďte emocionální podporu.** Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vylíčit svoje problémy.
- 9. Hleďte věcnou podporou.** Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
- 10. Vyvarujte se negativního myšlení.** Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mně dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.
- 11. Předcházejte komunikačním problémům.** Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.
- 12. V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- 13. Následná konstruktivní analýza.** Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhnete alternativy řešení. Zapojte do rozboru kolegyně a kolegy.
- 14. Doplnějte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku.. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- 15. Vyhledávejte věcné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se uče a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- 16. Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřazených supervizi vaší práce.
- 17. Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost.



**Profesní adaptace a deformace**



Zdroj: VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*

## Psychologický test

Jste extrovert nebo introvert

Tento test odhalí, jakým způsobem váš temperament ovlivňuje vaše aktivity osobní i pracovní. Jak postupovat při odpovídání na otázky? Na každou otázku zvolte pouze 1 odpověď, která se vám zdá být pro vás nejtypičtější: ANO – NĚKDY - NE

Otázka	ANO	NĚKDY	NE
1. Dáte přednost tomu zůstat doma a číst si před setkáním s přáteli?			
2. Děláte svou práci pečlivě i tehdy, když stačí odvést i méně perfektní výkon?			
3. Když jdete kupovat něco drahého, porozhlédnete se před tím důkladně i jinde?			
4. Řešíte rád aritmetické problémy?			
5. Uteklo vám někdy něco jenom proto, že jste se nedokázal rychle rozhodnout?			
6. Myslí si o vás přátelé, že se příliš soustřeďujete na detaily?			
7. Máte rád v životě své záležitosti jisté a zabezpečené, abyste nemusel mít obavy?			
8. Provádíte rád drobné opravy na autě nebo v domě?			
9. Myslíte na věci, které chcete vidět, udělat nebo mít?			
10. Stává se vám, že jeden den jste „na vrcholu blaha“ a druhý den úplně na dně?			
11. Snadno se červenáte?			
12. Váháte požádat známého o půjčku, dokud si nejste zcela jisti jeho kladnou odpovědí?			
13. Dovolíte, aby vás někdo předběhl ve frontě?			
14. Měl jste někdy obavu ze ztráty místa, protože se zhoršil váš výkon?			
15. Vadí vám, když se na vás někdo dívá při práci?			
16. Vydržíte dělat dlouhou únavnou, rutinní práci?			
17. Chováte se tiše, když jste s lidmi, které dobře neznáte?			

<p>18. Jste nervózní, když o vás lidé mluví?</p> <p>19. Čtete rád vážnou literaturu a navštěvujete přednášky?</p> <p>20. Máte vyhraněné náboženské nebo politické názory?</p> <p>21. Přál byste si mít o sobě lepší mínění a větší sebevědomí?</p> <p>22. Probíráte znovu svá rozhodnutí, která už byla učiněna?</p> <p>23. Zabýváte se při své práci detaily?</p> <p>24. Jsou vaše připomínky vždy k věci?</p> <p>25. Myslíte si, že jsou lidé natolik umínění, že nemá cenu jim něco vysvětlovat?</p> <p>26. Ve své organizaci působíte raději jako člen týmu než jako jeho vedoucí?</p> <p>27. Nezmění vás ani ty nejdramatičtější zkušenosti?</p> <p>28. Vyjadřujete se podstatně lépe ústně než písemně?</p> <p>29. Máte dobrou paměť na lidi?</p> <p>30. Chodíte pozdě na schůzky?</p> <p>31. Máte dobrou paměť na lidi?</p> <p>32. Je pro vás snadné změnit postoj nebo názor?</p> <p>33. Zabýváte se několika věcmi zároveň?</p> <p>34. Je pro vás jednoduché začít něco nového?</p> <p>35. Je většina lidí ochotna s vámi spolupracovat?</p> <p>36. Snášíte dobře, když lidé dělají chyby nebo vás obtěžují?</p> <p>37. Když jste s přáteli, jste to vy, kdo rozhoduje o tom, co dělat?</p> <p>38. Máte rád moc nad lidmi a ovlivňujete je tak, aby dělali to, co chcete?</p> <p>39. Říkáte lidem, co skutečně cítíte?</p> <p>40. Máte tendenci dělat věci, aniž byste příliš přemýšleli o následcích?</p> <p>41. Když máte za sebou nejobtížnější část úkolu, nechcete se už zabývat zbytkem?</p>			
---	--	--	--

<p>42. Řekl vám už někdo, že jste příliš hrdý nebo sobecký?</p> <p>43. Snadno se rozesmějete?</p> <p>44. Staráte se o to, co si o vás druzí myslí?</p> <p>45. Rád riskujete?</p> <p>46. Je pro vás snadné vstoupit do místnosti, kde je několik cizích lidí?</p> <p>47. Říkají o vás lidé, že rád jdete svou vlastní cestou?</p> <p>48. Dáváte přednost pracovnímu úkolu, na kterém pracujete s dalšími lidmi?</p> <p>49. Jste to vy, kdo hovoří první při setkání s druhými?</p> <p>50. Odpověděli jste na tyto otázky rychle, bez velkého přemýšlení a problémů?</p>			
--	--	--	--

### Vyhodnocení:

Započítejte si 2 body za odpověď **ANO** u otázek č.1 – 27

**NE** u otázek č.28 – 50,

1 bod za každou odpověď

**NĚKDY.**

Proveďte součet. Výsledný počet bodů charakterizuje, do jaké míry jste svým založením introvert. Platí tato bodová rozpětí:

**0 – 36 bodů** **EXTROVERT**

**37 – 63** **AMBIVERT**

**64 – 100** **INTROVERT**

**Extrovert** je činorodý, více orientovaný na lidi a úkol než na detaily a systém. Je úspěšný v osobním prodeji, v navazování kontaktů, hodí se do oblasti public relations a služeb.

**Ambivert** má charakteristiky obou typů. Jaký typ převáží, závisí na konkrétní situaci.

**Introvert** je velmi precizní, puntičkářský, je orientovaný na výkon, je úspěšným prodejcem tam, kde se vyžadují vědecké nebo technické vědomosti.

Zdroj: Kohlerová, *Trénink obchodního jednání*