



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

**Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících
se zdravotně znevýhodněnými osobami**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SOCIÁLNÍ POLITIKA A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Autor: Lucie Švábková

Vedoucí práce: PhDr. Jan Vitoň, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské/diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské/diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2017

.....
Lucie Švábková

Poděkování

Především bych chtěla poděkovat PhDr. Janu Vitoňovi, Ph.D., za odborné a věcné rady, jeho ochotu, vstřícnost a obzvláště za jeho čas, který mi věnoval při zpracování mé práce. Dále svým komunikačním partnerům, kteří se ochotně zapojili do výzkumného šetření. V neposlední řadě chci poděkovat své rodině a svému partnerovi za podporu, které se mi dostávalo nejen během psaní této práce, ale během celého studia.

Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami

Abstrakt

V bakalářské práci se zabývám syndromem vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami. Cílem práce je zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami. V rámci svého vlastního zájmu se věnuji výzkumu, zda jsou více ohrožení sociální pracovníci či pracovníci v sociálních službách. Práce je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části se zabývám definicí syndromu vyhoření, příčinami jeho vzniku, ať již ze strany jednotlivce či organizace. Dále pak historií, fázemi a v neposlední řadě i prevencí vyhoření. Krátce se věnuji i popisu rozdílu mezi sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách. Dále definuji osoby se zdravotním znevýhodněním.

Praktická část obsahuje zpracování polostrukturovaných rozhovorů získaných od sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách včetně dotazníku Burnout Measure, jež zmínění pracovníci vyplňovali, a díky němuž byla zjištěna míra ohrožení. Znalost míry ohrožení u sociálních pracovníků je důležitá pro jejich budoucí práci.

Práce by přinesla užitek nejen samotným pracovníkům, kteří se účastnili výzkumu, aby si uvědomili, jaké mají znalosti o syndromu vyhoření a zda jím trpí či netrpí. Ale i ostatním pracovníkům a organizacím v oblasti pomáhajících profesí tím, že by se mohli vyvarovat riziku vyhoření a měli povědomí o využitelných a účinných možnostech prevence.

Klíčová slova

syndrom vyhoření; zdravotně znevýhodnění; sociální pracovníci; pracovníci v sociálních službách; supervize

Burnout Syndrome among Social Workers Working with Handicapped People

Abstract

In my bachelor work I focus on the burnout syndrome among medics who work with disabled people. The aim of my work is to find out the amount of medics affected by this syndrome. I concentrate on this amount and try to answer whether the burnout syndrome affected more medics or people who work in the social care. My work is divided into two parts – theoretical and practical.

In the theoretical part I give basic introduction to the problematic of the burnout syndrome, its causes, history and stages, last but not least I write about prevention. In short, I define the difference between social workers – medics, and workers in the social care. The definition of disabled people is also involved in the theoretical part.

The practical part is found on the half-constructed interviews with workers in social field – both medics and social workers. The Burnout Measure is used to get statistics. To know the amount of affected people with burnout syndrome is important for their future work and life.

My work is useful for these social workers and even it gives them the awareness of this syndrome, and thanks to this the prevention of it is much easier.

Key words

Burnout syndrome; Disabled people; Social workers; Workers in the social field; Supervision

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Definice syndromu vyhoření	9
1.2 Historie syndromu vyhoření	10
1.3 Příznaky syndromu vyhoření	10
1.3.1 Příznaky na psychické úrovni	10
1.3.2 Příznaky na fyzické úrovni	11
1.3.3 Příznaky na úrovni sociálních vztahů	11
1.4 Fáze syndromu vyhoření.....	11
1.5 Předcházení syndromu vyhoření.....	14
1.5.1 Prevence syndromu vyhoření.....	14
1.5.2 Prevence na úrovni jednotlivce.....	14
1.5.3 Prevence na úrovni organizace, externí vlivy	15
1.5.4 Supervize jako prevence	16
1.6 Ohrožené profese	17
1.7 Vymezení pojmu sociální pracovník	18
1.8 Definice povolání pracovníka v sociálních službách.....	18
1.9 Zdravotně znevýhodněné osoby	19
2 Cíl práce a výzkumné otázky.....	22
2.1 Cíl práce.....	22
2.2 Výzkumné otázky	22
3 Metodika.....	23
3.1 Použitá metoda a technika sběru dat.....	23
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	24
3.3 Vlastní výzkum	25
3.4 Vyhodnocení dat.....	25

4 Výsledky	26
4.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1	26
4.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2	29
4.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3	31
4.4 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4	32
4.5 Vyhodnocení dotazníku Burnout Measure	36
5 Diskuze	38
6 Závěr	42
7 Seznam literatury	44
8 Seznam tabulek a grafů	48
9 Přílohy	49

Úvod

Syndrom vyhoření je dnes již obecně známý jev, který se projevuje ve třech oblastech života. Postihuje psychickou, fyzickou i sociální úroveň života. Tím se tedy stává nebezpečným nejen pro ohroženou osobu, ale i pro její okolí. Nejen že se u zasaženého objevuje únava, apatie, zlost a hněv, ale eskalují i konflikty se sociálním okolím, ať již rodinou, přáteli, kolegy či klienty.

Poprvé jsem se s tímto pojmem seznámila během svého studia na vysoké škole. Důležitost kladena na znalosti tohoto fenoménu mě utvrdila v tom, že bychom o vyhoření měli vědět co nejvíce informací, jelikož v budoucnu budeme vykonávat pomáhající profese, u kterých se tento syndrom vyskytuje nejčastěji. Právě toto mě vedlo k výběru bakalářské práce. Okruh zdravotně znevýhodněných osob jsem zvolila, jelikož jsem s touto skupinou osob vykonávala svou praxi, která mě nesmírně naplňovala. Zároveň jsem ale přesvědčena, že práce s těmito osobami je psychicky a fyzicky náročná, tudíž se domnívám, že u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách pracujících se zdravotně znevýhodněnými, hrozí velké riziko ohrožení syndromem vyhoření. Jelikož jsem během své studijní praxe měla možnost s oběma skupinami profesí, tedy sociálními pracovníky i pracovníky v sociálních službách, v rámci své vlastní zvědavosti jsem chtěla zjistit, která z těchto dvou profesí je k vyhoření náchylnější.

Právě proto jsem v praktické části této práce zvolila kvalitativní výzkum. Pomocí dotazníku Burnout Measure od doktorky Ayaly Pinesové a doktora Elliota Aronsona jsem se snažila zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření. Pomocí polostrukturovaného rozhovoru naopak znalosti a povědomí výše jmenovaných profesí o tomto fenoménu.

1 Současný stav

1.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je psychosociální syndrom, který zahrnuje pocity emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížené osobní úspěchy v práci (Montero-Marín et al., 2009).

Stibalová (2010) popisuje syndrom vyhoření jako proces, který vzniká u vybraných osob, jež dlouhodobě angažovaně a intenzivně pracují s lidmi, nejčastěji jsou to pracovníci v pomáhajících profesích. Ovchinnikov et al. (2015) soudí, že burnout je sociálně-psychologický fenomén projevující se emočním, motivačním a fyzickým vyčerpáním v důsledku chronického pracovního stresu. Maroon (2012) uvádí, že syndrom vyhoření je psychologický a sociální pojem, který se vyskytuje obzvláště u pomáhajících profesí.

Ayalá Pines a Elliot Aronson definují vyhoření jako subjektivně prožívaný stav tělesného, emocionálního a mentálního vyčerpání způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou nadměrně emocionálně náročné (Pines a Aronson in Křivohlavý, 1998).

Dle Stibalové (2010) se burnout syndrom projevuje na třech úrovních: fyzické, psychické i sociální. Základní charakteristikou pracovníka trpícího syndromem vyhoření je naprosté vyčerpání sil spojené s emoční únavou, pocity beznaděje a ztráty energie, podrážděností (Stibalová, 2010).

Matoušek (2008) popisuje syndrom vyhoření jako skupinu příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Dle něho je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, popřípadě zlostí (Matoušek, 2008).

Burnout je dnes obecně známý jev, jenž je charakterizován naprostým vyčerpáním, vnitřní distancí, silným poklesem výkonnosti a objevujícími se psychosomatickými obtížemi. Tento soubor nejrůznějších tělesných a duševních potíží se projevuje ve třech oblastech života. V oblasti soukromého, pracovního a duševního života (Kallwass, 2007).

1.2 Historie syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření (či syndrom vyhaslosti, vyhasnutí), anglicky označován jako „Burnout“, je odborný termín, jenž byl poprvé použit v psychologii a psychoterapii v 70. letech 20. století (Křivohlavý, 1998). Přesněji byl tento termín poprvé použit v roce 1974 Henrichem Freudenbergerem v časopise „Journal of Social Issues“. Freudenberger jím charakterizoval stav, který se zachoval dodnes. A to jako psychický stav vyčerpanosti objevující se především jako reakce na chronický stres (Stibalová, 2010). Čeledová a Čevela (2010) píší, že Freudenbergerův koncept syndromu vyhoření je využíván přes 35 let a definuje stav celkového, zejména mentálního vyčerpání.

Stibalová (2010) se dále zmiňuje o tom, že na přelomu 70. a 80. let 20. století byly rozšířeny výzkumy v oblasti burnout syndromu. Zkoumány byly především prediktivní faktory, které ovlivňují rozvoj syndromu vyhoření a vhodné prostředky sekundární prevence. Na zjištěné poznatky o syndromu vyhoření se bere ohled dodnes. Dnes se větší důraz klade na prevenci primární.

1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření provází mnoho příznaků, ať již psychických, fyzických či příznaků na úrovni sociálních vztahů. Všechny zmíněné příznaky se vyvíjejí různě jak v čase dle fáze vyhoření, ve které se osoba postižená vyhořením nachází, tak v intenzitě. Ačkoli bychom se mohli domnívat, že osoba trpící vyhořením by tyto příznaky na sobě měla odhalit, často tomu tak není.

1.3.1 Příznaky na psychické úrovni

Dle Radkina (2012) patří mezi hlavní psychické a behaviorální příznaky podrážděnost na předměty, které pro nás jindy byly neutrální, plačtivost, záchvaty zlosti a hněvu, podezíravost a vztahovačnost, vyhýbání se pracovním povinnostem. Při delším sledování problematiky vyhoření se objevovala apatie, skleslost či snížení vyšších citů (sociálních, etických) (Radkin, 2012). Křivohlavý (1998) doplňuje o snížená sebecenění a sebe-hodnocení, vyplývající z pocitů snížené profesionální kompetence, či podráždění a negativismus (Křivohlavý, 1998). K dalším projevům patří sklíčenost, bezmoc, beznaděj, pocity strachu, pocity prázdnoty, ztráta odvahy a osamocení (Stock, 2010).

1.3.2 Příznaky na fyzické úrovni

Syndrom vyhoření se projevuje i na fyzické stránce člověka. Mezi hlavní fyzické atributy patří nedostatek energie, slabost, svalové napětí, bolesti zad, náchylnost k infekčním onemocněním, poruchy spánku, funkční poruchy, např. kardiovaskulární a zažívací potíže, poruchy paměti a soustředění, náchylnost k nehodám (Stock, 2010). Křivohlavý (1998) přidává mimořádně velkou únavu. Mezi další symptomy můžeme zařadit například bolesti hlavy, změny srdeční frekvence, dýchací potíže a poruchy. Všechny tyto symptomy mohou mít přímé spojení se zvýšeným rizikem závislosti (Kebza, Šolcová, 2003).

1.3.3 Příznaky na úrovni sociálních vztahů

Tošner a Tošnerová (2002) tvrdí, že díky syndromu vyhoření dochází u člověka k poklesu angažovanosti, omezení kontaktu s klienty a jejich rodinami, snižuje se snaha pomáhat problémovým klientům, eskalují konflikty s kolegy. Oproti tomu Křivohlavý (2012) tvrdí, že vyhořelý člověk jedná s druhými lidmi emocionálně chladně a lhostejně, druzí lidé vyhořelého nezajímají, ba naopak ho obtěžují. Zvláštním projevem osoby postižené syndromem vyhoření je i přezíravý postoj, který může vést až k pohrdavému, sarkastickému a agresivnímu chování. Při vyhoření dochází na pracovišti ke konfliktům s kolegy, objevuje se nechuť stýkat se s kolegy i klienty. V extrémních případech může dojít ke zpřetrhání dosavadních sociálních vazeb až ke ztrátě blízké osoby či dobrovolné izolaci (Stock, 2010).

1.4 Fáze syndromu vyhoření

Aby člověk mohl vyhořet, musí být nejprve ohněm a plamenem (Merg, Knödel, 2007, 47 s.).

Jedním z aspektů syndromu vyhoření jsou jeho fáze. Počet fází se v různých teoriích, které se zabývají studiem procesu burnout syndromu, liší. Obecně platí, že burnout je dlouhodobý proces, jenž většina autorů popisuje ve fázích (Stock, 2010).

Mezi nejjednodušší pojetí procesu syndromu vyhoření patří čtyřfázový model vyhoření od Christiny Maslach (Křivohlavý, 2012). První fází je *idealistické nadšení a přetěžování*. Následuje fáze druhá, která se týká *emocionálního a fyzického vyčerpání*. Další fází je proces *dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením*. Čtvrtou

a poslední fází je tzv. *terminální stadium*, což znamená stavění se proti všem a proti všemu. Zde se projevuje úplné vyhoření (Křivohlavý, 2012).

Edelwich a Brodský (in Stock, 2010) uvádějí čtyři fáze syndromu vyhoření:

- První fáze – *idealistické nadšení*: v této fázi vědecké modely využívají příkladu jedince, jenž na počátku pracuje s nadprůměrným nasazením. Má vysoké ideály, neúměrně plýtvá svou energií, a tak se dostává do rozporu s nereálnými nároky, které na sebe i své okolí klade. Žije pouze pro své zaměstnání, život mimo zaměstnání zanedbává.
- Druhá fáze – *stagnace*: zde se pracovník setkává se zklamáními a přehodnocuje počáteční ideály. Práce pro něho nemá takový význam a jako priority se do popředí dostávají peníze a možnosti kariérního růstu. Rodinný život zažívá první trhliny.
- Třetí fáze – *frustrace*: pracovník pochybuje o smyslu snažení, uvědomuje si svou bezmocnost. Objevují se problémy s byrokracií a absencí uznání ze strany klientů a nadřízených.
- Čtvrtá fáze – *apatie*: do popředí vystupuje rezignace, zklamání a žádné vyhlídky na změnu. Pracovník se vyhýbá náročným úkolům i kontaktům s klienty.

Oproti tomu Freudenberg a North (in Merg, Knödel, 2007, 54–55 s.) rozlišují 12 fází syndromu vyhoření:

1. *Nutnost osvědčit se*

Zde se projevuje individuální snaha o zvýšený výkon, zvyšují se též nároky na sebe sama. Současně s tím klesá ochota uznat vlastní hranice a možnosti.

2. *Zesílené nasazení*

Nasazení je prožíváno jako obtížné, časově náročné. Člověk má pocit, že musí všechno udělat sám, aby se osvědčil.

3. *Zanedbávání vlastních potřeb*

Touha po klidu, uvolnění a příjemných sociálních kontaktech ustupuje čím dál víc do pozadí. Naproti tomu stoupá požívání návykových látek a prostředků na spaní, protože se objevují poruchy spánku.

4. *Potlačení konfliktů a potřeb*

Vyskytují se chyby jako např. nedochvilnost, záměna termínů a témat atd.

5. *Přehodnocení hodnot*

Vnímání je na základě otupení narušeno. Priority se přesouvají, sociální kontakty jsou prožívány jako nemístné a zatěžující. Důležité životní cíle již nemají takový význam jako předtím.

6. *Zesílené popírání vznikajících problémů*

Potlačení vlastních potřeb a konfliktů je přímo obsahem života. Mezi nejčastější následky patří: uzavření se před okolím, agresivní obrana, netrpělivost a netolerance. Bližní jsou vnímáni jako zlí, hloupi, zatěžující. Kontakty jsou nesnesitelné. Poprvé se objevuje zřetelná ztráta výkonu a tělesné potíže. Nejpozději od tohoto okamžiku je nutná profesionální pomoc.

7. *Ústup*

Sociální síť je vnímána jako nepřátelská, zatěžující. Postiženého ovládá dezorientace, beznaděj a odcizení. Hledá náhradní uspokojení v návykových látkách.

8. *Změny chování*

Pozornost a náklonnost okolí jsou interpretovány jako útok, což vede k chorobným (paranoickým) reakcím.

9. *Ztráta smyslu pro vlastní osobnost*

Vzniká pocit, jako by člověk nebyl sám sebou, ale fungoval už pouze automaticky.

10. *Vnitřní prázdnota*

Člověk se cítí vyčerpaný, zesláblý, bez odvahy a prázdňový. Příležitostně propadá panice. Obává se ostatních lidí a shromáždění lidí.

11. *Deprese*

Zoufalství, vyčerpání, bolestivé vnitřní pocity se střídají s pocitem otupění a myšlenkami na sebevraždu. Během terapeutických rozhovorů je nutná prevence sebevražedného jednání.

12. *Úplné vyhoření*

Zde se objevuje duševní, tělesné a emocionální vyčerpání, sklony k infekcím, onemocnění srdce, krevního oběhu nebo žaludku a střev. Krizová intervence je nezbytná.

Oproti tomu Kupka (2014, 43–44 s.) vymezuje 5 fází:

- *Fáze nadšení:* v této fázi člověk přemýšlí, jakými rozmanitými způsoby zpestří svým klientům poskytovanou službu, hlídá si veškeré nové trendy a literární zdroje, dobrovolně zůstává přesčas.
- *Fáze stagnace:* ideály, které si člověk nastavil, se nedaří plně realizovat. Vzrůstá pocit neuspokojení, marnosti a zklamání povoláním.
- *Fáze frustrace:* pocity neuspokojenosti vzrůstají, člověk je přesvědčen, že investice směrem ke klientům jsou nevratné. Objevuje se zde nechuť učit se cokoliv nového.
- *Fáze apatie:* kolik hodin zbývá do konce pracovní doby a kolik let do důchodu, převládá zde starost o peníze a odměny, projevuje se zde dehumanizace jak ke kolegům, tak klientům.
- *Fáze vyhoření:* zde se objevuje plné vyčerpání, výrazné tělesné obtíže, problémy doma i v zaměstnání, sebevražedný pokus i možný rozvoj závislosti.

1.5 Předcházení syndromu vyhoření

1.5.1 Prevence syndromu vyhoření

V této kapitole je věnována pozornost třem hlavním bodům, a to prevenci na úrovni jednotlivce, prevenci na úrovni organizace a supervizi jako součásti prevence. Vyhoření postihuje především osoby, jež jsou v úzkém kontaktu s lidmi. Především osoby vykonávající pomáhající profese. Je zřejmé, že mnohem efektivnější je vyhoření předcházet než ho léčit. Proto je velmi důležité mít povědomí o prevenci. Nejdříve ale vysvětleme pojem prevence.

Prevence dle Velemínského (2001) znamená soubor opatření, která mají předcházet nějakému nežádoucímu jevu, například nemocím, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, sociálním konfliktům a podobně. Taková opatření se dle Velemínského nazývají preventivní.

1.5.2 Prevence na úrovni jednotlivce

Tato část bakalářské práce je věnována prevenci na úrovni jednotlivce. Tedy prevenci, kterou si „zajišťuje“ každý jednatel sám. Jako velmi účinná strategie prevencí

se dle Jankovského (2003) ukazuje fungující manželství, následované smyslem pro osobní disciplinovanost, odpovědnost či pokoru.

Burnout je jakási nerovnováha mezi výdejem a příjmem energie, měli bychom tedy přijmout taková opatření, která nám pomohou získat tuto rovnováhu zpět. Takovýmto preventivním opatřením dle Stocka (2010) je tzv. situační analýza. V situační analýze bychom měli zmapovat svůj stres, tzv. sepsat si situace, oblasti atp., které jsou pro nás nejvíce stresující (Stock, 2010).

Bartošíková (2006) soudí, že prevencí na osobní úrovni je vytvoření si zdravého systému sebedopory, čímž má na mysli zajištění smysluplného, příjemného a fyzicky aktivního života mimo roli pomáhajícího. Dalšími strategiemi je například sestavení časového harmonogramu, následované stanovením cílů, kterých chceme dosáhnout. Velmi podstatné je také vymezit si čas na relaxace a cvičení a dosáhnout tak zklidnění a zpomalení (Stock, 2010). Kallwass (2007) podotýká, že je důležité učit se sebedůvěře a povolit v sebekontrolě.

1.5.3 Prevence na úrovni organizace, externí vlivy

Syndrom vyhoření je pro pracovní oblast i pro oblast našeho okolí velmi nebezpečný. Abychom snížili riziko vypuknutí vyhoření, je nutné dbát na prevenci i v rámci organizace.

Jankovský (2003) vidí jako jednu z možností prevence, kterou může zajistit organizace, změnu pracoviště. Ta ovšem přináší pouze dočasnou úlevu. Dále se domnívá, že dalším preventivním opatřením může být i povýšení na vyšší pozici v rámci dané organizace (Jankovský, 2003).

Jeden z nejdůležitějších externích vlivů prevence představuje sociální opora. Bartošíková (2006) vidí jako hlavní zdroj sociální opory rodinu. V oblasti pracovního života pak dobré kolegiální zázemí. V rámci volného času pak přátele a dobré známé. Význam zde má i realizace zájmů a koníčky (Bartošíková, 2006). Křivohlavý (2012) vidí jako prevenci i dobré vztahy mezi lidmi, a to doma i na pracovišti. Kladné hodnocení od jiných osob, které spočívá v projevování úcty a respektu, a v neposlední řadě i dobré pracovní podmínky (Křivohlavý, 2012).

1.5.4 Supervize jako prevence

Mnozí pomáhající, když sami trpí, nedokážou přijmout podporu, nebo alespoň ne snadno. Je dost možné, že pokud člověk nedokáže přijmout pomoc, nedokáže ji fakticky ani poskytnout (Dass a Gorman, 1985, s. 86).

Ve své práci bych ráda popsala supervizi jako jeden z preventivních prostředků syndromu vyhoření a dle mého názoru i jako jednu z nejúčinnějších prevencí. Supervize poskytuje jakýsi nadhled či pohled shora na těžkosti, se kterými si sociální pracovníci při výkonu své profese nevědí rady. Supervize může probíhat individuálně či skupinově pod vedením supervizora, jenž může být interním zaměstnancem organizace nebo to může být externí supervizor.

Dle Vávrové (2012) supervizi chápeme jako jeden z nástrojů metadoprovázení, které pro ni znamená celoživotní odborné vzdělávání a supervizní podporu pracovníků pomáhajících profesí a dále jako účinný prostředek prevence syndromu vyhoření.

Oproti tomu Hawkins (2004, s. 37) soudí, že *supervize je formou podpory, při níž se pracovníci mohou soustředit nejen na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. Je součástí našeho celoživotního profesního učení a vývoje.*

Supervizi lze dále definovat jako odborně vedené, vzájemné působení lidí, které je založeno na reflexi. Supervize probíhá na základě dohody mezi zadavatelem supervize, supervizorem a účastníky supervize, v níž je hlavním úkolem profesionální rozvoj účastníka supervize, zajištění péče a ochrany klienta (Havrdová in MATOUŠEK).

Matoušek uvádí tři hlavní funkce supervize (Matoušek, s. 231):

- vzdělávací
- podpůrnou
- řídicí

Supervize poskytuje pracovníkům pomáhajících profesí prostor k zamyšlení, k vyjádření názorů a postojů, a to v bezpečném prostředí supervizní skupiny. V průběhu supervizního sezení dostávají supervidování, především od sebe navzájem, zpětnou vazbu, čímž získávají potřebný nadhled nad těžkostmi, nedorozuměními a problémy.

V jejím průběhu hledají společně možná řešení a v závěru supervizního sezení se domlouvají na opatřeních, jejichž účinnost vyzkouší v praxi (Vávrová, s. 132).

1.6 Ohrožené profese

Je zřejmé, že některé profese jsou syndromem vyhoření ohroženy více, některé méně. Obecně lze však konstatovat, že nejvíce ohrožené profese jsou ty, kde pracovníci nasazují své fyzické, a především své psychické síly pro jiné lidi. A také tam, kde je intenzivní kontakt mezi lidmi, za absence dostatečného ohodnocení, ať již finančního, tak emocionálního. Syndrom vyhoření se týká profesí, jejichž každodenní práce má co do činění se systematickým a přímým kontaktem s lidmi, kteří potřebují péči (Moreno et al., 2015).

Dle Křivohlavého (1998) patří mezi nejvíce ohrožená zaměstnání práce vykonávaná ve zdravotnictví, školství, hospodářství a administrativě, sociální péči a sociálních službách. Pešek a Práško (2016) tvrdí, že odhadem 20 až 30 % profesionálů pracujících s lidmi se v životě setká s vyhořením.

Ohrožené profese dle Křivohlavého (1998, s. 23):

- Lékaři (pracující v hospicích, na onkologických odděleních apod.)
- Zdravotní sestry
- Zdravotní personál (dentisté)
- Psychologové a psychoterapeuti
- Psychiatři
- Sociální pracovnice
- Poradci ve věcech sociální péče (pečující o děti, dospívající, rodiny v krizi, propuštěné vězně apod.)
- Učitelé
- Policisté
- Pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva spravedlnosti

Matoušek (2008) konstatuje, že syndrom vyhoření se týká především profesí, které vznikají v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných systémů sociální podpory. Patří k nim medicína, psychologie, pedagogika a sociální práce (Matoušek, 2008).

1.7 Vymezení pojmu sociální pracovník

Sociální pracovníci jsou lidé, jejichž hlavní motivací bývá nejčastěji pomáhat druhým a zlepšovat jejich životní situaci.

Matoušek (2008) uvádí, že sociálním pracovníkem se stává osoba, která se rozhodla věnovat se tomuto oboru a splnila nezbytné vzdělání k výkonu této profese. Hlavním úkolem sociálního pracovníka je především pomáhat jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění (Matoušek, 2008). Dále se zmiňuje, že sociální pracovník je osoba, která pracuje s klienty a jejich rodinami, přirozenými či uměle vytvořenými skupinami, dále spolupracuje s organizacemi, místními komunitami a v neposlední řadě se podílí na přípravě některých zákonů a vyhlášek (Matoušek, 2003).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, definuje sociálního pracovníka jako osobu, která vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Sociální práce (Matoušek, s. 213)

Sociální práce se dá dále definovat jako společenskovední disciplína, ale i jako oblast praktické činnosti, jejíž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání, nezaměstnaností aj.) (Matoušek, 2008, s. 213).

1.8 Definice povolání pracovníka v sociálních službách

Na webových stránkách Sociální revue (2007) se lze dočíst, kdo je pracovník v sociálních službách a jaká je jeho náplň práce. Pracovník v sociálních službách vykonává:

1) přímou obslužnou péčí o osoby spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoc při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní

aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb;

2) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků až po jejich fixaci, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění asistenční služby a osobní asistence;

3) pečovatelskou činnost spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti v územním celku.

1.9 Zdravotně znevýhodněné osoby

Zadáním této části bakalářské práce je objasnit termín „zdravotně znevýhodněné osoby“, který souvisí s termínem „zdravotní postižení“. Michalík říká, že mentální postižení patří k nejběžnějším poruchám, které se v populaci nachází. Bez ohledu na rasu, kontinent, ekonomický a kulturní okruh atd. (Michalík, 2011). Zeman (2010) soudí, že zdravotní znevýhodnění ovlivňuje nejen fyzické, ale i emocionální a společenské aktivity lidí.

Matoušek (2005) uvádí, že mentální postižení je celistvé označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Americká asociace pro mentálně retardované používá následující definici: *Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce* (Matoušek, 2005, s. 111).

Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, se za zdravotně znevýhodněnou osobu považuje fyzická osoba, která má zachovány schopnosti vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci či kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i schopnost pracovního uplatnění. Osobou zdravotně znevýhodněnou však nemůže být osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána jako osoba v prvním, druhém nebo třetím invalidním stupni.

Nejobvyklejším a nejběžnějším modelem vnitřní diference zdravotně postižených je model podle převládajícího zdravotního postižení, jenž ve své knize popisuje Michalík. Mezi nejčastější postižení v populaci tedy patří postižení (Michalík, 2011, s. 34):

- tělesná
- mentální
- sluchová
- zraková
- řečová

Webové stránky (Žiju s handicapem, 2012), specializující se na práci s lidmi se zdravotním postižením, rozdělují zdravotní postižení do následujících skupin:

- Zrakové postižení
- Sluchové postižení
- Tělesné postižení
- Mentální postižení
- Vnitřní postižení
- Kombinovaná postižení
- Duševní nemoci
- Rodiče dětí se zdravotním postižením
- Senioři

ČSSZ (Česká správa sociálního zabezpečení, 2014) jasně a přehledně popisuje rozdíl mezi osobami se zdravotním znevýhodněním a osobami se zdravotním postižením. Osobou se zdravotním postižením je dle ČSSZ fyzická osoba, která je orgánem sociálního zabezpečení uznána invalidní v prvním, druhém či třetím stupni nebo zdravotně znevýhodněnou. Z toho vyplývá, že osoby zdravotně znevýhodněné jsou specifickou skupinou osob, jež nejsou invalidní, ale díky jejich dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu mají podstatně omezenou schopnost uplatnění na pracovním trhu.

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cílem této práce je zhodnotit míru ohrožení syndromem vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami a pracovníků v sociálních službách. Zjistit, zda zmínění pracovníci znají existující riziko syndromu vyhoření a zda jsou schopni ho na sobě odhalit. Dále objasnit, jaké pracovní úkony jsou pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách nejvíce zatěžující. Zda by v případě potřeby byli ochotni vyhledat odbornou pomoc. Jaké možnosti prevence jsou pro ně nejúčinnější.

2.2 Výzkumné otázky

Pro zkoumání problematiky syndromu vyhoření a splnění výše uvedených cílů byly stanoveny výzkumné otázky, které byly pokládány v rámci polostrukturovaného rozhovoru a doplněné o dotazník Burnout Measure.

Výzkumná otázka č. 1:

Znají sociální pracovníci existující riziko syndromu vyhoření a jsou schopni sami na sobě odhalit syndrom vyhoření?

Výzkumná otázka č. 2:

Jaké pracovní úkony jsou pro sociální pracovník nejvíce zatěžující/stresující?

Výzkumná otázka č. 3:

Jsou sociální pracovníci ochotni vyhledat odbornou pomoc?

Výzkumná otázka č. 4:

Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření jsou pro sociální pracovníky nejúčinnější?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

S ohledem na zvolené téma bakalářské práce, její cíl a cílovou skupinu, na kterou je celý výzkum zaměřen, jsem se rozhodla v praktické části své bakalářské práce zvolit strategii kvalitativního výzkumu. Tato strategie nám dává možnost hlouběji porozumět zkoumanému fenoménu. Použitou metodou bylo dotazování a technikou polostrukturovaný rozhovor doplněný o standardizovaný dotazník Burnout Measure. V této práci byla nejčastěji využita technika polostrukturovaného rozhovoru, díky němuž byly zodpovězeny výzkumné otázky jedna až čtyři. Pro zjištění psychického vyhoření byl použit již zmíněný dotazník Burnout Measure.

Kvalitativní přístup popisuje ve své publikaci Miovský (2006). Ten soudí, že *kvalitativní přístup v psychologických vědách je přístupem, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod* (Miovský, 2006, s. 17).

Drulák (2008, s. 14) definuje pojem kvalitativní výzkum a říká, že *kvalitativní výzkum studuje data, která mají charakter textu či jedinečných skutečností, jejichž převedením na čísla příliš nezískáme, ale naopak ztratíme*. Oproti tomu Matoušek (2008, s. 100) hodnotí kvalitativní výzkum jako *skupinu teoretických přístupů a metodických postupů, které byly formulovány buď v opozici ke kvantitativním postupům, nebo jako jejich rozšíření. Společné jim je zaměření na přirozené situace, využívání výzkumníka jako „nástroje“ a preferování dat, která mají podobu vyprávění, nikoli čísel*. Creswell (in Hendl, 2016, s. 46) definoval kvalitativní výzkum jako *proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách*.

Techniku polostrukturovaného rozhovoru zkoumají Švaříček a Šedová. Ti soudí, že *cílem hloubkového a polostrukturovaného rozhovoru je získat detailní a komplexní informace o studovaném jevu* (Švaříček a Šedová, 2007, s. 13). Dále tuto techniku popisuje i Miovský. Dle něho si při polostrukturovaném rozhovoru vytváříme určité

schéma, které je pro tazatele obligatorní (Miovský, 2006). Dané schéma většinou specifikuje okruhy otázek, na které se budeme komunikačních partnerů ptát (Miovský, 2006). Pořadí otázek je ponecháno na úsudku tazatele, cílem je však maximální výtěžnost rozhovoru.

Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je tedy daný rámec otázek, které mohou být pokládány v různém pořadí, a tak dávají tazateli prostor doptat se a více porozumět odpovědi účastníka.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Jako metodu pro volbu výzkumného souboru jsem zvolila záměrný kvalifikovaný výběr. Výzkumný soubor reprezentují sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách z Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, které má tři pobočky: Stacionář Bobelovka, Sociální služby Česká a Bydlení Naplno, a v těchto jmenovaných zařízeních byl také proveden výzkum. Podmínkou výběru byla dvě kritéria: pracovní pozice komunikačních partnerů, tedy pozice sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Dále pak jejich ochota účastnit se výzkumu. Výzkumu se účastnilo celkem 8 pracovníků. Záměrně jsem zvolila 4 pracovníky v sociálních službách a 4 sociální pracovníky. Pro upřesnění byli 4 pracovníci ze Stacionáře Bobelovka, 2 pracovníci ze Sociálních služeb Česká a 2 pracovníci z Bydlení Naplno. V tabulce číslo č. 1, uvádím přehlednou charakteristiku výběrového souboru.

Tabulka č. 1 Bližší specifikace výběrového souboru

Komunikační partner č.	Pohlaví	Věk	Dosažené vzdělání	Pracovní pozice	Délka praxe
1	žena	32	Mgr.	prac. v soc. službách	9 let
2	žena	39	Dis.	sociální pracovník	8 let
3	žena	63	SOŠ s maturitou	prac. v soc. službách	31 let
4	žena	56	SOŠ s maturitou	prac. v soc. službách	31 let
5	muž	31	Bc.	sociální pracovník	9 let
6	žena	42	SOŠ s maturitou	prac. v soc. službách	1 rok
7	žena	42	Bc.	sociální pracovník	16 let
8	muž	38	Mgr.	sociální pracovník	13 let

Zdroj: vlastní výzkum

3.3 Vlastní výzkum

Tuto problematiku, tedy syndrom vyhoření, jsem si vybrala proto, jelikož jsem během své školní praxe pobývala v zařízení Stacionáře Bobelovka, kde pracují se zdravotně znevýhodněnými osobami. Tato práce je velmi fyzicky i psychicky náročná, tudíž mě zajímalo, zda mají pracovníci povědomí o možném ohrožení syndromem vyhoření. Se sociální pracovníci jsem se tedy domluvila, že bych v tomto a dalších dvou zařízeních uskutečnila výzkum ke své bakalářské práci. Postupně jsem kontaktovala i další pracovníky již zmíněných zařízení, kteří s rozhovory souhlasili. Pod podmínkou, že nechtějí být nahrávání na diktafon, jelikož s tím nemají dobré zkušenosti. Oznámila jsem jim tedy, že si jejich odpovědi budu zaznamenávat písemně.

Sběr dat probíhal od 26. 6. 2017 do 30. 6. 2017. Během této doby se uskutečnila tři setkání. První proběhlo 26. 6. 2017 ve Stacionáři Bobelovka, druhé 28. 6. v zařízení Sociálních služeb Česká a třetí se uskutečnilo 30. 6. 2017 v prostorách Bydlení Naplno. Všechny rozhovory proběhly v přirozeném pracovním prostředí komunikačních partnerů, bez přítomnosti dalších osob. Každý výzkum probíhal stejně. Nejprve mým představením, představením mé bakalářské práce, dále rozhovor pokračoval oznámením o anonymizaci rozhovorů a vyplněním doplňkového dotazníku, které obsahoval věk, pohlaví, pracovní pozici, délku praxe a dosažené vzdělání respondenta. Poté probíhaly samotné rozhovory. Následně mi komunikační partneři vyplnili dotazník Burnout Measure.

3.4 Vyhodnocení dat

K vyhodnocení výsledků výzkumu byla využita metoda vytváření trsů. Tuto metodu popisuje ve své knize Miovský (2006) jako metodu, která soustřeďuje určité výroky do skupin.

Tyto skupiny (trsy) by měly vznikat na základě vzájemného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Tímto procesem vznikají obecnější, induktivně zformované kategorie, jejichž zařazení do dané skupiny (trsu) je asociováno s určitými opakujícími se znaky, určitým charakteristickým uspořádáním atd. (Miovský, 2006, s. 221).

4 Výsledky

Tato kapitola obsahuje výsledky, jejich zhodnocení a prezentaci. Je rozdělena do 5 částí, a to podle souvislosti s danou výzkumnou otázkou a dotazníkem Burnout Measure. Každá část obsahuje odpovědi komunikačních partnerů na výzkumné otázky a jejich podotázky. Následně jsou v této kapitole vytvořena shrnutí výzkumných otázek, poté zachycené trsy, a nakonec vše uvádím do přehledných tabulek.

4.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1

Výzkumná otázka č. 1 zní: *Znají sociální pracovníci existující riziko syndromu vyhoření a jsou schopni sami na sobě odhalit syndrom vyhoření?* Tato otázka měla přinést odpovědi komunikačních partnerů o tom, zda pracovníci vědí, co je to syndrom vyhoření. Zda si jsou vědomi jeho rizika, mají povědomí o příznacích syndromu. A zda by byli schopni sami na sobě odhalit syndrom vyhoření.

Víte, co je syndrom vyhoření a jste si vědom/a jeho rizika?

Všech osm komunikačních partnerů odpovědělo, že vědí, co je to syndrom vyhoření, a velmi si uvědomují jeho možná rizika. Odpovědí na tuto otázku bylo zodpovězeno, že povědomí sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách o syndromu vyhoření je velmi vysoké. Nejvíce pracovníků se s tímto pojmem setkalo již během svých studií. Další pracovníci se s ním setkali až během své praxe. KP č. 5 uvádí: *„Ano, během studií jsme několikrát velmi podrobně probírali, co je to syndrom vyhoření. A to i následně během praxe – na různých školeních a supervizích.“* Podobně odpovídá i respondent č. 8, který se s tímto pojmem setkal nejenom při svém studiu, ale i při supervizích absolvovaných během své praxe. Další komunikační partneři odpovídají, že syndrom vyhoření se často objevuje u pomáhajících profesí, jelikož jsou fyzicky a psychicky náročné. Komunikační partnerka č. 1 dodává: *„Se syndromem vyhoření se velmi často setkáváme u lidí, kteří v pomáhajících profesích dělají dlouho, ale není to podmínkou.“* Pracovníci dále zmiňují, že syndrom vyhoření je psychické, fyzické a emocionální vyčerpání způsobené prací. A že se jedná o psychický stav, o pocit vyčerpanosti a celkovou únavu z pracovní činnosti, ale i zátěž z osobního života.

Víte, jaké jsou příznaky syndromu vyhoření?

Na otázku, zda vědí, jaké jsou příznaky syndromu vyhoření všichni KP odpověděli, že vědí. Nejčastěji se v jejich odpovědích objevoval stres, únava a nedostatek spánku. Jako další příznaky uvedli pracovníci apatii, konflikty s okolím, a to jak s kolegy, tak s přáteli i rodinou. Dále uvedli nervozitu, fyzické vyčerpání, depresi, kardiovaskulární potíže, somatické potíže, roztěkanost, vznětlivost, neochotu spolupracovat s některými klienty a nesnášenlivost.

Byl/a byste schopný/schopna sám/sama na sobě odhalit syndrom vyhoření?

Na dotaz ohledně toho, zda by pracovníci byli schopni sami na sobě odhalit syndrom vyhoření, 7 komunikačních partnerů odpovědělo, že si myslí, že by byli schopni vyhoření odhalit. Jen KP č. 2 podotkla: „*Nejsem si jista, zda bych na sobě syndrom vyhoření byla schopna odhalit.*“ KP č. 5 doplnil: „*Myslím si a doufám, že ano. Ale těžko říct, zda bych si ho dokázal uvědomit v celé míře.*“ KP č. 1 říká, že cítí, kdy potřebuje dovolenou, a sama reálně dokáže říct, že potřebuje volno. KP č. 4 podotýká, že ví, kdy je vyčerpaná a nemá náladu jít do práce.

Shrnutí výsledků výzkumné otázky č. 1

Podotázky obsažené v prvním okruhu měly za úkol zodpovědět první výzkumnou otázku: *Znají sociální pracovníci existující riziko syndromu vyhoření a jsou schopni sami na sobě odhalit syndrom vyhoření?* Z odpovědí sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách je zřejmé, že všichni tyto korespondenční partneři vědí, co je to syndrom vyhoření, a jsou si plně vědomi jeho rizika. Někteří podotýkají, že se vyhoření objevuje především u pomáhajících profesí. 7 KP (kromě KP č. 2) potvrdili, že si myslí, že by byli schopni sami na sobě odhalit vyhoření. KP č. 5 doplnil, že ovšem neví, v jaké míře by si ho dokázal uvědomit. Co se týče otázky ohledně příznaků syndromu vyhoření, většina respondentů uvedla stres, únavu a nedostatek spánku jako stěžejní příznaky. Jako další příznaky nejčastěji uváděli i apatii, eskalující konflikty, fyzické vyčerpání, psychické vyčerpání, podrážděnost a vznětlivost.

Z výsledků pro výzkumnou otázku č. 1 vznikly tyto trsy:

Pomáhající profese – mnoho KP odpovědělo, že syndrom vyhoření se týká především pomáhajících profesí;

Stres, únava, nedostatek spánku – toto sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách uvádí jako hlavní příznaky syndromu vyhoření

Tabulka č. 2 Zhodnocení výzkumné otázky č. 1

KP č.	Víte, co je syndrom vyhoření	Jste si vědom/a jeho rizika	Znáte příznaky vyhoření?	Jste schopni sami na sobě odhalit vyhoření
1	ano	ano	stres, apatie, psychické vyčerpání, nervozita	nejspíš ano
2	ano	ano	apatie, únava, hádky s kolegy	neví
3	ano	ano	stres, únava, poruchy spánku, deprese	nejspíš ano
4	ano	ano	poruchy spánku, deprese, úzkost, nespokojenost	nejspíš ano
5	ano	ano		nejspíš ano
6	ano	ano		ano
7	ano	ano	únava, roztěkanost, neochota, nesnášenlivost, deprese	nejspíš ano
8	ano	ano	únava, nedostatek spánku, apatie, podrážděnost	nejspíš ano

Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 2

Výzkumná otázka č. 2 byla stanovena následovně: *Jaké pracovní úkony jsou pro sociální pracovníky nejvíce zatěžující/stresující?* Tato otázka si dává za úkol zjistit, které pracovní úkony jsou pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách nejvíce zatěžující.

Jaké pracovní úkony jsou pro Vás nejvíce zatěžující?

Zde se objevovaly různé odpovědi. KP č. 3, 4, 7 a 8 odpověděli, že nejvíce zatěžující je pro ně práce s agresivními klienty, dále klienty, kteří jsou problémoví či neschopní komunikace. KP č. 3 uvedla: *„Nejvíce zatěžující je pro mne řešení problémů s agresivními klienty, nebo s klienty, kteří nechtějí spolupracovat.“* KP č. 1 uvádí, že je pro ni nejvíce zatěžující vymyslet a správně motivovat klienty k tomu, aby sami chtěli spolupracovat. KP č. 2 uvedla, že jsou pro ni nejvíce zatěžující složité, dlouhotrvající úkoly. Úkoly, které nelze vyřešit během krátké doby. Oproti tomu KP č. 5 říká, že je pro něho velmi složité, pokud klient či více klientů má výkyv v chování jako např. vztek, amok. Vše ostatní je pro něho snáze zvládnutelné. KP č. 6 uvádí, že ji nejvíce zatěžuje špatná hygiena klientů, kteří jsou schopni si tyto základní životní potřeby obstarat sami.

Je pro Vás více náročná přímá práce s klienty, nebo organizace práce včetně byrokracie?

KP č. 1, 3, 4, 6, 7, 8 tvrdí, že jsou pro ně více náročné a vyčerpávající byrokratické úkony. Dodávají, že je tato práce zdoluhavá a čas strávený nad byrokracií jde na úkor času stráveného s klienty. KP č. 8 doplňuje: *„Občas mi připadá, že sociální práce je více o papírování než o kontaktu s klienty a pomáhání jim.“* KP č. 5 uvádí: *„Více náročná - jak v čem a jak kdy. Nelze říci takhle obecně. Organizace práce a byrokracie pro mě není náročná, ale přesto preferuji přímou práci s klienty, i když je náročnější.“* Jen KP č. 2 tvrdí, že pro ni není náročná ani jedna z těchto možností, obě práce jsou pro ni stejně náročné. Respektive ji tato práce moc nezatěžuje.

Shrnutí výzkumné otázky č. 2

Nejvíce KP, přesněji 4 z nich, odpovědělo na otázku: *Jaké pracovní úkony jsou pro Vás nejvíce zatěžující?*, že je pro ně nejvíce namáhavá práce s agresivními

klienty. Ale i klienty, kteří jsou problémoví, neschopní komunikace či nespolupracující klienti. KP č. 2 uvedla, že jsou pro ni nejvíce zatěžující složité a dlouhodobé úkoly. Jako jediná tedy řekla, že jí největší přítěž nečiní přímá práce s klienty, nýbrž byrokracie a úkony s ní spojené. S tím se pojí i druhá podotázka: *Je pro Vás více náročná přímá práce s klienty, nebo organizace práce včetně byrokracie.* 6 z 8 KP potvrdilo, že jsou pro ně více náročné byrokratické úkony. KP č. 2 nestrání ani jedné z těchto prací, jelikož ani jedna pro ni není náročná a namáhavá. KP č. 5 zprvu uvádí, že nelze soudit, která z těchto dvou možností je náročnější, nakonec však potvrdí, že je pro něho namáhavější přímá práce s klienty, i když je pro něho příjemnější.

Z výsledků pro výzkumnou otázku č. 2 vznikly tyto trsy:

Byrokracie – KP vidí byrokracii jako více náročnou práci oproti přímé práci s klienty;

Agresivní klienti – většina tázaných pracovníků řadí práci s agresivními klienty mezi nejvíce zatěžující pracovní úkony.

Tabulka č. 3 Zhodnocení výzkumné otázky č. 2

KP č.	Nejvíce zatěžující pracovní úkony	Více zatěžující – přímá práce s klienty x byrokracie
1	motivování klientů	byrokracie
2	dlouhodobé úkoly	ani jedno
3	práce s agresivními klienty	byrokracie
4	práce s agresivními klienty	byrokracie
5	práce s klienty s výkyvy v chování	nelze říci
6	nedostatečná hygiena klientů	byrokracie
7	práce s agresivními klienty	byrokracie
8	práce s agresivními klienty	byrokracie

Zdroj: vlastní výzkum

4.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3

Výzkumná otázka č. 3 zněla následovně: *Jsou sociální pracovníci (a pracovníci v sociálních službách) ochotni vyhledat odbornou pomoc?* Touto otázkou jsem chtěla získat jen krátké a věcné odpovědi, zda by pracovníci byli svolní v případě ohrožení syndromem vyhoření navštívit nějakého odborníka, respektive psychologa či psychoterapeuta.

Čtyři komunikační partneři, konkrétně KP č. 1, 3, 5 a 8 ve svých odpovědích uvedli, že by byli ochotni vyhledat odbornou pomoc. KP č. 1 dodává: „*Ano, pokud budu vědět, že je dostatečně kompetentní. Nekompetentní osoba může spíše uškodit. V první řadě bych vyhledala pomoc v podobě supervize.*“ KP č. 3 doplňuje, že by navštívila psychologa. KP č. 8 potvrdil, že by určitě vyhledal odbornou pomoc, pokud by to byla potřeba. Syndromem vyhoření totiž neohrožuje jen sám sebe, ale i své kolegy, rodinu a přátele. Tím myslí, že při vyhoření se stupňují konflikty a hrozí riziko úplného stranění se těmito skupinám. KP č. 2 si myslí, že by vyhledala odbornou pomoc, ale jen pokud by to bylo nutné. KP č. 6 odpověděla, že neví, jelikož o tom nikdy nepřemýšlela. KP č. 4 a 7 odpověděli, že by asi byli ochotni navštívit odbornou pomoc.

Shrnutí výzkumné otázky č. 3

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že by většina sociálních pracovníků i pracovníků v sociálních službách byla ochotna vyhledat odbornou pomoc. To je velmi přínosné zjištění. A to jak vzhledem k mému výzkumu, tak i vzhledem k samotným pracovníkům, jelikož si sami uvědomili a vyjasnili, co by v případě ohrožení učinili. Pouze KP č. 6 se vyjádřila neutrálně, jelikož nad tím nikdy neuvažovala.

Z výsledků pro výzkumnou otázku č. 3 vznikl tento trs:

Ochota vyhledat odbornou pomoc – většina KP by byla v případě hrozícího ohrožení syndromem vyhoření ochotna vyhledat odbornou pomoc.

Tabulka č. 4 Zhodnocení výzkumné otázky č. 3

KP č.	Ochota vyhledat odbornou pomoc	Dodatek
1	ano	odborná pomoc musí být kompetentní, nejprve hledat pomoc v podobě supervize
2	nejspíš ano	kdyby to bylo nutné
3	ano	vyhledání psychologa
4	nejspíš ano	
5	ano	
6	neví	neuvažovala nad tím
7	nejspíš ano	
8	ano	syndrom vyhoření ohrožuje i okolí

Zdroj: vlastní výzkum

4.4 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 4

Otázka č. 4 byla formulována následovně: *Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření jsou pro sociální pracovníky nejúčinnější?* Tuto otázku jsem rozvedla o 2 podotázky, jejichž cílem bylo zjistit, jaké možnosti prevence sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách využívají, které z nich jsou nejúčinnější a jaký má v oblasti prevence význam supervize.

Znáte nějaké možnosti prevence syndromu vyhoření?

Odpovědi na tuto otázku byly opravdu bohaté, ovšem všichni tázaní pracovníci se zmínili o významu supervize. KP č. 1: *„Jedna z možností prevence je sebeuvědomění se – člověk musí být schopný sebereflexe.“* KP č. 1, pracovníce v sociálních službách, dále zmiňuje, že pokud se jedná o přímou péči, je důležité, aby se zaměstnanci přímé

péče častěji střídali. Tuto prevenci má dle jejího názoru zajistit organizace, především je to vhodné, pokud se jedná o fyzicky náročnou práci. KP č. 2 dodává, že si pracovníci nesmí brát věci moc osobně. Dále je dle ní základem prevence dobré rodinné zázemí, pravidelný pohyb a kontakt s přáteli. KP č. 3 odpověděla, že je vhodné navštěvovat kurzy k načerpání energie, ale i uvědomění si svých prožitků, svých životních hodnot a postojů. I ona potvrzuje, že důležité je dobré rodinné zázemí, setkávání se s přáteli, navštěvování kulturních akcí. KP č. 4 také zmiňuje jako prevenci supervizi. To rozšiřuje o kurzy, vlastní uvědomění si žebříčku hodnot vlastního života. Jako vnitřní zdroje energie uvádí rodinu, přírodu, relaxaci, meditaci, energetická cvičení, a především dobré vedení. KP č. 5 uvádí v oblasti prevence dvě hlediska. A to profesní a osobní. Co se týká profesního hlediska, je dle něho žádoucí měnit místo působení, třeba i v rámci jednoho pracoviště, nezůstávat dlouhé roky na jednom místě se stejnými klienty a stejné práci. Z osobního hlediska uvádí tyto možnosti: přiměřená relaxace, aktivní naplňování volného času, dostatečně dlouhé a nepracovně využitě dovolené, psychohygiena, především nemít práci jako středobod svého života. KP č. 6 uvádí: *„Já nejraději relaxuji s rodinou a dětmi. Důležitá je pro mne ochota a vstřícnost nadřízeného včetně pochvaly.“* Pro KP č. 7 je podstatné přátelské prostředí na pracovišti, supervize a tmelení kolektivu při mimopracovních setkáních. KP č. 8 potvrzuje odpovědi ostatních tázaných pracovníků a možnosti prevence také vidí v supervizi, sociální opoře a aktivním životním stylu.

Jaký může mít v souvislosti se syndromem vyhoření význam supervize?

Všichni tázaní pracovníci potvrzují, že supervize je velmi významná a důležitá. Na tuto otázku KP č. 1 odpovídá následovně: *„Supervize může mít velký význam, ale jen pokud je prováděna odborným, kompetentním a nezaujatým supervizorem, který je zároveň schopný brát problémy lidsky a poskytnout lidsky použitelný názor a nadhled.“* Stejně to vidí i KP č. 3, která tvrdí, že velmi záleží na osobě supervizora a způsobu vedení supervize k tomu, aby měla smysl. Totožnou odpověď použili i KP č. 6 a 8. KP č. 2 dodává, že supervize může pomoci snížit psychické napětí i řešit pracovní problémy. KP č. 4: *„Supervize může přispět ke zlepšení pracovního prostředí, usnadnit komunikaci mezi spolupracovníky. Zlepšit mezilidské vztahy. Dává i zpětnou vazbu a sebereflexi, umožní získat nadhled nad věcmi denní praxe.“* KP č. 5 odpovídá: *„Určitě má velký význam, pro mnohé zásadní. Moje zkušenosti se supervizemi jsou vesměs pozitivní, ale spíše při řešení různých pracovních problémů nebo konfliktů.“*

Jaké možnosti prevence jsou pro Vás nejúčinnější?

Odpověď KP č. 1 zní: „*Supervize, nejlepší by bylo, kdyby byla povinná. Alespoň 1–3x za půl roku. Sociální interakce s přáteli a dobré kolegiální zázemí.*“ KP č. 3 prozrazuje, že nejúčinnější je okamžité řešení stresu – využívání relaxační technik, především jógy a meditace. Dále mít své vlastní koníčky, udržovat přátelské vztahy s lidmi mimo obor, důležitý je i spánek. KP č. 4 sděluje, že je vhodné mít dobré rodinné zázemí, umět relaxovat, využívat relaxační techniky, jako je meditace. Důležitost sledává i v aktivitách mimo práci, tělesných aktivitách, setkávání se s přáteli, životním nadhledu, výživě i spánku. KP č. 5: „*Pomohla mi vždy změna organizace, stáže v jiných zařízeních, nebo jakékoliv vyjetí ze starých kolejí – pobyty s klienty v jiném prostředí (výlety, kavárny atd.). Zkrátka nabourání pracovního stereotypu. A dovolená, pokud je delší než týden. A fakt, že ve chvíli, kdy odejdu z práce, dokážu se od ní oprostit a žít svůj osobní život.*“ KP č. 8 nejvíce pomáhá jeho fungující manželství, „*manželka je mou oporou*“, dodává s úsměvem. Dále se často setkává s přáteli.

Shrnutí výzkumné otázky č. 4

Znáte nějaké možnosti prevence syndromu vyhoření? Na tuto otázku odpověděli všichni KP, že jako jednu z forem prevence vidí supervizi. Dále se zmiňovali o důležitosti sociální opory, ať již v oblasti dobrého rodinného zázemí, tak kontaktu s přáteli. Jako další možnosti prevence byly uváděny meditace, pochvala od nadřízeného, aktivní životní styl či sebereflexe.

Na podotázku č. 2 znějící takto: *Jaký může mít v souvislosti se syndromem vyhoření význam supervize* odpověděli všichni KP, že supervize má velký význam. Odpovědi obsahovaly dodatky, a to například, že by supervize měla být prováděna kompetentním supervizorem či že snižuje psychické napětí, umožňuje sebereflexi, řeší konkrétní a pracovní problémy, ale poskytuje i zpětnou vazbu. Téměř všichni KP uvedli, že nejúčinnější prevencí je setkávání se s přáteli, ale i dobré rodinné zázemí. K dalším prostředkům prevence, které tázaní využívají, patří již zmíněná supervize, dostatečný spánek, meditace, ale i dobré kolegiální vztahy.

Z výsledků pro výzkumnou otázku č. 4 vznikly tyto trsy:

Supervize – všichni KP vidí supervizi jako nejúčinnější prevenci syndromu vyhoření;

Meditace, sociální opora (rodina, přátelé) – tyto možnosti uvádějí sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jako účinné možnosti prevence syndromu vyhoření a zároveň tyto možnosti využívají.

Tabulka č. 5 Zhodnocení výzkumné otázky č. 4

KP č.	Možnosti prevence	Význam supervize	Nejúčinnější prevence
1	supervize, sebereflexe, střídání zaměstnanců	velký význam – pokud je prováděna kompetentní osobou	supervize, sociální interakce s přáteli, dobré kolegiální zázemí
2	Supervize, dobré rodinné zázemí, kontakt s přáteli	snižuje psychické napětí, řeší pracovní problémy	dobré rodinné zázemí, pravidelný pohyb, kontakt s přáteli
3	Supervize, uvědomění si životních hodnot, přátelé, rodina, kultura	nejdůležitější forma prevence	meditace, spánek, koníčky, přátelské vztahy mimo obor
4	supervize, kurzy, relaxace	zlepšení pracovního prostředí, zpětná vazba, sebereflexe	cvičení, meditace, životní nadhled, setkávání se s přáteli
5	supervize, dovolené, relaxace, psychohygiena	řešení pracovních problémů	vyjetí ze starých kolejí, stáže, dovolená
6	relaxace s rodinou a dětmi, pochvala od nadřízeného, supervize	velký význam, pokud je prováděna kompetentní osobou	trávení času s blízkými
7	přátelské prostředí na pracovišti, supervize	řešení konkrétních problémů	mimopracovní setkávání s kolegy, supervize
8	supervize, sociální opora, aktivní životní styl	zabránění syndromu vyhoření, získání nadhledu na pracovní problémy	fungující manželství, setkávání s přáteli

Zdroj: vlastní výzkum

4.5 Vyhodnocení dotazníku *Burnout Measure*

Po rozhovorech odpovídajících na dané výzkumné otázky jsem komunikačním partnerům dala vyplnit dotazník *Burnout Measure*, abych zjistila míru ohrožení syndromem vyhoření. Při vyhodnocování dotazníku jsem odhalila, že nejvíce byla zastoupena hodnota *uspokojivý výsledek*. Tento výsledek získali 4 KP. Druhou nejvýše zastoupenou hodnotou bylo *ujasnit si žebříček hodnot*. Tato hodnota se objevila u 3 KP. Pouze jednou se ve výsledcích objevila hodnota *dobry výsledek*. Další hodnoty u KP nebyly zjištěny.

Z výzkumného šetření je tedy zřejmé, že 50 % KP dosáhlo uspokojivého výsledku. Ohrožení psychickým vyhořením je nízké. Psychická zátěž je akceptovatelná, v případě potřeby lze vše vyřešit pomocí vlastních sil. 37,5 % KP dosáhlo hodnoty *ujasnění si žebříčku hodnot*. Křivohlavý (2012) doporučuje zamyslet se nad smysluplností života. Zbýlých 12,5 % KP získalo dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví. Vše je tedy v pořádku a není třeba žádného zásahu v oblasti profesního či osobního života. Další hodnoty vzhledem k riziku ohrožení syndromem vyhoření (tedy *přítomnost syndromu vyhoření prokázána a havarijní signál*) nebyly zjištěny. Z výsledků vyplývá, že míra psychického vyhoření u výzkumného souboru je tedy nízká. Pro přehlednost je vše uvedeno v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 Vyhodnocení dotazníku psychického vyhoření *Burnout Measure*

KP č.	Skóre psychického vyhoření	Míra ohrožení
1	3,30	ujasnit si žebříček hodnot
2	1,50	dobrý výsledek
3	2,50	uspokojivý výsledek
4	2,30	uspokojivý výsledek
5	3,30	ujasnit si žebříček hodnot
6	3,60	ujasnit si žebříček hodnot
7	2,80	uspokojivý výsledek
8	2,40	uspokojivý výsledek

Zdroj: Vlastní výzkum

Obrázek č. 1 Porovnání výsledků psychického vyhoření



Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuze

Bakalářská práce se zabývá tématem syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami. O problematice vyhoření jsme hovořili již na začátku studia, přičemž byl kladen velký důraz na to, abychom měli o syndromu vyhoření dostatečné znalosti. Toto téma jsem zvolila nejen kvůli zvýšenému zájmu o tuto problematiku, ale i kvůli chuti a uvědomění si nutnosti znát více informací o tomto problému pro svou budoucí praxi. Okruh zdravotně znevýhodněných osob jsem zvolila, jelikož mě práce s touto skupinou během mé praxe nejvíce naplňovala, ale zároveň tuto práci shledávám fyzicky i psychicky náročnou a domnívám se, že právě v této pomáhající profesi hrozí velké riziko ohrožení syndromem vyhoření.

Provedeným výzkumným šetřením jsem se snažila zjistit, co sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách vědí o syndromu vyhoření, zda znají jeho rizika, jeho příznaky, možnosti prevence a zda by v případě potřeby byli ochotni vyhledat odbornou pomoc. Výše zmíněné skupiny pracovníků jsem si vybrala díky vlastnímu zájmu. A to zjistit, zda jsou více ohrožení sociální pracovníci, jejichž pracovní náplní je především byrokracie, nebo pracovníci v sociálních službách, kteří naopak vykonávají přímou práci s klienty. Výzkum ukázal, že větší riziko propuknutí vyhoření hrozí pracovníkům v sociálních službách. Tuto skupinu pracovníků ovšem ani jeden z autorů, ze kterých jsem v teoretické části bakalářské práce čerpala, ať již Křivohlavý, tak Matoušek, neuvádí. Zmínění autoři hovoří pouze o pomáhajících profesích, jako jsou například zdravotní sestry, lékaři, učitelé, a především sociální pracovníci.

Z výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách mají znalosti o problematice syndromu vyhoření, znají jeho příznaky i možnosti prevence. Ovšem před započítím samotného výzkumu a výběru výzkumného souboru jsem se setkala s tím, že pokud jsem zmínila téma své bakalářské práce, někteří pracovníci se odmítli výzkumu účastnit. A to se slovy, že o této problematice hovořit nechtějí. Vysvětlení mi ovšem nikdo z nich nechtěl poskytnout.

Stejně tak jako Maroon (2012) i participující komunikační partneři podotkli, že se vyhoření týká zejména osob, jež vykonávají pomáhající profese. A syndrom vyhoření popsali jako fyzické a psychické vyčerpání. Rozeberu-li příznaky, které se projevují na psychické, fyzické i sociální úrovni, jak popisuje Stibalová (2010),

i výzkumný soubor má povědomí o příznacích ve všech třech oblastech. Mezi nejčastěji zmiňované patřily především stres, deprese, únava, nedostatek spánku, apatie, hádky s kolegy a nespokojenost. Ostatní příznaky, jež popisují další autoři, k nimž se řadí například zlost, podrážděnost, bezmoc, zažívací potíže a jiné bolesti a nemoci těla nebo omezování kontaktu se sociálním okolím či pohrdavé chování, respondenti nezmínili.

Jankovský (2003) píše, že účinným preventivním řešením v boji proti syndromu vyhoření je fungující manželství. Tato tvrzení potvrdil i jeden z komunikačních partnerů, který bere své šťastné manželství jako nejúčinnější preventivní opatření. Ostatní hovořili o důležitosti sociální opory, především ze strany rodiny a přátel, dobrém kolegiálním zázemí či meditaci a volnočasových aktivitách.

Pomocí dotazníku Burnout Measure jsem zjistila, že míra ohrožení syndromem vyhoření u sociálních pracovníků ani u pracovníků v sociálních službách není alarmující. U nikoho z nich vyhoření nepropuklo v plné síle. Pouze u tří komunikačních partnerů z osmi se ukázala vyšší míra psychického vyhoření. Křivohlavý (2012) ve své publikaci doporučuje, aby si osoby, které dosáhly této hodnoty, ujasnily žebříček hodnot a zamyslely se nad smysluplností života. Měly by se na sebe i na svět dívat pozitivně, měly by respektovat sebeúčinnost, tedy věřit ve vlastní schopnosti, vést smysluplný, fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího (Bartošíková, 2006). Další čtyři komunikační partneři dosáhli uspokojivého výsledku. Psychické, fyzické i emocionální zatížení je pro ně tedy únosné a zvládnutelné. Preventivní opatření, která dle svých odpovědí používají, se zdají být efektivními. Není tedy třeba odborné pomoci. Jeden komunikační partner dosáhl dobrého výsledku. Vše je tedy v pořádku, riziko vyhoření u této osoby nehrozí. Díky tomuto poměru shledávám, že míra ohrožení syndromem vyhoření u tohoto výzkumného souboru je nízká, jelikož nikdo nedosáhl zbylých dvou alarmujících hodnot.

Porovnám-li výsledky Burnout Measure dotazníků a odpovědi komunikačních partnerů na polostrukturovaný rozhovor, nevidím zde žádné odchylky či neshody. Všichni respondenti uvedli, že by nejspíše byli schopni odhalit na sobě syndrom vyhoření. Toto dotazník BM potvrdil. Dle dosažených hodnot nikdo vyhořením netrpí.

Po položení otázky, zda je pro pracovníky více vyčerpávající přímá práce s klienty či byrokracie, se téměř všichni komunikační partneři shodli, že je pro ně více náročná právě byrokracie. Pro sociální pracovníky především v podobě zdlouhavého

a nadbytečného papírování, pro pracovníky v sociálních službách představuje nadbytečná byrokracie povinné vyplňování hlášení. Podobné závěry se objevily i u výzkumu Nezhybové (2015), která se ve své diplomové práci věnovala problematice syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. Téměř polovinu jejich respondentů nejvíce stresují úkony spojené s administrativními záležitostmi.

Jak vyplynulo z odpovědí, pracovníci preferují přímou práci s klienty, ovšem nadměrná byrokracie je o tento čas okrádá. Jeden KP dokonce konstatoval, že: „čas strávený nad byrokracií jde na úkor času stráveného s klienty.“ Domnívám se, že toto může být klíčový činitel při vzniku syndromu vyhoření. Jak jsem již zmínila, respondenti dávají přednost přímé práci s klienty a díky tomu se tato povolání rozhodli dělat. V realitě se ovšem setkávají více s papírováním, což může působit jako stresující faktor. To může mít za následek poškození obou stran. Vzplanutí vyhoření u pracovníků na jedné straně, zanedbávání péče o klienty na straně druhé.

Participující komunikační partneři jsou si vědomi, že práce s touto skupinou osob, tedy zdravotně znevýhodněnými, je fyzicky i psychicky náročná. Přesto se v jejich odpovědích můžeme dočíst, že i přes uvědomění si tohoto faktu, mnoho pracovníků považuje za velmi zatěžující pracovní úkon spolupráci s agresivními klienty nebo klienty, kteří nechtějí spolupracovat.

Další faktor, který může zavinit vyhoření, hrozí ze strany organizace. A tím je nedostatečné ohodnocení. Nemám na mysli ohodnocení finanční, i když i to je faktor, který k vyhoření může přispět. Přesvědčila jsem se, že pracovníci v sociálních službách i sociální pracovníci o tomto problému velmi dobře vědí. V tomto případě tím myslím slovní ohodnocení, pochvalu od nadřízených. V dnešní době se od zaměstnanců očekává maximální nasazení a nadměrné výkony. Bohužel zde na oplátku chybí ocenění. Domnívám se, že je zde nadměrná absence tohoto preventivního opatření ze strany organizace. Pouze jeden respondent toto uvedl jako možnost prevence. Shledávám tedy, že pracovníci s touto odměnou již nepočítají.

I když je problematika vyhoření velmi dobře známa, zdá se mi, že i přesto je někdy tabuizována. Někteří pracovníci o vyhoření nechtějí mluvit pro případ, že by se o tom, že syndromem trpí, dozvěděl jejich nadřízený a mohli by tak díky tomu mít nějaké problémy. Popřípadě si to ani oni sami nechtějí přiznat.

Obecně lze říci, že existuje nespočet názorů, domněnek a teorií na příčiny syndromu vyhoření. Na vině však mohou být desítky faktorů. Od nedostatečného uznání, nízkého sebehodnocení, požadavku na vysoké výkony jak ze strany organizace, tak ze strany samotných pracovníků či uspěchaná doba, kdy si lidé neudělají čas na odpočinek a relaxaci.

V závěru bych chtěla uvést odpověď jedné z komunikačních partnerek. Toto tvrzení beru jako nejpřínosnější a nejmoudřejší, které jsem během výzkumného šetření obdržela: „*Ve chvíli, kdy odejdu z práce, dokážu se od ní oprostit a žít svůj osobní život.*“ Je velmi důležité oddělit pracovní a osobní život. Tímto by se měli řídit všichni pracovníci a nejen ti, kteří vykonávají pomáhající profese.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit míru vyhoření u sociálních pracovníků pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami. V práci jsem se zaměřila nejen na sociální pracovníky, ale i pracovníky v sociálních službách.

V teoretické části jsem čerpala z odborné literatury, díky níž jsem definovala podstatné pojmy týkající se syndromu vyhoření. A to již samotnou definicí syndromu vyhoření, jeho historií, fázemi, jeho příznaky na psychické, sociální a fyzické úrovni. A prevencí na úrovni jednotlivce i organizace. Popisuji i význam supervize v souvislosti se syndromem vyhoření. Dále se věnuji vymezení pojmů zdravotně znevýhodněné osoby, sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, a to včetně pracovní náplně zmíněných pracovníků. Bakalářská práce obsahuje i vymezení profesí, které jsou nejvíce ohrožené rizikem vzniku syndromu vyhoření.

V praktické části se věnuji analýze výsledků z výzkumného šetření. Cílem bylo objasnit míru ohrožení syndromem vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách pracujících se zdravotně znevýhodněnými osobami. Zjistit, zda pracovníci vědí o syndromu vyhoření, zda ho na sobě dokážou odhalit. Dále objasnit, které pracovní úkony jsou pro ně nejvíce zatěžující, zda jsou ochotni vyhledat odbornou pomoc a jaké možnosti prevence jsou pro ně nejúčinnější.

První výzkumná otázka měla za úkol zjistit, zda sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách znají existující riziko syndromu vyhoření a jsou schopni sami na sobě syndrom vyhoření odhalit. Z výzkumu vyplývá, že pracovníci vědí, co je syndrom vyhoření, jsou si vědomi jeho rizika, a dokonce znají jeho příznaky. Ovšem co se týká odhalení na sobě samých, odpovědi jsou nejisté. KP přiznávají, že by nejspíš byli schopni odhalit na sobě vyhoření.

Druhá výzkumná otázka zjišťuje, jaké pracovní úkony jsou pro pracovníky nejvíce zatěžující. Práce v těchto pomáhajících profesích je psychicky i fyzicky náročná. Toho si jsou pracovníci vědomi. Nejvíce je pro ně stresující práce s agresivními klienty a klienty, kteří mají výkyvy v chování. Těžké je pro ně i motivování klientů.

Třetí výzkumná otázka je zaměřena na zjištění, zda by pracovníci byli ochotni vyhledat odbornou pomoc, ať již psychologa či terapeuta. Většina odpovědí byla kladných, což svědčí o ochotě pracovníků využít odborné pomoci v případě krizové situace.

Čtvrtá a zároveň poslední výzkumná otázka se zaměřila na možnosti prevence, které jsou pro pracovníky nejúčinnější. Během rozhovorů pracovníci prokázali, že znají možnosti prevence vyhoření. Odpovíme-li na otázku, všichni pracovníci vidí jako nejúčinnější prevenci supervizi. Ale jen pod podmínkou, že je vedena kompetentním supervizorem. Významná je pro ně i sociální opora v podobě rodiny a přátel, ale také meditace, ocenění nadřízeného, ale i dobré vztahy na pracovišti.

Stanovený cíl jsem zjišťovala prostřednictvím dotazníku Burnout Measure. Dotazníky vyplněné 4 sociálními pracovníky a 4 pracovníky v sociálních službách prokázaly, že míra ohrožení syndromem vyhoření u těchto komunikačních partnerů je poměrně nízká. Nikdo z KP se nepohyboval v alarmujících hodnotách.

Výsledky této práce mohou být využity samotnými pracovníky, kteří si díky svým odpovědím uvědomili, jak na tom jsou se znalostmi ohledně problematiky syndromu vyhoření. Především díky dotazníku Burnout Measure vzali na vědomí, zda trpí, či netrpí vyhořením. Dále mohou být výsledky použity i dalšími pracovníky v pomáhajících profesích a jejich zaměstnavatelskými organizacemi, protože výzkumné šetření ukázalo, že KP syndromem vyhoření netrpí, a to hlavně díky preventivním opatřením, která se ukázala být účinnými a využitelnými, čímž se tyto opatření mohou stát návodem i pro zmíněné skupiny.

7 Seznam literatury

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 86 s. ISBN 80-7013-439-9.
2. ČELEDOVÁ, L., ČEVEL, R., 2010. Burn-out syndrome of syndrome of medicis assessors, its root-causes and solutions – *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*, Vol. 1, No. 1–2, 2010, p. 18–7.
3. DASS, R., GORMAN, P., 1985. *Howcan I help?: stories and reflections on service*. New York: Knopf. 272 p. ISBN 0394729471.
4. DRULÁK, P., 2008. *Jak zkoumat politiku: kvalitativní metodologie v politologii a mezinárodních vztazích*. Praha: Portál. 256 s. ISBN 978-80-7367-385-7.
5. HAWKINS, P., SHOHET R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.
6. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
7. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. 224 s. ISBN 80-7254-329-6.
8. KALLWASS, A. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
9. KEBZA, V., Šolcová, I., 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2. vyd. rozšířené a doplněné. Praha: Státní zdravotní ústav. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
10. KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. 136 s. ISBN 8071695513.
11. KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). 176 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

12. KUPKA, M., 2014. *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 216 s. ISBN 978-80-247-4650-0.
13. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
14. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. 400 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
15. MATOUŠEK, O., 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-1154-9.
16. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J., 2010 (ed.). *Sociální práce v praxi: specifikta různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
17. MATOUŠEK, O., KŘIŠŤAN, A., 2013 (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
18. MERG, K., KNÖDLER, T., 2007. *Jak přežít v práci: každodenní povolání bez stresu a vyhoření: koučem vlastní kariéry: vycházení s kolegy a šéfy: jak se nenechat vyždímat*. Brno: ComputerPress. 145 s. ISBN 9788025117231.
19. MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
20. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
21. MONTERO-MARÍN, J., GARCIA-CAMPAYO, J., MOSQUERA MERA, D., LÓPEZ DEL HOYO, Y., 2009. *A new definition of burnout syndrome based on Farber's proposal*. Bio Med Central. DOI:/10.1186/1745-6673-4-31.
22. Osoby zdravotně znevýhodněné, 2014. [online]. CSSZ. [cit. 2017-05-08]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/ozz/>

23. OVCHINNIKOV, Y. V., PALCHENKOVA, M. V., KALACHEV, O. V., 2015. *Burnout syndrome: diagnosis, principles of treatment, profylaxis*. [databáze]. NCBI [cit. 2017-04-20]. PMID 26821457 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26821457>
24. PEŠEK, R., PRAŠKO, J., 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. PRAHA: Pasparta. 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
25. RADKIN, H., 2012. *Syndrom vyhoření* [online]. PSYCHOLOGIE [cit. 2017-06-26]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/syndrom-vyhoreni/>
26. Rozdělení zdravotně postižených osob do skupin, 2012. [online]. ZIJUSHANDICAPEM [cit. 2017-05-15]. Dostupné z: <http://www.zijushandicapem.cz/clanky/zamestnani/rozdeleni-zdravotne-postizenych-osob-do-skupin.html>
27. SANCHÉZ-MORENO, E., NOA DE LA FUENTE ROLDÁN, I., GALLARDO-PERALTA, L. P., LÓPEZ DE RODA, A. B., 2015. Burnout, Informal Social Support and Psychological Distress among Social Workers. *British Journal of Social Work*, 8(1) 2386-2368 p. DOI: 10.1093/BJSW/BCU084.
28. Sociální pracovník a pracovník v sociálních službách, 2005. [online]. SOCIALNIREVUE [cit. 2017-04-13]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/socialni-pracovnik-a-pracovnik-v-socialnich-sluzbach>
29. STIBALOVÁ, K., 2010. Co je to Burnout syndrom in Sociální služby. *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky*. 10/2010. 39 s. ISSN 1803-7348.
30. STOCK, Ch., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
31. ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
32. TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ T., 2002. *Burn-out syndrom* [online]. Praha: Hestia. [cit. 2017-04-08]. Dostupné z: www.hest.cz/cdn/public/000985.doc

33. VÁVROVÁ, S., 2012. *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 160 s. ISBN 978-80-262-0087-1.
34. VELEMÍNSKÝ, M., 2011. *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 133 s. ISBN 978-80-7394-326-4.
35. Zákon 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 37, s. 1360-1250. [cit. 2017-04-08]. ISSN: 1211-1244 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2006&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=16>
36. Zákon č. 435/2004 Sb., o Zaměstnanosti, 2004. [online]. In: Sbírka zákonů České republiky, částka 143, s. 8332-8270. [cit. 2017-04-07]. ISSN: 1211-1244 Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=2004&typeLaw=zakon&What=Rok&stranka=10>
37. ZEMAN, M., 2010. Using the international classification of functioning, disability and health (icf) for the evaluation of patients with ankylo sing spondylitis – *Journal of Nursing, Social Studies and Public Health*. 3-4/2010, pp. 206-200.

8 Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Bližší specifikace výběrového souboru	24
Tabulka č. 2 Zhodnocení výzkumné otázky č. 1	28
Tabulka č. 3 Zhodnocení výzkumné otázky č. 2	30
Tabulka č. 4 Zhodnocení výzkumné otázky č. 3	32
Tabulka č. 5 Zhodnocení výzkumné otázky č. 4	35
Tabulka č. 6 Vyhodnocení dotazníku psychického vyhoření Burnout Measure	37
Obrázek č. 1 Porovnání výsledků psychického vyhoření	37

9 Přílohy

Příloha č. 1 Doplnující dotazník

Doplnující dotazník

Pohlaví

Žena	
Muž	

Věk

Pracovní pozice

Sociální pracovník	
Pracovník v sociálních službách	

Délka praxe

Dosažené vzdělání

Příloha č. 2 Dotazník Burnout Measure a jeho vyhodnocení

DOTAZNÍK BURNOUT MEASURE (psychického vyhoření)

Autoři: Ayala Pines, PhD., a Eliot Aronson, PhD.

Pokuste se, prosím, vyplnit dotazník tak, jak cítíte, že se věci opravdu mají.

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

Použijte, prosím, toto odstupňování:

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

1. Byl jsem unaven.	
2. Byl jsem v depresi (tísni).	
3. Prožíval jsem krásný den.	
4. Byl jsem tělesně vyčerpán.	
5. Byl jsem citově vyčerpán.	
6. Byl jsem šťasten.	
7. Cítil jsem se vyřízen (zničen).	
8. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dál.	
9. Byl jsem nešťastný.	
10. Cítil jsem se uhoněn a utahán.	
11. Cítil jsem se jakoby chycen v pasti.	
12. Cítil jsem se, jako bych byl nula (bezcestný).	
13. Cítil jsem se utrápen.	
14. Tížily mě starosti.	
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.	
16. Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17. Cítil jsem se beznadějně.	
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.	

19. Cítil jsem se pln optimismu.	
20. Cítil jsem se pln energie.	
21. Byl jsem pln úzkostí a obav.	

Jak vyhodnotit tento dotazník

Vypočítejte nejprve položku (A) tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo:

A = 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Potom vypočítejte položku (B) a to tak, že sečtete hodnoty, které jste uvedli u otázek číslo:

B = 3, 6, 19 a 20

Nyní vypočítejte položku (C) tak, že odečtete od hodnoty 32 položku (B),

C = 32 – B

Vypočítejte položku (D) tak, že sečtete hodnoty (A) a (C),

D = A + C

Vypočítejte celkové skóre (BQ) tak, že (D) dělíte číslem 21

BQ = D:2

Hodnota BQ je hodnota vašeho psychického vyhoření.

Jak interpretovat výsledek dotazníku BM

BM = 2 a nižší – dobrý výsledek

BM = 3 – uspokojivý výsledek

BM = 3,0–4,0 – doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad smysluplností života

BM = 4,0–5,0 – je přítomný syndrom vyhoření, je bezpodmínečně nutná intervence (psychologická – logoterapie a existenciální psychoterapie)

BM = vyšší než 5,0 – havarijní stav, nutnost obrátit se na psychologa či psychoterapeuta

Zdroj: KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). 49-54 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

Příloha č. 3 Kostra otázek pro polostrukturovaný rozhovor

Ot. č. 1: ZNAJÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI EXISTUJÍCÍ RIZIKO SYNDROMU VYHOŘENÍ A JSOU SCHOPNI SAMI NA SOBĚ ODHALIT SYNDROM VYHOŘENÍ?

- a) Víte, co je syndrom vyhoření a jste si vědom/a jeho rizika?
- b) Víte, jaké jsou příznaky syndromu vyhoření? Byl/a byste schopný/schopna sám/sama na sobě odhalit syndrom vyhoření?

Ot. č. 2: JAKÉ PRACOVNÍ ÚKONY JSOU PRO SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK NEJVÍCE ZATĚŽUJÍCÍ/STRESUJÍCÍ?

- a) Jaké pracovní úkony jsou pro Vás nejvíce zatěžující?
- b) Je pro Vás více náročná přímá práce s klienty nebo organizace práce včetně byrokracie?

Ot. č. 3: JSOU SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI OCHOTNI VYHLEDAT ODBORNOU POMOC?

- a) Byl/a byste ochotný/a v případě potřeby vyhledat odbornou pomoc (psychologa, terapeuta)?

Ot. č. 4: JAKÉ MOŽNOSTI PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ JSOU PRO SOCIÁLNÍ PRACOVNÍKY NEJÚČINNĚJŠÍ?

- a) Znáte nějaké možnosti prevence syndromu vyhoření?
- b) Jaký může mít, v souvislosti se syndromem vyhoření, význam supervize?
- c) Jaké možnosti prevence jsou pro Vás nejúčinnější?