

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Osobnost zdravotně sociálního pracovníka

Diplomová práce

Autor:
Bc. Jana Kocandová

Vedoucí práce:
doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, PhD.

2009

Abstrakt

K napsání své diplomové práce jsem si zvolila téma Osobnost zdravotně sociálního pracovníka. Toto téma mě zaujalo pro svou důležitost už jen díky tomu, že se týká právě nás, studentů zdravotně sociální fakulty, respektive našeho budoucího povolání.

První část práce věnuji teoretickému základu problematiky sociální práce, celoživotnímu vzdělávání a syndromu vyhoření, etického kodexu sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník se zabývá pomocí druhým, pokud se nachází v problémové situaci. Pomáhá lidem, aby byli schopni existovat a fungovat v interakci se svým sociálním prostředím na společensky uznávané úrovni.

V praktické části práce jsem si za cíl výzkumu stanovila zjistit, zda zdravotně sociální pracovníci mají kompetence k výkonu profese a jaké techniky používají zdravotně sociální pracovníci k prevenci syndromu vyhoření. Pro sběr dat jsem zvolila písemný anonymní dotazník. Výzkum byl proveden ve zdravotně sociálních zařízeních, v 8 krajích České republiky. Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků. Celkový soubor výzkumu tvořilo 106 respondentů.

Zkoumala jsem dvě hypotézy. První zněla: Většina zdravotně sociálních pracovníků nemá dostatečné vzdělání k výkonu povolání. A druhá: Zdravotně sociální pracovníci si uvědomují rizika syndromu vyhoření.

Z vyhodnocených dotazníků vyplynulo, že zdravotně sociální pracovníci mají dostatečné vzdělání k výkonu povolání, tedy první hypotéza nebyla potvrzena. A hypotéza druhá potvrzena byla, neboť si pracovníci uvědomují rizika syndromu vyhoření. Cíle práce tímto byly splněny.

Uvedenou diplomovou práci je možno také využít jako nástin informací o dané problematice nejen pracovníkům ve zdravotně sociální sféře, ale i studentům.

Abstract

As the topic of my thesis I selected “Personality of a Health Social Worker”. This topic holds my interest because of its importance and also because it concerns us, students of the Faculty of Health and Social Studies, or rather our future occupation. In the first part of the thesis I address the theoretical basis of the issue of social work, lifelong learning, the burnout syndrome and the ethical code of a social worker. Of health social worker help the others who face a problematic situation. They help people in order to enable them to exist and function in interaction with their social environment at a socially appreciated level.

In the practical part of the thesis, the objective of the research that I set myself was to ascertain whether the health social workers have the competences to exercise their profession and what techniques they use to prevent the burnout syndrome. I decided for a written anonymous questionnaire to collect the data. The research was conducted in health and social facilities in 8 regions of the Czech Republic. 160 questionnaires were distributed altogether. The total research set consisted of 106 respondents.

I examined two hypotheses. The first one was: A majority of health social workers does not have sufficient education to exercise the profession. The second one was: Of health social workers realize the risks of the burnout syndrome.

From the processed questionnaires it follows that of health social workers have sufficient education to exercise their profession so the first hypothesis has not been confirmed. The second hypothesis has been confirmed since the workers realize the risks of the burnout syndrome. The objectives of the thesis have been fulfilled thereby.

The thesis may also serve as an outline of information on the issue intended not only for the workers in the health and social sphere but also for students.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Osobnost zdravotně sociálního pracovníka vypracovala samostatně pouze s použitím pramenu a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích, dne

.....

Bc. Jana Kocandová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí práce doc. PhDr. Adéle Mojžíšové, PhD. za odborné vedení, poskytování rad a cenných podnětů při zpracovávání práce, za věnovaný čas a trpělivost. Také děkuji všem organizacím a jejím členům, kteří byli ochotni podílet se na výzkumu k této diplomové práci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za zázemí, trpělivost a podporu, kterou mi věnovali během mého studia.

Obsah:

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Vývoj sociální práce	9
1.1.1 Vliv společenských věd a vědeckých teorií na sociální práci	9
1.1.2 Teoretická východiska sociální práce	10
1.1.3 Vymezení pojmu sociální práce	10
1.1.4 Sociální práce jako profese.....	11
1.1.5 Význam sociální práce pro společnost.....	12
1.1.6 Funkčnost sociální práce	12
1.1.7 Profesní etika a sociální práce	13
1.1.8 Etický kodex sociálních pracovníků České republiky	14
1.1.8.1 Etické zásady.....	15
1.1.8.2 Pravidla etického chování sociálního pracovníka	15
1.1.9 Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese	18
1.1.10 Sociální práce ve zdravotnictví	19
1.1.11 Zdravotně sociální péče	21
1.1.12 Zdravotně sociální pracovník	21
1.1.12.1 Náplň činností zdravotně sociálního pracovníka.....	21
1.1.12.2 Způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka	23
1.1.13 Celoživotní vzdělávání	23
1.1.14 Kvalifikační předpoklady k výkonu sociální práce ve zdravotnictví.....	24
1.2 Syndrom vyhoření.....	26
1.2.1 Vymezení pojmu	26
1.2.2 Historie pojmu syndrom vyhoření.....	28
1.2.3 Přiblížení syndromu vyhoření	29
1.2.4 Příčiny syndromu vyhoření	29
1.2.5 Výskyt syndromu vyhoření	30
1.2.6 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků	32

1.2.7 Projevy syndromu vyhoření	33
1.2.7.1 Psychické příznaky.....	34
1.2.7.2 Tělesné příznaky.....	35
1.2.7.3 Sociální vztahy	35
1.2.8 Průběh syndromu vyhoření	36
1.2.9 Možnosti prevence syndromu vyhoření.....	38
1.2.9.1 Oblast individuální, na úrovni jedince.....	38
1.2.9.2 Na úrovni organizace, zaměstnavatele	40
2 Cíl práce a hypotézy.....	42
3 Metodika	43
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	43
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	43
4 Výsledky.....	45
5 Diskuse	66
6 Závěr	71
7 Seznam použitých zdrojů	73
8 Klíčová slova.....	79
9 Přílohy.....	80

Úvod

Zdravotně sociální pracovník se zabývá pomocí druhým, pokud se nachází v problémové situaci vyžadující společenskou intervenci. Přispívá k předcházení případným problémovým situacím. Pomáhá lidem, aby byli schopni existovat a fungovat v interakci se svým sociálním prostředím na společensky uznávané úrovni. To, že mají úlohu nelehkou, je více než jasné. Snad se ani nelze divit, že jsou vystaveni psychickému, fyzickému a emocionálnímu vyčerpání v daleko větší míře, než pracovníci jiných oborů. Zejména u lidí v pomáhajících profesích se vzhledem k dnešní uspěchané době objevuje problém syndromu vyhoření u stále většího počtu lidí. V současnosti proto také stále narůstá zájem o tuto problematiku. Jednou z možností, jak se pokusit syndromu vyhoření vyhnout je určitě důležité jej lépe poznat, porozumět a vědět, jaké možnosti existují k jeho prevenci.

Tato diplomová práce je zaměřená na osobnost zdravotně sociálního pracovníka. Cílem praktické části práce bylo zjistit, zda zdravotně sociální pracovníci mají kompetence k výkonu profese. Dílčím cílem pak bylo zjistit, jaké techniky používají zdravotně sociální pracovníci k prevenci syndromu vyhoření.

V teoretické části diplomové práce nejdříve vyložím současné pojetí sociální práce, etický kodex sociálních pracovníků, celoživotní vzdělávání. Dále se zabývám syndromem vyhoření, jeho průběhem, prevencí, atd.

Toto téma pro diplomovou práci mě zaujalo pro svou důležitost už jen díky tomu, že se týká právě nás, studentů zdravotně sociální fakulty, respektive našeho budoucího povolání. Považuji proto za důležité nastínit a zmapovat dosavadní poznatky o sociální práci, o vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků, o syndromu vyhoření, který se nás také týká a samozřejmě přiblížit jej tak nejen ostatním studentům zdravotně sociální fakulty, ale i jiným lidem o toto téma se zajímajících.

Uvedenou diplomovou práci je možno také využít jako nástin informací o dané problematice nejen pracovníkům ve zdravotně sociální sféře, ale i studentům.

1 Současný stav

1.1 Vývoj sociální práce

V systému společenské péče o člověka mají sociální politika, sociální péče a sociální práce své nezastupitelné místo. Člověk v průběhu životního cyklu prochází procesem socializace. Učí se žít ve společnosti a získává schopnosti adaptovat se na měnící se životní podmínky. Sociálním učením získává zkušenosti a vědomosti překonávat těžkosti bránící mu v uspokojování základních životních potřeb. (2)

Pokud někdo tento zodpovědný postoj k životu nemůže uplatnit pro věk, postižení, chorobu, a nebo z nevědomosti, odporu či záměrně, způsobuje újmu sobě nebo společnosti, dělá společnost opatření, jak mu pomoci a nebo se chránit. Společnost má zájem na zmírnění nebo odstranění poruch socializace nebo adaptace. A to je úloha sociální práce. (2)

Pokud chce být sociální práce etablována jako samostatná vedená disciplína, měla by mít vymezený:

- předmět zkoumání,
- výzkumné metody,
- zařazení do systému sociálních věd, jejich vztah k jiným vědám,
- základní pojmový aparát a příslušnou technologii,
- základní paradigma (přijímání výkladů současné vědecké praxe, které zahrnují, zákony, teorii, aplikace...). (2)

1.1.1 Vliv společenských věd a vědeckých teorií na sociální práci

Sociální práce jako odborná a vědecká disciplína se vyvíjela a stále vyvíjí v těsné souvislosti s ostatními humanitními vědami. Sociální práce má blízký vztah k pedagogice, hlavně k sociální pedagogice, k psychologii, k sociální psychologii,

k sociologii, k sociální patologii, k andragogice, ke gerontologii, ke kriminologii, k poradenství. Pod vlivem sociologie se rozvíjela případová sociální práce, která řeší individuální životní situaci člověka. Zakladatelkou je Američanka Richmondová. Zkoumá rodinu a klienta a snaží se o správné posouzení materiální potřeby klienta a o spravedlivé poskytnutí pomoci. (2)

Ve 20. a 30. letech 19. století ovlivňuje sociální práci psychologie Freuda, Adlera. Sleduje se individuální chování člověka, jeho motivace, uspokojení životních potřeb, předcházející zkušenosti z dětství. (2)

1.1.2 Teoretická východiska sociální práce

Sociální práce je multidisciplinárním oborem, který je zařazený do soustavy pedagogických věd. Poznávání sociální práce jako vědy a jejího vývoje probíhá více než 100 roků. Ale její kořeny sahají daleko do minulosti, kdy šlo o opatrování žebráků, chudých, která později přešla do různých forem sociální pomoci. Důkazem je velké množství náhledů, postupů a interpretací sociální práce během posledních sto roků existence. (2)

Pojem sociální práce byl poprvé použit v roce 1925, pojem sociální pracovník v roce 1918 na označení povolání. Sociální práce na označení povolání pocházející ze Sociální ženské školy z Berlína, která vzdělávala opatrovatelky pro oblast sociální péče. Zásadní změna vnímání sociální práce nastává až v 90. letech, kdy dochází k obnovení sociální práce jako vyučovací a vědecké disciplíny, která respektuje a navazuje na evropský a světový kontext. (2)

1.1.3 Vymezení pojmu sociální práce

Vývoj samotného pojmu sociální práce má svoji historii. ČECHOVÁ (50) tvrdí, že má tolik definic, kolik má teoretiků.

MATULAYOVÁ (14) zdůrazňuje, že k nejednoznačnosti při vymezení sociální práce dochází hlavně z důvodů, že:

- pojem sociální je nejednoznačně vymezený, případně je chápáný v různých významech,
- pojem práce evokuje činnost,
- autoři definic vycházejí z různých východisek,
- existuje pestrá paleta sociálních událostí, které je možné řešit pomocí sociální práce,
- sociální práce v sobě zahrnuje velké množství různých činností a metod.

STRIEŽENEC (35) uvádí základní východiska při identifikaci sociální práce jako samostatné vědecké disciplíny, které je možno chápat i jako předpokládané směry jejího dalšího rozvoje:

- sociální práce jako praktická činnost (historický pohled),
- sociální práce jako vědecký obor,
- sociální práce jako samostatná profese,
- sociální práce jako akademická disciplína,
- výzkum sociální práce,
- záměry sociální práce a její vývojové trendy.

1.1.4 Sociální práce jako profese

Sociální práce je povolání. Aby bylo možné vykonávat sociální práci, musí zájemce o takové povolání získat předepsané vzdělání, dodržovat profesní etiku a být členem profesní společnosti. (1)

V České republice existuje Společnost sociálních pracovníků a Asociace vzdělavatelů v sociální práci. Obě organizace se podílejí na profesionalizaci sociální práce. Sociální práce u nás ale bohužel nedosahuje stále takové míry profesionalizace, jaká je v zemích Evropské unie. Odráží se to v uplatňování minimálních standardů vzdělávání v sociální práci, ale i v dalším celoživotním vzdělávání pracovníků. (1)

Dalším úkolem zůstává zjistit koordinované úsilí o vypracování profesních a zaměstnaneckých standardů v sociální práci, které je reakcí na stále nepřehlednou situaci v oblasti sociálních služeb a v zaměstnaneckých vztazích sociálních pracovníků. (1)

V současné době pracuje Ministerstvo práce a sociálních věcí na koncepční práci systému dalšího vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách. (1)

Bajer s Navrátilovou citují Medlinovou (1), že zmapování jednotlivých pozic, které sociální pracovníci zastávají, je předpokladem toho, jaké specializační vzdělání sociální pracovník potřebuje. Je zapotřebí určit, co má být obsahem tohoto vzdělávání a zjistit uznání dosažené kvalifikace a jejího ohodnocení.

1.1.5 Význam sociální práce pro společnost

Význam sociální práce se odvíjí od jejího poslání, které je hledáním rovnováhy mezi důstojnou nezávislostí a sociální solidaritou. Podle ÚLEHLY (40) sociální práce stojí na třech oporných bodech, které představují:

- normy (zákony, předpisy, povinnosti, společenská pravidla, standardy),
- způsoby chování, myšlení, konání, které se neshodují s normami, a tak se z člověka stává klient sociální práce,
- profesionální odbornost pracovníka, díky které je sociální pracovník zprostředkovatel mezi normami a klientem.

1.1.6 Funkčnost sociální práce

Nevyhnutelnost sociální práce spočívá v akceptování reality, že v každé společnosti existují sociální problémy, které vznikají, když nastane kolize v rovnováze jedince jako bytosti bio-psycho-sociální. Zároveň se může stát, že postižení nemůžou a nebo z nějakých důvodů nechtějí řešit vlastními silami, a nebo jejich způsob řešení

nefunguje. Společnost garantuje ochranu a intervenci směrem k těm, kteří jsou v nouzi. Zdroje na řešení problémů jsou různé a patří sem systém: sociální péče, celospolečenské instituce, jako je stát, veřejno-právní systém, podniková sociální politika a práce, občanské iniciativy a prvky veřejné, soukromé a církevní dobročinnosti.(2)

Profesionálně odvedená sociální práce se projeví v motivaci klienta k samostatnějšímu řešení problémů, v lepším uplatnění lidí ve společnosti, v prevenci sociálně-patologických jevů, v účelnějším využitím materiálních a finančních prostředků, tedy i v ekonomické oblasti a ve zlepšení mezilidských vztazích. (2)

Funkce sociální práce je možno rozdělit do čtyř celků:

- asistování jedincům, nebo komunitám při rozvíjení jejich schopností, které jim umožňují vyřešit individuální či kolektivní sociální problémy,
- podporování a posilování samostatnosti,
- zavádění spravedlivých strategií, služeb a alternativních řešení k již existujícím a fungujícím socio-ekonomickým zdrojům,
- poskytování informací a zabezpečování kontaktů s institucemi, které poskytují socio-ekonomické zdroje. (2)

1.1.7 Profesní etika a sociální práce

Etický kodex sociálních pracovníků v ČR byl vydán v roce 1990 Společností sociálních pracovníků. Tento kodex vyjadřuje respekt ke klientům a jejich sebeurčení především tím, že se staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka, potřebě seberealizace klienta, vedení klienta k vlastní odpovědnosti, hledání možností, jak klienta zapojit do řešení problémů. Podporuje sociální spravedlnost, stanovuje pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke společnosti, profesní integritu.(26)

Sociální pracovník se pohybuje ve své profesi v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Měl by být především profesionálem schopným reflexe a z této pozice by měl posuzovat ostatní povinnosti. Vždy by měl dokázat své jednání veřejně obhájit. (26)

Je autonomním profesionálem, který je vzdělaný v oboru, je veden etickým kodexem a jeho identitu tvoří především členství v profesi. Důležitý je individuální vztah s klientem, kterého sociální pracovník chápe jako aktivního spolupracovníka. Profesionální model je založený na tom, že je třeba vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem, a to upevněním práv klientů. (26)

Problém je v tom, že etický kodex už neříká, co dělat, když se pomáhajícímu některý požadavek naplnit nedaří. Když např. u sebe po řadě negativních zkušeností ve své profesi zaznamená averzi vůči té či oné etnické skupině nebo některému klientovi.(20)

„V etických kodexech pomáhajících by měla být proto uvedena ještě jedna zásada, která tam zatím přítomna nebývá: Pomáhající je připraven kdykoliv vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný.“ (20)

ÚLEHLA (40) považuje za základní rys každé profesionality zacházení s nejistotou volby. Pracovník v každém okamžiku volí, rozhoduje se. Práce s volbou je hlavním bodem jeho profesionality a tedy odpovědnosti. Není na to však sám, kdykoli bude chtít, má na pomoc zaujatého a schopného pracovníka – a tím je klient.

Při výkonu práce v pomáhajících profesích je tedy důležité vědět o příznacích syndromu vyhoření a jeho předcházení.

1.1.8 Etický kodex sociálních pracovníků České republiky

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

1.1.8.1 Etické zásady

Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni. (10)

1.1.8.2 Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

Sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a nezúčastní se jí. (10)

Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby s omezenou způsobilostí k právním úkonům nebo jestliže jsou ohroženy další

osoby. V případech správního řízení umožňuje účastníkům tohoto řízení nahlížet do spisů. (10)

Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života.

Sociální pracovník hledá možnosti jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů. (10)

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

V zaměstnavatelské organizaci vytváří takové podmínky, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky, vyplývající z tohoto kodexu.

Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům. (10)

Ve vztahu ke svým kolegům

Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vykonává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytované sociální služby.

Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů, ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. (10)

Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

Brání tomu, aby odbornou sociální práci prováděl nekvalifikovaný pracovník bez patřičného vzdělání.

Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilema.

Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce. **(10)**

Ve vztahu ke společnosti

Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na způsoby, kterými společnost, vláda nebo přispívají k obtížím a utrpení lidí a nesnaží se o jejich ukončení.

Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, politice státu i v politice mezinárodní.

Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny lidi, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo. **(10)**

1.1.9 Obecné předpoklady a dovednosti pracovníka pomáhající profese

Pro pracovníka pomáhající profese je nezbytné, aby měl nejenom odborné předpoklady, ale především celou řadu sociálních dovedností a osobnostních předpokladů. Mezi ně patří mimo jiné fyzická zdatnost, emocionální a sociální inteligence, určitá fyzická a psychická přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a především empatie. (26)

Dobrá *inteligence* u pracovníka předpokládá nejenom touhu stále se obohacovat novými znalostmi, seznamovat se s novými teoriemi a praktickými technikami, ale také socioemoční dovednosti na vysoké úrovni. K důvěryhodnosti pracovníka přispívá zejména jeho diskrétnost, spolehlivost a porozumění. (26)

Přitažlivost vyplývá nejen z fyzického vzhledu, ale i z toho, jak dalece klient vnímá určitou názorovou příbuznost, myšlenkovou slučitelnost, ale i pro odbornost a pro pověst, které se těší, jak jedná s klienty.

Důvěryhodnost se skládá z toho, jak klient vnímá pracovníkův smysl pro čestnost, srdečnost a otevřenost. Složky, které přispívají k důvěryhodnosti pracovníka jsou např.:

- diskrétnost – to, co řeknu se nedostane k dalším lidem,
- spolehlivost – mohu věřit tomu, co mi pracovník říká,
- využívání moci – když se pracovníkovi svěřím, bude se mi věnovat,
- porozumění – když budu o sobě vyprávět, bude se mě snažit pracovník pochopit. (26)

Rovněž *kunikační dovednosti* jsou pro sociálního pracovníka nezbytné v každé etapě jeho práce. Jsou základním prostředkem pro to, aby pracovník mohl navázat vztah s klientem (nebo jeho okolím) a začal s řešením jeho problému.

K základním dovednostem náleží:

- fyzická přítomnost – často pracovník pomáhá klientovi tím, že se s ním setkává fyzicky i psychicky,
- naslouchání – představuje schopnost přijímat a rozumět signálům, které klient vysílá, ať už jde o signály verbální, neverbální, vyjádřené otevřeně, nebo skrytě,

- empatie – představuje vhled do světa klienta, vcítění se do jeho uvažování a pocitů, do jeho problémů; představuje schopnost reagovat na jeho chování s pochopením,
- analýzu klientových prožitků – schopnost nalézt, vyjádřit a popsat klientovy zážitky, chování, pocity, což vše umožňuje během zvládání klientových problémů pracovat konstruktivně. (26)

Empatie je forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak sdělování porozumění klientovi. Empatie, která zůstává neprojevena, uzavřena v mysli pracovníka, klientovi neprospívá. Pracovník může těžko porozumět klientovu světu, pokud se s ním nedostane do styku. Proto se empatie zaměřuje na ten druh fyzické přítomnosti, pozorování a naslouchání klientovi, který je nutný k pochopení klientova světa. Stručně řečeno, empatie je v první řadě určitým druhem lidského kontaktu. (26)

1.1.10 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení je nedílnou součástí léčebně preventivní péče. zabývá se ochranou jedince ve smyslu prevence zdravotně sociálních poruch, psychosociální diagnostikou nemocných klientů a konkrétními opatřeními, které vedou ke zlepšení životní situace osob, jež jsou v důsledku své nemoci, invalidity nebo stáří závislé na pomoci společnosti. (42)

Od roku 1949 až do roku 1990 se v České republice sociální práce ve zdravotnictví bohužel příliš nerozvíjela. I dosud zůstávají možnosti využívání sociálních služeb v této oblasti stále velmi omezené. (42)

Pokud zdravotnické zařízení nemá sociální oddělení ani sociální pracovníci nezaměstnává, mají lékaři právo obrátit se na příslušnou část sociálního odboru nejbližšího úřadu. V každém případě je však výhodnější, je-li k dispozici sociální pracovník přímo v zařízení. (42)

Zaměstnávání sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení zůstává zcela na rozhodnutí managementu příslušné organizace. Existuje pouze doporučení

ministerstva zdravotnictví k přijetí sociálních pracovníků na určitý počet lůžek. Stále platí normy roku 1988 podle typu lůžek, tedy jeden pracovník na:

- 350 akutních lůžek,
- 100 chronických lůžek,
- 50 psychiatrických lůžek. (42)

Cílem sociální práce ve zdravotnických institucích – v nemocnicích a léčebných či rehabilitačních ústavech zůstává především zjištění okolností dalšího klientova života. Cílem je zjistit, zda bude klient po skončení dlouhodobé léčby schopen návratu do původního prostředí. (28)

Zjišťuje se klientovo zázemí, sociální vztahy, hmotné zabezpečení, vhodnost bydlení, míra soběstačnosti, psychický stav a celkové předpoklady reintegrace do společnosti.(28)

V případě výskytu rizikových faktorů spolupracuje příslušný sociální pracovník spolu s ostatními členy týmu, s rodinou klienta a orgány státní správy v místě klientova bydliště. (28)

V řadě případů právě sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních, ale i sami ošetřující lékaři zahajují složitý, kontinuální proces zdravotně-sociální rehabilitace, jenž vede nejen k udržení reálně dosažitelné kvality života klienta, ale současně působí jako významný preventivní faktor snižující možnost brzkého návratu klienta zpět do zdravotnického zařízení. Součástí těchto kroků má být mimo jiné zprostředkování následné ambulantní péče, včetně péče psychoterapeutické, rehabilitační, ergoterapeutické či socioterapeutické.(28)

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení se podstatně liší v tzv. akutní medicíně od tzv. chronické medicíny. (42)

V případě akutní medicíny přichází sociální pracovník pouze na zavolání lékaře k vyšetření konkrétního případu, který vznikl v průběhu akutní hospitalizace.

Rozhodnutí, zda problém vyžaduje zásah sociálního pracovníka, závisí pouze na lékaři, a ten nakonec také rozhoduje o realizaci jeho návrhů.(42)

1.1.11 Zdravotně sociální péče

Termínem zdravotně sociální péče rozumíme opatření a péče o občany v životních situacích, které jsou obvykle doprovázeny větším či menším omezením soběstačnosti (nemoc, úraz, ztráta zaměstnání, atd.). Významnost zdravotně sociální péče neustále vzrůstá, zejména pro praktické zabezpečování služeb potřebným jedincům. Téměř všude tam, kde je zabezpečována a poskytována zdravotní péče, je nutné zároveň zabezpečit a poskytovat péči sociální. (43)

Důvodem je úsilí o přesunutí odpovědnosti za sebe na jedince. Jednotlivec se musí o sebe postarat sám, podpora společnosti (státu) je malá a pomalá, stát tedy „nepečuje“ v tomto významu. Prakticky není možné představit si sociálně potřebného člověka bez odrazu na potřebné zajištění zdravotnické a naopak. (44)

1.1.12 Zdravotně sociální pracovník

Zdravotně sociální pracovník je podle zákona č.96/2004 Sb. odborný pracovník k výkonu nelékařského zdravotnického povolání, který poskytuje zdravotně sociální péči. Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. (48)

1.1.12.1 Náplň činností zdravotně sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník bez odborného dohledu a bez indikace, dle vyhlášky 424/2004 Sb. Ministerstva zdravotnictví ze dne 30. června 2004 (47)

- a) provádí sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- b) provádí sociální šetření u pacientů a posouzení životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizuje rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, případně dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovává zprávu o posouzení životní situace pacienta,
- c) sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizuje,
- d) zajišťuje sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,
- e) napomáhá integraci pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek, do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získává pacienty a jejich sociální okolí,
- f) podílí se na přípravě a organizaci rekondičních pobytů,
- g) podílí se na přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,
- h) v případě úmrtí pacientů provádí odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím. (47)

Zdravotně sociální pracovník také uplatňuje sociální aspekty v práci všech zdravotníků, dle potřeby se účastní lékařských vizit, podílí se na odborné přípravě studentů škol se zdravotním a sociálně-právním zaměřením, soustavně zvyšuje svoji odbornou úroveň samostatným studiem a účastí v kurzech, seminářích či jiných formách dalšího vzdělávání. (21, 47)

1.1.12.2 Způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka

Způsobilost k výkonu povolání odborného pracovníka ve zdravotnictví, tedy i zdravotně sociálního pracovníka, má ten, kdo má odbornou způsobilost podle zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, kdo je zdravotně způsobilý a bezúhonný.(48)

Odborná způsobilost je podrobně vymezena zákonem a je získávána prostřednictvím studia středních, vyšších a vysokých školách nebo absolvováním akreditovaných kvalifikačních kurzů. (31, 48)

Zdravotní způsobilost stanovuje závodní lékař, pokud jej zdravotnické zařízení má, nebo praktický lékař pro dospělé, u kterého je zdravotně sociální pracovník zaregistrován. Lékař stanovující způsobilost je oprávněn sám rozhodnout, která vyšetření (s výjimkou standardních) bude požadovat. Dále je třeba zdůraznit, že tento lékař není povinen řídit se souhlasem konziliáře, neboť odpovědnost za rozhodnutí o zdravotní způsobilosti nese on sám. Opravňuje ho k tomu skutečnost, že zná nejlépe zátěž i problémy, kterým jsou zaměstnanci na pracovišti vystaveni. (41)

Bezúhonnost se prokazuje předložením Výpisu z Rejstříku trestů. Za bezúhonného se v tomto případě považuje ten, kdo nebyl odsouzen za úmyslný trestný čin nebo za trestný čin spáchaný z nedbalosti v souvislosti s poskytováním zdravotní péče.(31, 48)

1.1.13 Celoživotní vzdělávání

MPSV uvádí, že sociální práce je odborná profesionální činnost, která vyžaduje specifickou přípravu, specifické postupy a dovednosti. Je odbornou disciplínou, jejíž formy a metody se neustále vyvíjejí tak, jak se vyvíjejí potřeby jednotlivců, rodin, skupin, komunit. Vznikají nové typy sociálních služeb a sociálních činností, které vycházejí z nových teoretických poznatků. V současné době je Ministerstvem práce

a sociálních věcí vypracován návrh věcného záměru zákona o výkonu sociální práce a vzdělávání sociálních pracovníků. (27)

Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky. (48)

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních § 53 upravuje nutnost celoživotního vzdělávání, které je povinné pro všechny zdravotnické pracovníky a jiné odborné pracovníky. (48)

Mezi formy celoživotního vzdělávání patří mimo jiné i specializační vzdělávání navazující na získanou odbornou způsobilost, akreditovaný kvalifikační kurz, certifikované kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, odborných konferencích. (48)

Stoupající význam vzdělání ve společnosti založené na znalostech je doprovázeno změnou pojetí vzdělávání a vzdělávacích systémů směrem k celoživotnímu učení a vzdělávání. Vzdělávání sociálních pracovníků představuje celoživotní proces získávání teoretických vědomostí a praktických dovedností. (27)

1.1.14 Kvalifikační předpoklady potřebné k výkonu sociální práce ve zdravotnictví

Podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povoláních a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění (48), musí zdravotnický a jiný odborný pracovník pracující ve zdravotnickém zařízení splňovat následující podmínky k výkonu své profese.

Nově jsou zakotveny tři základní podmínky, a to odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. (48)

Podle výše uvedeného zákona č.96/2004 Sb., v platném znění, § 10, se odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka získává absolvováním:

- a) akreditovaného bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně sociální pracovník,
- b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně sociální pracovník, nebo
- c) specializačního studia v oboru zdravotně sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry. **(48)**

Vyhláška č.423 ze dne 30.6. 2004 stanoví kreditní systém pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnických pracovníků.

Touto vyhláškou se stanoví kreditní systém, na základě kterého jsou ohodnoceny jednotlivé formy celoživotního vzdělávání počtem kreditů, jejichž získání je potřebné pro vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez přímého vedení nebo odborného dohledu zdravotnického pracovníka. **(46)**

Vyhláška č. 424/2004 stanoví v souladu s právem Evropských společenství činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Tato vyhláška podle § 3 upravuje činnosti zdravotnického pracovníka po získání odborné způsobilosti. Mimo jiné stanoví, že zdravotnický personál bez odborného dohledu a bez indikace v rozsahu své odborné způsobilosti poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy, dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu, vede zdravotnickou dokumentaci, poskytuje klientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí.**(47)**

Vyhláška č. 39/2005 stanoví minimální požadavky na studijní programy, jež jsou zapotřebí k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tato vyhláška zpracovává příslušné předpisy Evropského společenství a upravuje minimální požadavky na studijní programy, jejichž studiem se získává odborná způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. Tyto minimální požadavky jsou předpokladem pro výkon regulérní činnosti. **(49, 45)**

1.2 Syndrom vyhoření

1.2.1 Vymezení pojmu

Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím dvakrát více světla. Svíčka však zároveň dvakrát rychleji vyhoří. Tímto obrazem je možné věrně ilustrovat proces směřující k vyhorení. (29)

K pochopení syndromu vyhoření (burn-out syndrome) nám pomáhá jeho název. Anglické sloveso „to burn” znamená v překladu hořet, ve spojení „burn-out“ pak vyhořet, vyhasnout. (19)

Burn-out je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí svůj původní entuziasmus a svou motivaci. Tento stav ochromuje nebo znemožňuje pokračování v dosavadní práci, dochází ke ztrátě profesionálního zájmu a činorodosti, vytrácí se důvěra v druhé. (13)

Poprvé byl tento pojem popsán v roce 1974 americkým psychologem Herbertem J. Freudenbergerem v knize Burnout: The Cost of High Achievement, kde jej definuje následovně: „Burn-out je stav vyplenění všech energických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka (např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkostech pomoci a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy).” (22)

Největší zájem o tuto problematiku přišel na přelomu 70. a 80. let a tak se během třiceti let, kdy byl syndrom vyhoření zkoumán, objevila řada pojetí a vymezení tohoto problému. (19)

Agnes Pines a Elliot Aronson v této době definují burn-out jako „stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné”.

Podle Edelwicha a Richelsona je „burnout proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů, k vyplenění celého nitra tím, že se člověk nadměrně

a intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání”.

Dvojice Maslach a Jackson se shodují s oběma výše uvedenými pojetími a k jejich tvrzení přidávají poznatek, že k vyhoření dochází tam, kde lidé pracují s lidmi, tj. tam, kde se lidé věnují potřebným lidem. (22)

Burn-out syndrom podstatně ovlivňuje kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné či téměř shodné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních onemocnění a poruch. (19)

V literatuře můžeme najít různá vymezení tohoto pojmu, všechna však mají několik společných znaků:

- přítomnost negativních emocionálních příznaků jako například deprese, vyčerpání, únava,
- syndrom vyhoření se vyskytuje většinou u profesí, jejichž podstatu tvoří práce s lidmi,
- syndrom vyhoření je způsobený dlouhotrvajícím pracovním stresem,
- tvoří ho řada symptomů v oblasti psychické, tělesné a sociální,
- syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nesouvisí nijak s psychickou patologií. (17)

Zpočátku se mělo za to, že pracovní činností, která může vést k vyhoření, je především práce s lidmi. Nyní se ale spíše zdá, že kromě kontaktu s lidmi má na syndrom vyhoření vliv i požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard a kde není možnost úlevy, odchylek, vysazení, a v případě chyb a omylů se neobejde bez závažných důsledků. Pokud jedinec dojde k přesvědčení, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát a že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu, dojde k vyhoření. (19)

Základní charakteristika syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání.

W. Schaufeli v této souvislosti hovoří o „neurastenii související s prací“ (*work-related neurastenia*). (33)

Mezi základní projevy vyhoření se řadí tělesné a emocionální vyčerpání, únava, popudlivost, nedůvěra, depresivita a cynický postoj k práci i ke klientům. Mnoho

expertů považuje za hlavní příčinu syndromu vyhoření podmínky pracoviště, okruh spolupracovníků a další sociologické faktory. (24)

Náročné požadavky na pomáhající profese ve spojení s psychickou, emocionální a popřípadě i fyzickou náročností můžou vést k naprostému vyčerpání. (16)

1.2.2 Historie pojmu 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. (19)

Termín burn-out byl původně používán pro označení stavu lidí, kteří zcela propadli alkoholu a ztratili o vše ostatní zájem. Později se tento termín začal používat pro toxikomany i pro lidi, kteří byli tak opojeni svou prací, že nic jiného, než to, co dělali, je nezajímalo (začal se pro ně razit termín workholici). (29)

Burn-out syndrom se nyní jako relativně nový fenomén objevuje především v zemích, procházejících od přelomu 80. a 90. let 20. století rozsáhlými transformačními změnami, kde vyhoření rozšiřuje okruh problému souvisejících se zvládáním stresu občanů, vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků. Současně je však zkoumán v souvislosti s výskytem finančních a ekonomických krizí, jako významný prvek začíná být dosazován do širších společenských souvislostí a zároveň se v tomto kontextu hledají nové vztahy ovlivňující jeho vznik a rozvoj a nové diagnostické a intervenční možnosti. (37, 19)

1.2.3 Přiblížení syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká v důsledku působení různých příčin. Můžeme mezi ně zařadit ztrátu motivace, vůle nebo smyslu života. Jeho působení je postupné. Různí autoři se jej snažili popsat a tak vzniklo několik modelů zabývajících se fázemi syndromu vyhoření. Taktéž vyšší výskyt syndromu vyhoření mezi pracovníky pomáhajících profesí není náhodný, ale má své opodstatněné příčiny.

1.2.4 Příčiny syndromu vyhoření

Vyhoření souvisí se ztrátou vůle a motivace, kdy chybějící motivace má za následek nedostatečný zájem o danou profesi. Cesta k vyhoření začíná ztrátou ideálů. Zpočátku je člověk z nové práce nadšen, snaží se o navázání kontaktů s kolegy, vidí možnosti změn a uplatnění jeho myšlení. Postupem času se však dostává do střetu s realitou. Ne vždy je vše takové jak to zpočátku vidíme. Dalším stupínkem k vyhoření může být workoholismus, kdy jedinec má silné vnitřní nutkání hodně pracovat. Energie, kterou ale vydává na práci a nikde nečerpá zpět, jednoznačně musí dojít. Stejně tak nebezpečné může být i „pouhé“ využívání příležitostí, kdy pracovník bere každou zakázku, která se mu naskytne. To souvisí i s uměním říci ne. Pokud toho je na jedince hodně, je neustále a často přetěžován a pořád se na něj valí nové úkoly, které neumí odmítnout, pak není divu, že takový člověk je po delší době vyčerpaný. (17)

Syndrom vyhoření se může rozvinout i na pracovišti, kde jsou nedostatečně řešeny otázky směřované k péči o zaměstnance. Mezi ně můžeme zařadit taková pracoviště, kde není věnovaná dostatečná pozornost potřebám personálu a noví členové nejsou zacvičeni, kde neexistují plány osobního rozvoje, chybí supervize a pracovník nemá možnost poradit se o potížích při práci, kde je soupeřivá atmosféra a je proti sobě více znepřátelených skupin a stejně tak nebezpečná je i silná byrokratická kontrola personálu. (26)

Důležitou roli hraje i délka zaměstnání. Pokud je jedinec v pracovním úseku, kde jsou vysoké nároky, zaměstnán dlouho, pak se mění i jeho vztah k práci. Počáteční nadšení a elán pomalu přechází ve stagnaci, frustraci a apatii. (16)

Nelze ovšem ani opominout vztah vyhoření a smyslu života, kdy míra vyhoření souvisí s jeho naplněním. Syndrom vyhoření se totiž zpravidla objevuje tam, kde člověku chybí smysl jeho žití. Čím vyšší jeho smysl je, tím nižší je pro něj nebezpečí vyhoření. (16)

Menší riziko vzniku syndromu vyhoření mají ti pracovníci, kteří od práce tolik neočekávají. Podle Caryho CHERNISSE (15) lidé přizpůsobují práci svým očekáváním. Žádoucí ale je, aby k takovýmto přizpůsobením docházet nemuselo.

Někteří autoři zmiňují, že k vyhoření dochází především díky nerealistickému očekávání toho, čeho lze v pomoci klientům a sociální změně dosáhnout. To pak zákonitě vede k pozdější ztrátě iluzí a apatii. Pracovníci by se proto především měli naučit realisticky hodnotit a reflektovat tři druhy hranic: vlastní, klienta a celého systému. (11)

1.2.5 Výskyt syndromu vyhoření

Určité profese jsou ke vzniku psychického vyhoření náchylnější. Nejsou ale jediným bodem rozhodujícím o jeho vzniku. Faktory ovlivňující vyhoření můžeme rozdělit na vnitřní a vnější. Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jsou to např. podmínky v zaměstnání, situace v osobním životě, jeho rodina, společnost. Vnitřní faktory jsou různé osobnostní charakteristiky člověka, které syndrom vyhoření podporují a fyzický stav, který následně psychiku člověka ovlivňuje. (17)

Zaměstnání, kde se nejčastěji s vyhořením setkáme, jsou oblasti zdravotnictví, školství, administrativa a sociální péče. Právě ve zdravotnictví je syndrom vyhoření jedním z hlavních důvodů odchodu ze zaměstnání. Profese zdravotních sester, ale později i lékařů a vůbec všech zdravotnických pracovníků, která jako první upozornila na tento problém. Další oblastí s poměrně vysokou mírou výskytu je školství. Zahrnuje

všechny učitelky a učitele základních, učňovských i středních škol. Zvláště mu však podléhají učitelé speciální pedagogiky pracující s dementními školáky. V administrativě, především u vedoucích pracovníků, byla zjištěna vyšší míra výskytu syndromu vyhoření. Nelze v tomto zaměstnání přehlédnout souvislost s vysokou mírou stresu. Také pracovníci sociální péče a sociálních služeb jsou často ve styku s druhými lidmi, kteří zažívají náročné životní situace a větší ohrožení z hlediska syndromu vyhoření. (22)

Další oblastí, kde se lze se syndromem vyhoření setkat, je rodina. Vyhoření totiž neovlivňuje pouze vztah k zaměstnání, ale projevuje se celkovým vyčerpáním a negativními pocity k práci i životu. Stále narůstající problémy jsou většinou řešeny nepřiměřenými rozhodnutími jako např. změna zaměstnání, přátel, ale i životního partnera popřípadě i opuštěním rodiny, které však nikam nevedou. (16)

Syndrom vyhoření podporují také podmínky přímo v rodině jako jsou: věnování přehnané pozornosti problémům ostatních, nevyhovující bytové podmínky, nedostatečná finanční jistota, nemoc nebo jiná dlouhodobá zátěž působící na členy rodiny, partnerské problémy a konflikty apod. (17)

Zátěž totiž obecně mnohem lépe snášejí lidé, jejichž život je smysluplně uspořádaný. Pokud je člověk neustále nucen řešit problémy v práci i rodině, pak mu zákonitě chybí místo k nabrání sil a energie. (16)

Syndrom vyhoření může podstatně ovlivnit celá společnost, ve které žijeme a která se každého z nás dotýká. Především tam, kde se člověk setkává se soutěživým charakterem doby, kdy je na jedince vyvíjen neustále větší tlak dávat si co nejvyšší cíle, ať už fyzické či emoční. Také hodnoty jako peníze, prestižní zaměstnání, které jsou dnes nejvíce ceněny, nutí člověka spíš k neustálému spěchu a dosahování nejlepších výsledků. Z hlediska emancipace nebo nutnosti finančního zajištění rodiny je na ženy vyvíjen tlak, aby nastoupily do práce a tak kromě tohoto pracovního úvazku stíhaly i role matek, hospodyněk, a dobrých, vždy skvěle vyhlízejících a zábavných společníků. (17)

1.2.6 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků

Vyhořet může pouze ten, kdo „hořel“. To znamená, že syndrom vyhoření postihuje motivované lidi, kteří do zaměstnání nastupují s vysokými cíli a velkým očekáváním. (25)

Na konci studia nebo na konci předcházející profesionální dráhy se člověk upřímně teší na nové zaměstnání. Je ochoten se práci plně věnovat, pomáhat druhým, pracuje s nasazením a často se v problémech sám emočně angažuje, ztotožní se s novými úkoly, s týmem kolegu, nevadí mu pracovat přesčas, práce je zábavou a je smysluplná. (25, 22)

Výkon pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Služba druhým vyžaduje od těch, kteří jí hodlají poskytovat, určité osobnostní dispozice, vzdělání, ochotu přinášet oběti a respektování etických zásad. (16)

Sociální práce si za cíl klade pomoc klientovi tak, aby ho změněná kvalita života neuvrhla do oblasti, ve které není možné poskytnout žádnou pomoc a charakterizují ji pojmy jako pomoc, podpora a doprovázení. Sociální pracovníci jsou všechny osoby, které přicházejí do kontaktu se sociálním klientem v rámci služby jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám. V dnešní hektické době stále častěji pracují v problémovém sociálním poli a jejich činnost vyžaduje komplexní přístup k sociálním klientům. (5)

Klient očekává, že sociální pracovník mu je povinný věnovat maximum svého času. Vysoké nároky kladené na výkon této pomáhající profese, často nekorespondují se schopnostmi a možnostmi samotných pracovníků. (5)

Opakovaný zážitek pracovníka, že už nemůže dále vysokým nárokům dostát, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření. (3)

Nejnáročnější je práce s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně nebo nejsou pro účast v určitém programu dostatečně motivováni, s klienty velmi vážně postiženými nebo umírajícími či s klienty, jejichž chování je velmi vzdáleno sociální normě. (26)

Smysluplný a efektivní výkon sociální práce u sociálních pracovníků je spojen s řadou náročných kompetencí, které jsou pro výkon této profese potřeba. Dominuje mezi nimi schopnost adaptivně zvládat relativně vysokou úroveň pracovní zátěže a stresu spojeného s mezilidským kontaktem. (17)

Rizikové faktory, které vedou k vyhoření u sociálních pracovníků, shrnuje BERÉŠOVÁ (5) takto:

- neustálý kontakt s lidmi a jejich problémy,
- snaha porozumět a pomoci,
- nejasnost profesionální role,
- nadměrný počet klientů,
- komplexní zátěž ze strany klienta,
- nedostatek kompetencí sociálních pracovníků,
- nutnost odolávat chronickému stresu,
- délka vykonávané praxe v sociální oblasti,
- původně vysoký zájem o druhé,
- empatie,
- obětavost,
- snížené sebevědomí,
- absence ocenění,
- kvalita konkrétních pracovních podmínek a podobně.

1.2.7 Projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření má celou škálu symptomů. Především dochází k celkové změně chování člověka. Projevy syndromu vyhoření provázejí nejen jednotlivce samého, ale ovlivňují i kvalitu jeho práce. Příznaky vyhoření se mohou velmi rychle projevit od nástupu do zaměstnání v intervalu od několika týdnů až měsíců. (26)

Syndrom vyhoření se projevuje různými symptomy podle toho, které oblasti života se týkají. Jednotlivé projevy můžeme pozorovat ve třech oblastech života: v tělesné oblasti, psychické oblasti a v oblasti sociálních vztahů.(26)

1.2.7.1 Psychické příznaky

Psychické příznaky se dělí podle toho, zda postihují emocionální nebo duševní stránku života člověka. Emocionální příznaky se projevují jako pocity bezmoci a beznaděje. Často se objevuje sebeponižování, znevažování vlastní hodnoty a pocity nedostatku uznání. (13)

Emocionálně vyčerpaný člověk pociťuje, že veškerou energii spotřebuje na zvládání každodenních úkolů a na nic jiného už nemá sílu. Nemá chuť řešit jakékoliv problémy a vžívat se do pocitů jiných lidí. Reaguje podrážděně, nepřátelsky a vytrácí se schopnost empatie a tolerance. Není schopen radovat se z kontaktu s lidmi. Rodina a přátelé představují jen další zátěž a nároky. Roste netrpělivost s lidmi, snadněji se nechá vydráždit k hněvu a může se projevit i agresivita. (24)

Člověk se vzdaluje svým pocitům i pocitům svých bližních, a tak má dál jak k sobě samému a ke svému nitru, tak ke společnosti. (18)

U emocionálně vyčerpaného jedince může tento stav vést až k sebevražedným úmyslům. (17)

Duševní příznaky se projevují především ve ztrátě životního smyslu. Člověk má pocit, že již nemá smysl pokračovat, že v životě všechno prohrál a že je na tomto světě zcela zbytečně, protože zklamal očekávání lidí a dokonce i očekávání vlastní. Dochází ke ztrátě nadšení, motivace a pracovního nasazení. (13)

Objevují se negativní postoje k sobě samému, ke svému okolí, ale i ke klientům. Trpí sebevýčitkami, které jsou doprovázeny silnými pocity viny. Z jeho práce se vytrácí lidskost, klienty vnímá jako stereotypně se opakující „případy“ a jedná s nimi, jako by ani nebyli lidmi. Vyhořelí lidé, kteří pracují v pomáhajících profesích, často vnímají své klienty jako zdroj problémů než jako individua. (24)

1.2.7.2 Tělesné příznaky

Velká únava, chronický pocit vyčerpání, ztráta energie, nepochopitelná ospalost, nebo naopak nespavost jsou typické tělesné znaky syndromu vyhoření. Člověk cítí extrémní únavu, do všeho se musí nutit a má pocit, jako by všechny jeho síly byly vyčerpány. (13)

Člověk, který trpí syndromem vyhoření je také náchylnější k různým nemocem. Vyčerpání a depresivní nálady oslabují organismus a tím snižují jeho obranyschopnost. Častěji trpí nachlazením, které se hůře a déle léčí. Objevují se opakované bolesti hlavy, jejichž intenzita je čím dál větší. Dochází k pocitům nevolnosti a bolesti celého těla. (17)

Vyhoření se velmi často projevuje srdečními nebo žaludečními potížemi. Pálení na hrudi, bolesti u srdce, poruchy srdečního rytmu, nechutenství, změna stravovacích návyků, rychlý úbytek či naopak nárůst tělesné hmotnosti jsou příznaky, které doprovázejí vyhoření. Mohou se objevovat poruchy spánku, přecitlivělé a neadekvátní reakce. (13)

Protože chybí motivace a organismus je vyčerpaný, dochází k celkovému snížení výkonnosti v každé oblasti života. Snižuje se schopnost soustředit se, rozhodovat se, myslet a vyskytují se poruchy koordinace. To způsobuje, že člověk v práci podává malé výkony i když vynaloží velkou energii. (13)

Velmi často se stává, že lidé hledají řešení v užívání psychofarmak, alkoholu, drogách a jiných psychoaktivních látkách. Tyto metody však nemají dlouhodobý účinek a přinášejí zvýšené riziko závislostí na těchto látkách. (24)

1.2.7.3 Sociální vztahy

Změny v sociálních vztazích se projevují především stahováním se ze sociálního kontaktu. Nejdříve vyhýbání se klientům, postupné izolování se i od spolupracovníku, až po „sníženou kapacitu pro lidi“ obecně. (3)

V důsledku psychické zátěže mohou narůstat konflikty, odmítání ve vztazích, dochází k celkovému útlumu sociability, člověk nejeví zájem o hodnocení ze strany druhých osob. (19, 3)

V zaměstnání se snaží vyhýbat jakémukoliv kontaktu. Kolegové ho obtěžují už jen svojí přítomností, dochází ke zhoršování spolupráce a řadě konfliktů na pracovišti. Člověk postižený syndromem vyhoření přestává vyhledávat společenské styky a postupně se propadá do své samoty. (36)

„Postižený člověk hledí na sebe i na druhé z přílišného odstupu, který pochází z citové vyprahlosti.” Dochází ke snižování schopnosti vcítit se do jiných lidí a snahy pomáhat klientům. Postižení často nejsou schopni vnímat ani sebe samé. Ztrácejí vztah ke své osobě a tím ztrácejí vztah i k ostatním lidem, což se týká především rodinných příslušníků. (18) Ti poznávají, že něco není v pořádku, že se partner či partnerka mění. (22)

Jednotlivé projevy závisí na povaze daného člověka. Někdo bude mít tendenci nereagovat, nekontaktovat se s klienty, spolupracovníky ani s rodinou a uzavírat se do vlastního světa. Jiný se bude chovat agresivně, bude zpochybňovat a bagatelizovat svou práci. „Projevy tedy největší měrou závisí na osobnostních charakteristikách daného jedince, na jeho povahových vlastnostech a na jeho frustrační toleranci vůči nejrozumnějším druhům zátěže.” (17)

1.2.8 Průběh syndromu vyhoření

Vyhoření není statický jev, ale proces, který má svůj začátek, průběh a výsledný stav. Je to stav, který se vyvíjí a samotný syndrom je pak konečným stádiem celého vývoje. Jde o proces, který může začít už velmi záhy v průběhu kariéry pomáhajícího. Proto bývá označován jako „fenomén prvních let v zaměstnání.” Statistiky uvádějí, že průměrný věk, kdy je vysoká pravděpodobnost vyhoření je 33 let.

Proces vyhoření většinou trvá několik měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou trvat různě dlouhou dobu. Některé fáze mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a na člověku nejsou poznat. (17)

Na počátku je nadšení. Naprostá většina nováčků, vstupujících do některé z pomáhajících profesí, si s sebou do svého prvního zaměstnání přináší velké naděje a nerealistická očekávání. (24) Zapojení do práce je enormní a uspokojení se zdá být tak značné, že se stane nejdůležitější částí života. (16)

Největším nebezpečím tohoto stadia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, které se často pojí s dobrovolným přepracováváním. (24)

Následuje stadium stagnace. Počáteční nadšení dohasíná, práce již není natolik přitažlivá, aby zastínila všechno ostatní. Do popředí se dostávají subjektivní a mimopracovní zájmy. (16)

Člověk začne preferovat volný čas, peníze, přátele a také starost o sebe. Požadavky, které klienti i zaměstnavatel na člověka kladou, ho začínají obtěžovat. V této fázi jsou nejlepší předpoklady k zabránění rozvoji burn-out. (24)

Třetí fází syndromu vyhoření je fáze frustrace. Člověk v této fázi začne hodnotit efektivitu práce a její smysl. Klade si otázky, zda má vůbec smysl pomáhat lidem, kteří o to nestojí a nezlepšují se. Klienta vnímá negativně a pracoviště pro něj představuje zklamání. Zde se začínají objevovat emocionální a fyzické obtíže. (24)

Nejčastější a přirozenou reakcí na frustraci je apatie. Objevuje se v situaci, kdy je člověk při práci trvale frustrován, nemá ale možnost tuto situaci změnit a zároveň práci nutně potřebuje. Dělá pouze to, co má v náplni práce a vyhýbá se novým úkolům. (24)

Práce se stává zdrojem obživy, ale ne uspokojení. (3)

Postižený syndromem burn-out ztrácí úctu k hodnotě druhých lidí (dívá se na ně jako na věci) a úctu k vlastnímu životu. Ničeho si neváží. Nic pro něj nemá opravdovou hodnotu. O nic smysluplného mu nejde. (22)

Poslední fází syndromu vyhoření je rozvinutí syndromu vyhoření. V této fázi již člověk nestačí pracovní nasazení. Hromadí se problémy. Dochází ke ztrátě smyslu práce

a jejímu odcizení. To vede k úplnému fyzickému, emocionálnímu i psychickému vyčerpání. (8)

Jednotlivé vývojové fáze přecházejí jedna do druhé tak pozvolna a plynule, že mnohdy ani jedinec nepostřehne, co se s ním vlastně děje, a celý problém si uvědomuje v okamžiku, kdy už je pozdě. (39)

Mnohdy je však vyvrcholením procesu trvajících řadu let a jeho jednotlivé fáze mohou být různě dlouhé. (28)

1.2.9 Možnosti prevence syndromu vyhoření

Pokud víme, co k syndromu vyhoření vede, můžeme z těchto poznatků vyvodit i způsoby jeho prevence, protože je mnohem snadnější tomuto jevu předcházet, než jej odstraňovat. (19)

Jestliže je burnout syndrom důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tento nepoměr zmenšit jednak na straně jednotlivce osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategie zvládání stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou organizace a kultury. (3)

1.2.9.1 Oblast individuální, na úrovni jedince

Abychom se vyhoření mohli vyvarovat, je zapotřebí uvědomit si, že člověk je bytost nedokonalá a chybující. Účinným prostředkem jak se vyhnout syndromu vyhoření je slevit ze svých požadavků a ke svému životu přistupovat aktivně. (19)

Prevence na úrovni osobní představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory, což znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího. (3)

Mezi konkrétní praktická jednoduchá opatření, napomáhající potlačení vyhoření, můžeme zařadit: snížení příliš vysokých nároků, předcházení komunikačním

problémům, vyjadřování skutečných pocitů, hledání emocionální i věcné podpory, doplňování energie, zájem o své zdraví, vyhledávání výzev, stanovení si priorit, plánování, vyvarování se negativního myšlení, využívání nabídek pomoci, nepropadnutí syndromu pomocníka a zařazení přestávek. (17)

Důležitým ozdravným prvkem je odpočinek, relaxace a pohyb. K vyhoření dochází především u lidí, kteří intenzivně pracují. Postupně se z jejich života odpočinek vytrácí. Odpočinkem se rozumí jakési „přepnutí“ od pracovní činnosti. Pravidelné relaxační cvičení vytváří pocit pohody a snižuje nepříjemné pocity. Pohyb ve všech formách je nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného i duševního zdraví. (17)

Hluboké dýchání je jedním z nejsnadnějších a nejrychlejších způsobů, jak snížit stres. Pomalé, stálé, klidné a hluboké dýchání okamžitě sníží aktivační úroveň, tělo si odpočine a načerpá nové síly. Mnoho lidí dýchá povrchově, a to je špatné, protože se tak nedostane všechen vzduch z plic. K nácviku správného dýchání je dobré každý den provádět pět až deset minut dechové cvičení (viz. Příloha 1). (30)

Účinnou obranou je vytvoření hranic vztahu mezi klientem a pracovníkem. Hlavním problémem při pomáhání je přebírání klientových těžkostí za vlastní. Ten, kdo má své hranice jasně dané a respektuje je, velmi snadno se vyvaruje případnému vyhoření. Nejsou-li vytvořené hranice vztahu, trpí nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání. (20)

Zdravé je mít svoje hranice vymezené ale polopropustné a to ven i dovnitř. Pomáhající může být obětavý, pracovat pro druhé s velkým nasazením, ale přitom nesmí ztrácet sám sebe s pocitem, že je druhými zneužívaný, manipulovaný či vysávaný. Ten, kdo má své hranice jasné, a kdo je respektuje u sebe i u druhých, ten se může stát dobrým pomocníkem. Práce s lidmi ho nemusí ničit či vyčerpávat, ale naopak se z ní může těšit. (4)

1.2.9.2 Na úrovni organizace, zaměstnavatele

Předcházení vyčerpání pracovníků by mělo být prvořadým zájmem každého zaměstnavatele, protože syndrom burn-out se promítá do postojů a způsobů chování, které souvisejí s pracovním výkonem. (17) Klientům se pak dostává vlídné, zaujaté péče lidí, kteří nejsou stále vyčerpaní, podráždění, nevrlí a citově okoralí. (3)

Prvním krokem by mělo být jasné vymezení pracovních úkolů a kompetencí, které s nimi souvisejí. Jde o to, aby pracovník znal svou úlohu na pracovišti a věděl, co je jeho náplní práce. Podmínky lze zkvalitnit i dobře fungujícím týmem. Spolupráce na pracovišti je bezesporu důležitá, protože jediné tak lze předcházet soupeřivosti a tím i vzájemným konfliktům. (17)

Dalším konkrétním opatřením ze strany organizace je zajištění místa, kam mohou zaměstnanci odejít a odpočinout si. S tím souvisí také naplánovaný odpočinkový čas (dovolená konkrétního zaměstnance, který je přetížený, nebo společně strávený odpočinkový čas zaměstnanců organizace). (22)

Možnost individuální úpravy pracoviště je poměrně dobrým důvodem k tomu, aby se pracovník cítil v práci dobře a uvolněně. Pokud je mu umožněno vytvořit si vlastní pracovní prostředí, bude lépe a efektivněji pracovat. Tzv. personalizací prostředí se rozumí například fotografie, květiny, oblíbená hudba, drobné úpravy zařízení apod. (22)

V neposlední řadě, jako možnost prevence proti syndromu vyhoření je supervize. Supervize umožňuje soustředit se na vlastní obtíže v práci, ale také podělit se se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. (12)

Supervize zaručuje zvýšení profesních kompetencí, vede k rozšiřování možností a alternativ při řešení problémů a ke korigování neefektivních postupů. Je součástí prevence syndromu vyhoření, který se projevuje menší citlivostí ke klientovi, formálním přístupem, nezájmem a snahou, co nejdříve případ ukončit. (31)

Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce, na učení spojené s praxí a podporu profesního

růstu pracovníka. Poskytuje příležitost získat nadhled nad tím, co je obtížné, nejisté, hledat nové souvislosti ve zdánlivě neřešitelné situaci. (3)

Jako metodu supervize považujeme i vzájemné konzultování dvou stejně postavených kolegů. (20)

Tam, kde je supervize zabudována do organizační struktury zařízení, probíhá supervize pravidelně v intervalech, které jsou dány cíli, které supervize sleduje. Supervize může být ale i příležitostná, neformální, naskytne-li se potřeba něco řešit. Nebo krizová supervize, která může být vyžádaná či vynucena okolnostmi. (11)

Odborně prováděná pravidelná supervize je jedním z nejlepších preventivních opatření proti syndromu vyhoření. (38)

2 Cíl práce a hypotézy

Cíl práce

Zjistit, zda zdravotně sociální pracovníci mají kompetence k výkonu profese.

Dílčí cíl

Zjistit, jaké techniky používají zdravotně sociální pracovníci k prevenci syndromu vyhoření.

Hypotézy

H1: Většina zdravotně sociálních pracovníků nemá dostatečné vzdělání k výkonu povolání.

H2: Zdravotně sociální pracovníci si uvědomují rizika syndromu vyhoření.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro vypracování teoretické části byla zvolena sekundární analýza dat. Tato část je věnována např. sociální práci, etickému kodexu sociálních pracovníků, celoživotnímu vzdělávání. Zabývá se dále syndromem vyhoření, jeho průběhu, prevenci, atd. Na dané téma je nahlíženo z pohledu odborných studií, ale i ze zákonů a vyhlášek.

V praktické části pak pro tuto práci byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Pro sběr primárních dat a testování hypotézy byla zvolena metoda dotazování, technika dotazník. Jak uvádí Disman (9), jedná se o vysoce efektivní techniku, která může postihnout velký počet jedinců při relativně malých nákladech. Další výhodou je zaručení anonymity respondentů.

Dotazník obsahoval celkem 32 otázek, které byly uzavřené a polouzavřené. Mezi uzavřené patřily otázky č.1, 2, 16, 17, 19 - 22, 25, 26, 31, 32. Mezi polouzavřené se pak řadily otázky č.3 - 15, 18, 23, 24, 27 - 30. Dotazníky byly distribuovány osobně, poštou i e-mailovou poštou.

Předpokládaný počet respondentů bylo 160 zdravotně sociálních pracovníků Jihočeského a Jihomoravského kraje. Pro nedostatek respondentů v těchto krajích musel být však výzkum rozšířen ještě na další kraje.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum byl proveden ve zdravotně sociálních zařízeních, jako jsou nemocnice, hospice, psychiatrické léčebny, v 8 krajích České republiky. Jednalo se o kraj Zlínský, Jihomoravský, Vysočina, Jihočeský, Plzeňský, Západočeský, Karlovarský a Středočeský.

Za účelem dotazníkového šetření byli osloveni zdravotně sociální pracovníci daných zařízení.

Celkem bylo rozdáno 160 dotazníků. Jelikož všechny nebyly distribuovány osobně, ale i poštou a e-mailem, jejich návratnost nebyla 100%. Pro vlastní zpracování dat zůstalo 66,25% (106) dotazníků. Pro neúplnost nebyly vyřazeny žádné dotazníky.

Sběr dat probíhal od konce měsíce února, přes březen a začátek dubna roku 2009.

Pro zpracování a následné vyhodnocení dotazníků budou použity grafy a výsledky pak budou uvedeny procentech.

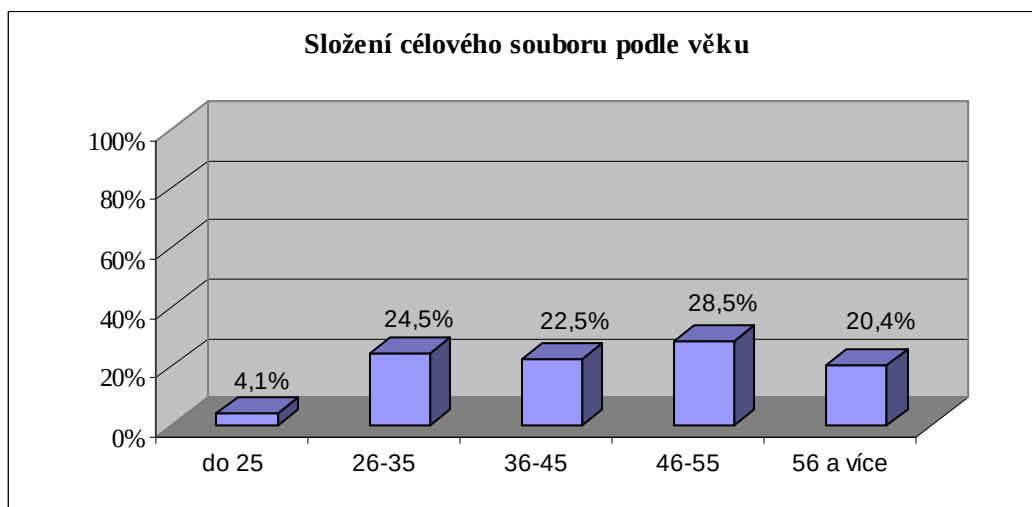
4 Výsledky

Návratnost dotazníků byla 66,25% (106) z celkových 160 rozeslaných.

Následující grafy jsou koncipovány tak, že uvádí odpovědi dvou skupin respondentů, mužů a žen, dohromady, protože mužskou část tvoří jen jeden respondent. Výsledky tedy vychází vždy ze 100%.

Na otázku č.1: „*Kolik je Vám let?*“ odpovědělo 4,1% (4) dotázaní, že jsou ve věku do 25 let; 24,5% (26) dotázaných odpovědělo, že je jim mezi 26 až 35 lety; věk mezi 36 až 45 lety zvolilo 22,5% (24) respondentů; 28,5% (30) dotázaných zvolilo odpověď 46 až 55 let, a možnost 56 a více let zvolilo 20,4% (22) dotázaných.

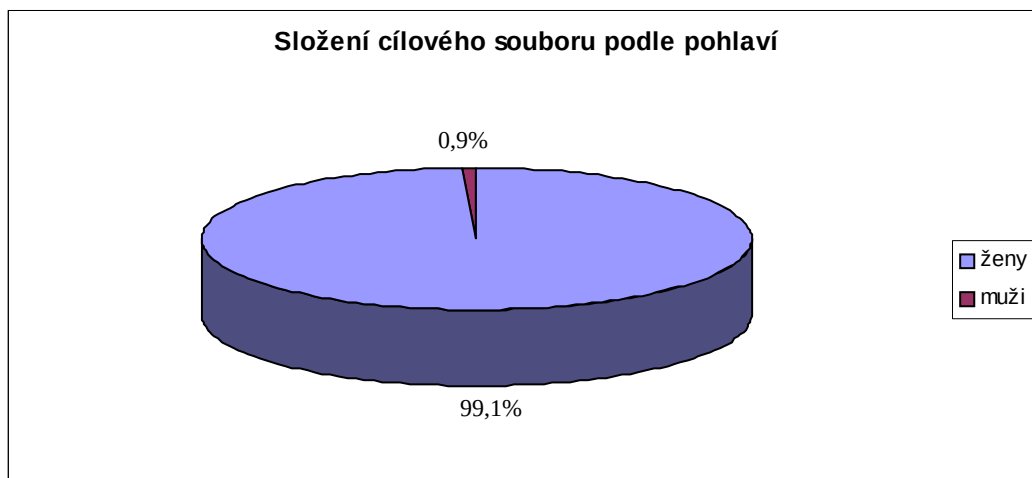
Graf č. 1



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 2: „*Jste muž – žena?*“ měla na výběr dvě možnosti. Možnost *žena* zvolilo z celkového počtu 106 dotázaných osob 99,1% (105) respondentů a možnost *muž* zvolilo 0,9% (1) dotázaný.

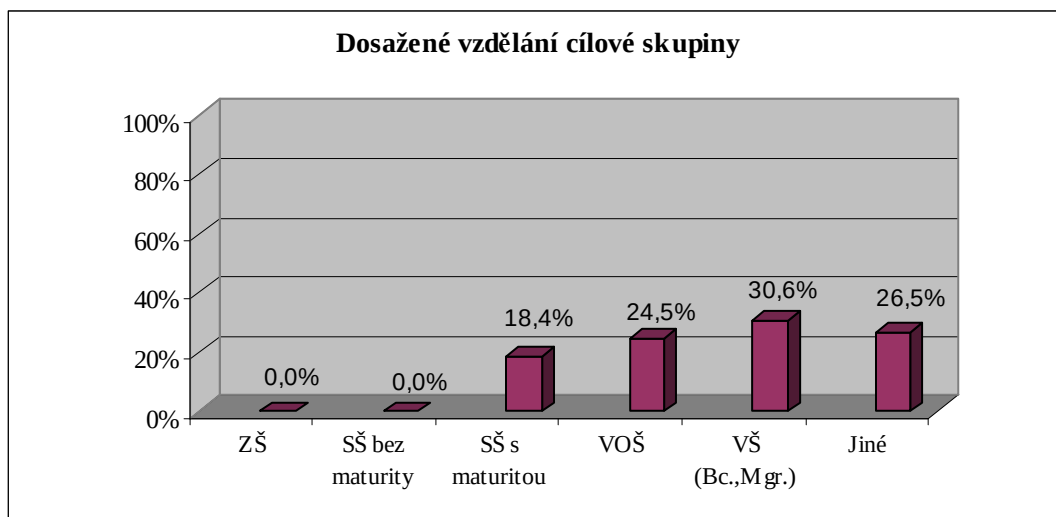
Graf č. 2



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 3: „*Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?*“ Na tuto otázku odpovídalo 0% respondentů na možnost vzdělání ZŠ i SŠ bez maturity. Možnost SŠ s maturitou zvolilo 18,4% (20) dotázaných, možnost VOŠ zvolilo 24,5% (26) dotázaných, vysokoškolské vzdělání má 30,6% (32) respondentů, a možnost jiné zvolilo 26,5% (28) dotázaných.

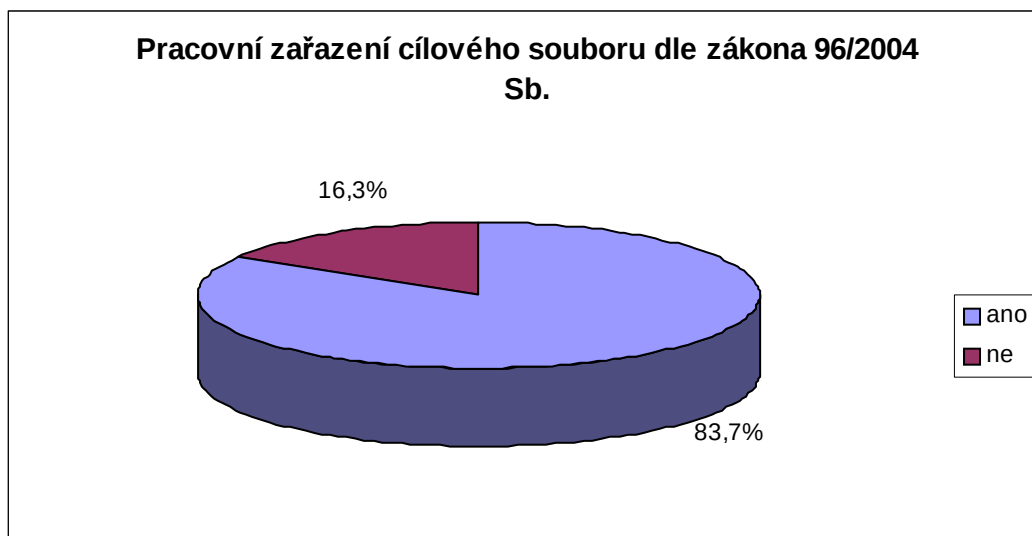
Graf č. 3



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 4: „Jste zařazen/a v zaměstnání jako zdravotně sociální pracovník dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění?“ nabízela dvě možnosti odpovědi, možnost *ano* zvolilo 83,7% (89) respondentů a možnost *ne* zvolilo 16,3% (17 respondentů).

Graf č. 4



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 5: „Myslíte si, že teoretické i praktické zkušenosti ze studia byly dostatečné do praxe?“ odpovědělo 59,2% (63) dotázaných, že *ano*; možnost *ne* zvolilo 40,8% (43) dotázaných.

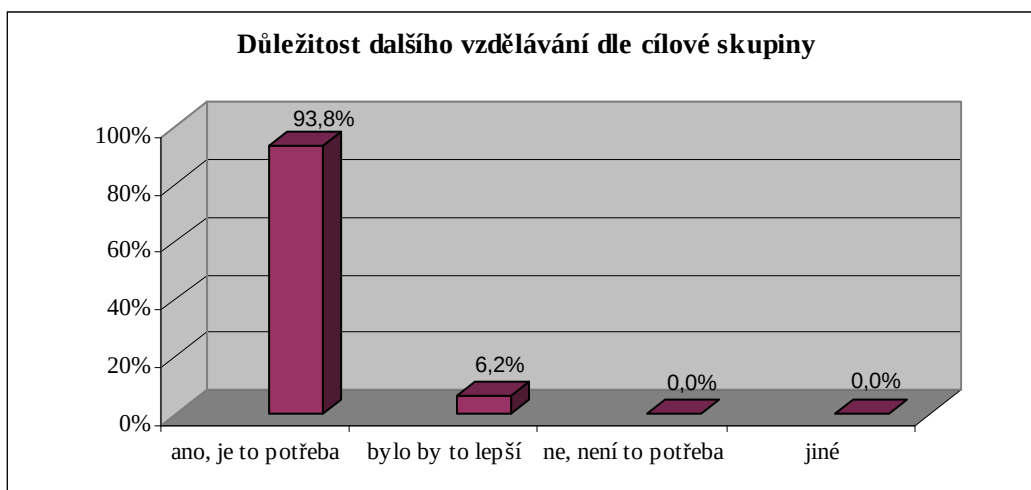
Graf č. 5



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6: „Domníváte se, že je potřeba se při Vaší práci dále vzdělávat?“ měla čtyři možnosti. Možnost ano, je to potřeba zvolilo 93,8% (99) dotázaných, možnost bylo by to jistě lepší zvolilo 6,2% (7) dotázaných. Možnost ne, není to potřeba nezvolil žádný respondent a možnost jiné nezvolil také nikdo.

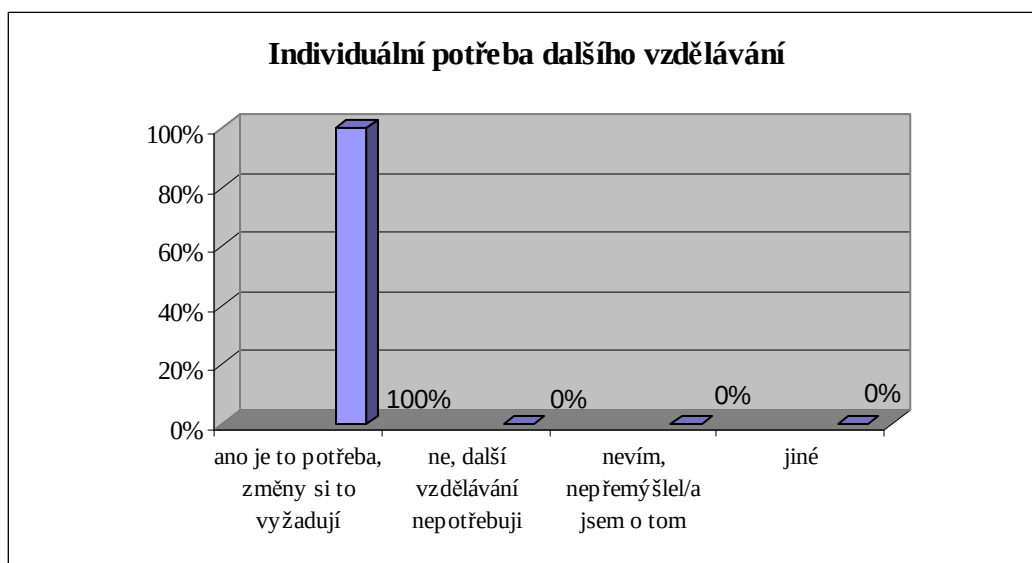
Graf č. 6



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 7: „Cítíte Vy sám/sama potřebu se dále vzdělávat? (vzhledem ke změnám ve zdravotně sociálních službách)“ odpovídalo 100% (106) dotázaných ano, je to potřebné, změny si to vyžadují. Další možnost ne, další vzdělávání nepotřebuji; nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom a jiné nezvolil žádný respondent.

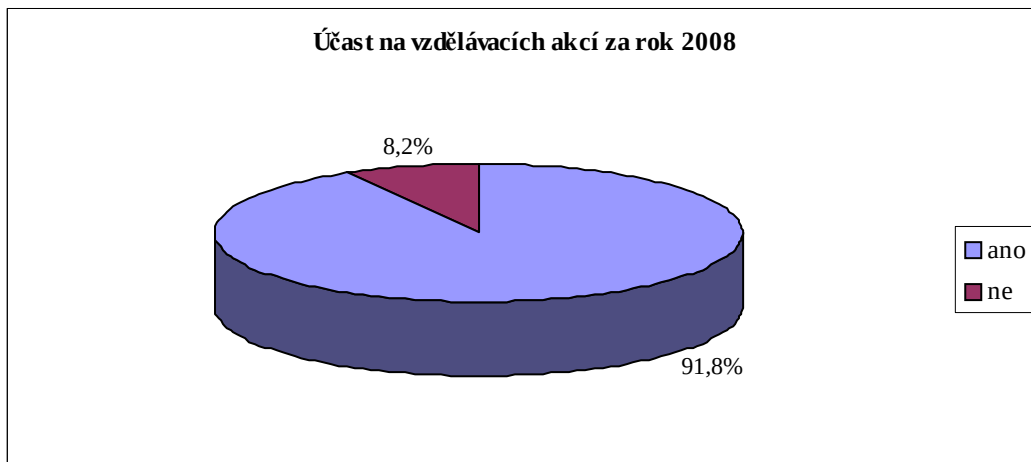
Graf č. 7



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 8: „Účastnil/a jste se v roce 2008 vzdělávacích akcí?“ U této otázky zvolilo možnost *ano* 91,8% (97) dotázaných, možnost *ne* zvolilo 8,2% (9) respondentů.

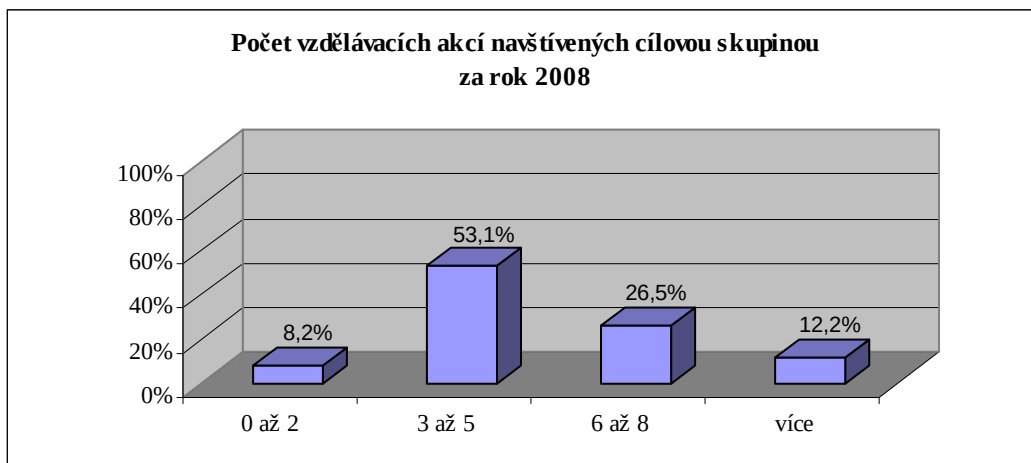
Graf č. 8



Zdroj: vlastní výzkum

U otázky č. 9: „Kolik vzdělávacích aktivit jste navštívil/a za rok 2008?“ zvolilo ze 106 dotázaných 8,2% (9) respondentů možnost 0-2; možnost 3-5 zvolilo 53,1% (56) dotázaných; možnost 6-8 vybralo 26,5% (28) respondentů a možnost více zvolilo 12,2% (13) respondentů.

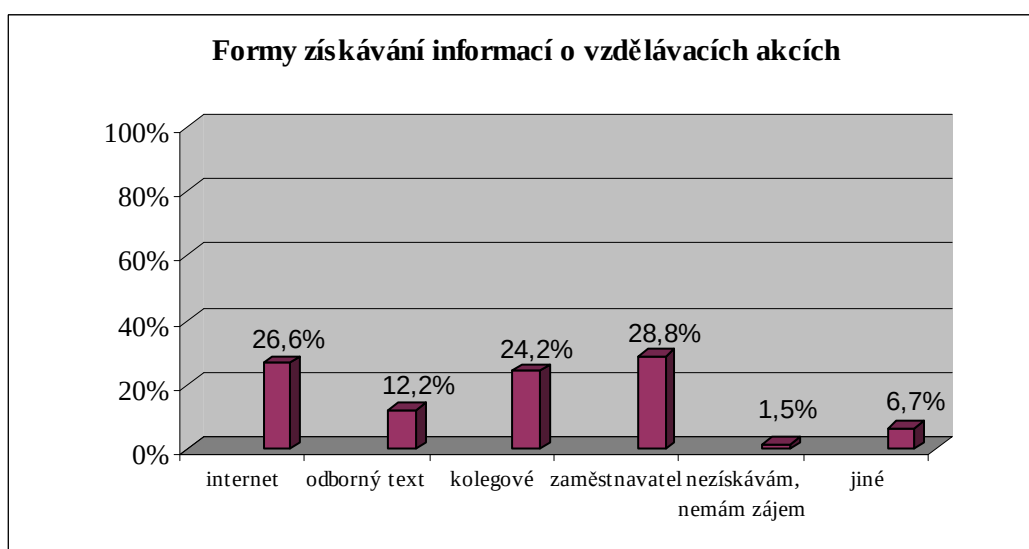
Graf č. 9



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 10: „*Jakou formou získáváte informace o vzdělávacích akcích?*“ Jedna z uváděných možností byla, že informace získávají z internetu, tuto odpověď uvedlo 26,6% (28) dotázaných. Další možností bylo, že informace získávají z odborného tisku, kde odpovědělo 12,2% (13) dotázaných. Další možností bylo od kolegů, tuto odpověď zvolilo 24,2% (26) respondentů. Možnost od zaměstnavatele uvedlo 28,8% (30) dotázaných. Další možností bylo informace nezískávám, nemám zájem, tuto možnost zvolilo 1,5% (2) dotázaných a možnost jiné uvedlo 6,7% (7) respondentů.

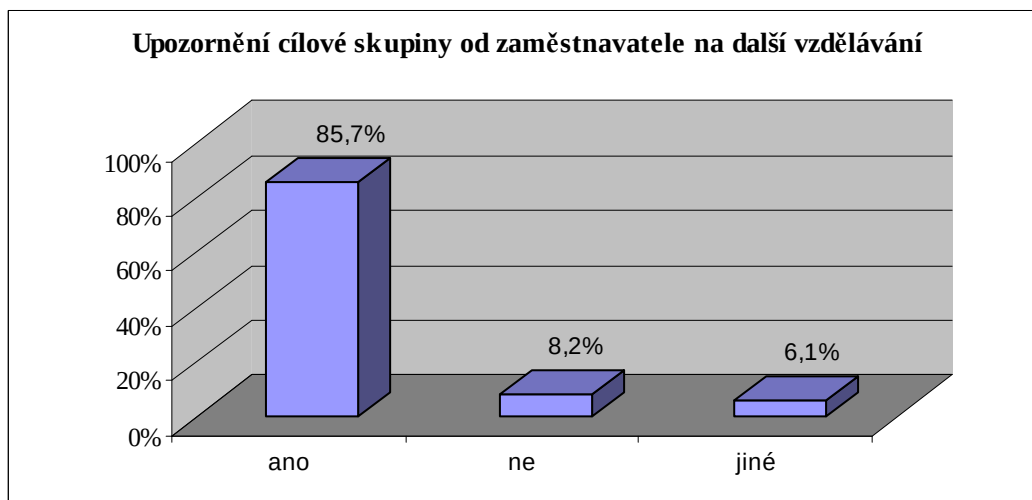
Graf č. 10



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 11: „*Upozornil Vás Váš zaměstnavatel na možnost dalšího vzdělávání?*“ odpovědělo 85,7% (91) dotázaných možnost odpovědi *ano*; odpověď *ne* uvedlo 8,2 % (9) respondentů a možnost *jiné* zvolilo 6,1% (6) dotázaných.

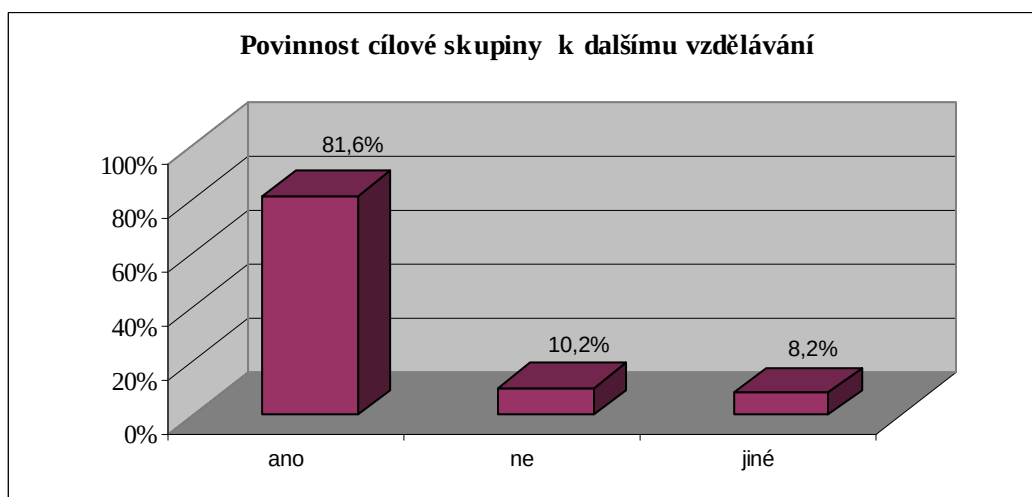
Graf č. 11



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 12: „*Máte na Vašem pracovišti povinnost k dalšímu vzdělávání?*“ Na tuto otázku odpovědělo 81,6% (86) dotázaných, že *ano*, mají povinnost. Možnost *ne* uvedlo 10,2% (11) respondentů. Možnost *jiné* zvolilo 8,2% (9) dotázaných.

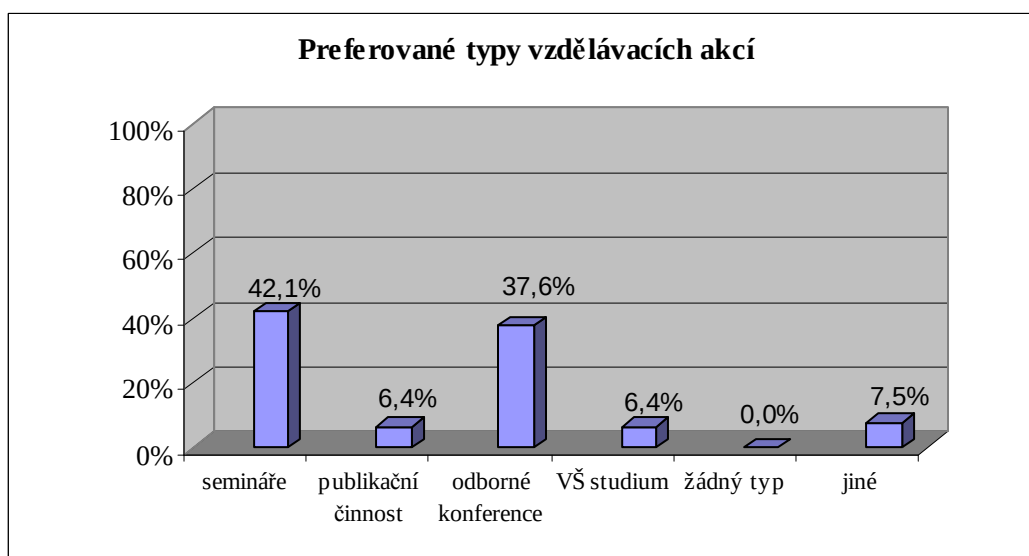
Graf č. 12



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 13 „*Jaký typ dalšího vzdělávání preferujete?*“ nabízela šest možností odpovědí. Možnost a) semináře, zvolilo 42,1% (45) dotázaných; možnost b) publikační činnost, uvedlo 6,4% (7) respondentů; možnost c) odborné konference, zvolilo 37,6% (39) dotázaných; další možnost, vysokoškolské studium uvedlo 6,4% (7) dotázaných; možnost nepreferuji žádný typ z uvedených možností nezvolil žádný respondent a možnost jiné uvedlo 7,5% (8) dotázaných.

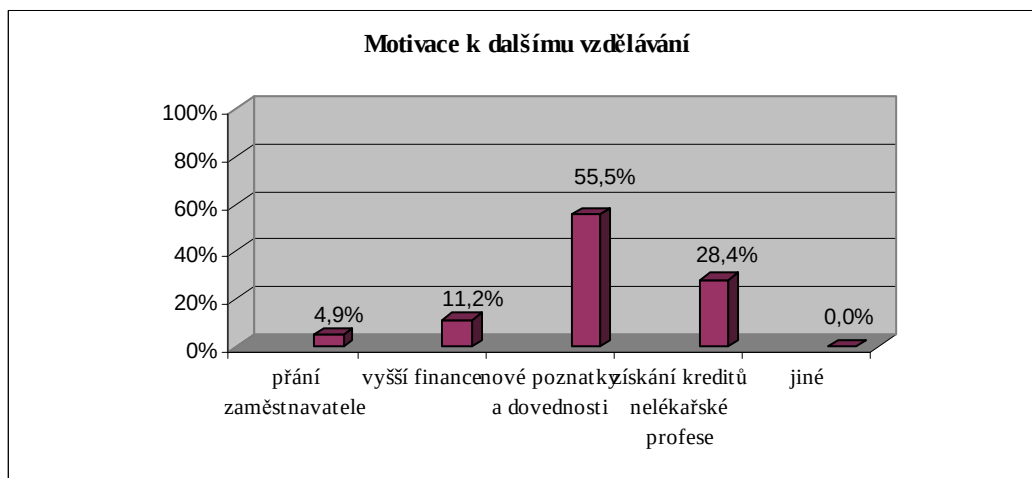
Graf č. 13



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 14: „*Co Vás motivuje k dalšímu vzdělávání?*“ Jedna z uváděných možností byla, že si to přeje zaměstnavatel. Tuto možnost vybralo 4,9% (5) dotázaných. Možnost pro vyšší finanční ohodnocení uvedlo 11,2% (12) respondentů. Další možnost, získat nové poznatky a dovednosti pro praxi, zvolilo 55,5% (59) respondentů. A 28,4% (30) dotázaných se přiklonilo k možnosti získání kreditů nelékařské profese. Možnost jiné nezvolil žádný respondent.

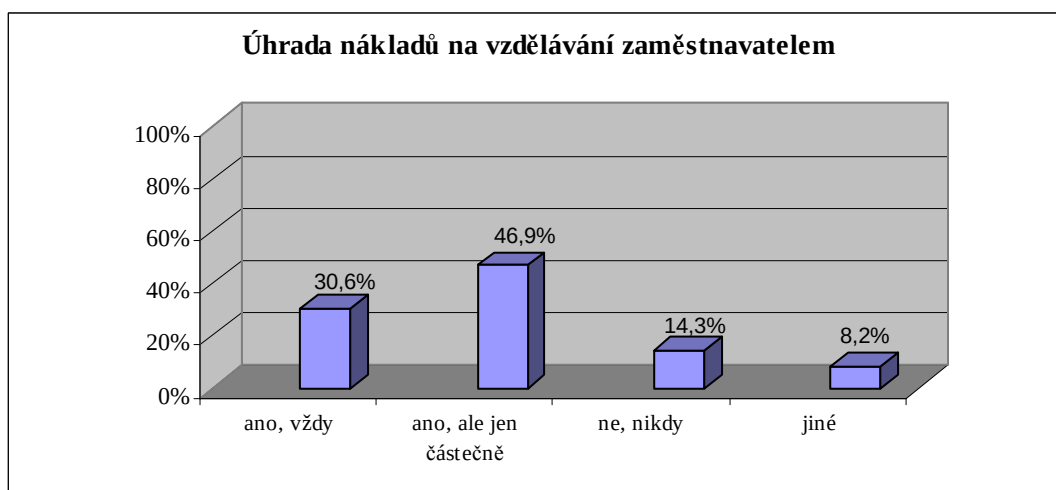
Graf č. 14



Zdroj: vlastní výzkum

Na otázku č. 15: „*Hradí Vám zaměstnavatel finanční náklady spojené s dalším vzděláváním?*“ odpovědělo 30,6% (32) respondentů, že *ano, vždy*. 46,9% (50) respondentů zvolilo možnost *ano, ale jen částečně*. Možnost *ne, nikdy* uvedlo 14,3 % (15) dotázaných a možnost *jiné* zvolilo 8,2% (9) respondentů.

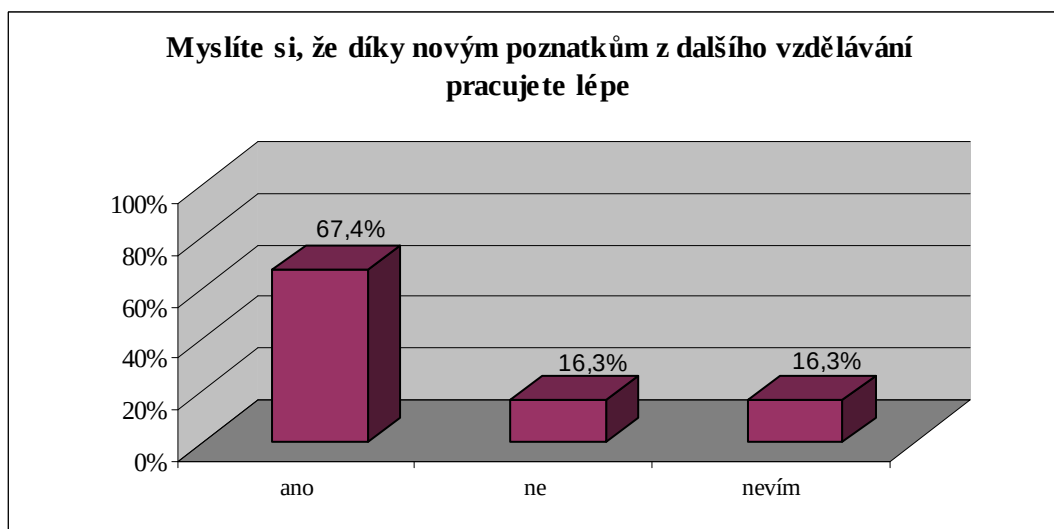
Graf č. 15



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 16: „Máte pocit, že díky novým poznatkům z dalšího vzdělávání „pracujete lépe“?“ Na tuto otázku odpovědělo 67,4% (72) respondentů, že *ano*. Možnost *ne* uvedlo 16,3% (17) dotázaných a možnost *nevím* uvedlo také 16,3% (17) dotázaných.

Graf č. 16



Zdroj: vlastní výzkum

U otázky č. 17: „Slyšel/a jste někdy o pojmu syndromu vyhoření?“ byly dvě možnosti odpovědi. „ano- ne“. 100% (106) dotázaných odpověděli *ano*, o pojmu syndromu vyhoření slyšeli. Odpověď *ne* neuvedl žádný z dotázaných.

Tabulka č. 1

Ano	100% (106)
ne	0% (0)

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 18: „Víte, co pojem syndrom vyhoření znamená?“ Všichni dotázaní, 100% (106) respondentů, odpověděli *ano*, ví co pojem syndrom vyhoření znamená. Možnost *ne* neuvedl nikdo z respondentů.

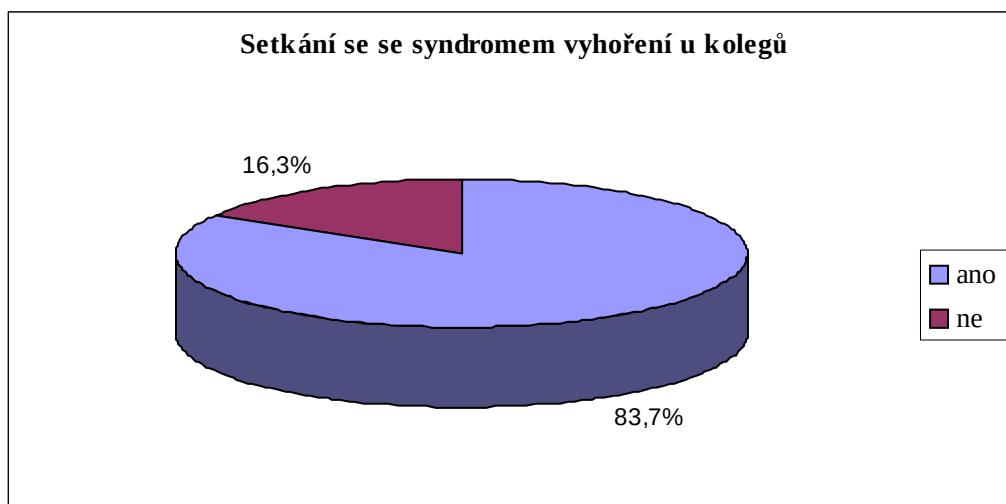
Tabulka č. 2

Ano	100% (106)
Ne	0% (0)

Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 19: „Setkal/a jste se někdy s někým, kdo má/měl syndrom vyhoření?“ ze 106 dotázaných uvedlo možnost *ano* 83,7% (89) respondentů, možnost *ne* zvolilo 16,3% (17) dotázaných.

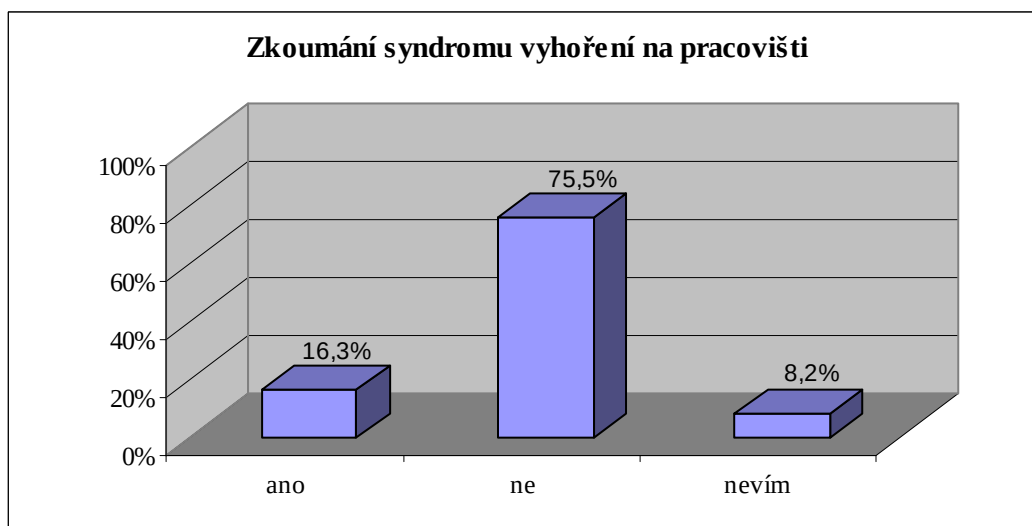
Graf č. 17



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 20: „Byl na Vašem pracovišti zkoumán syndrom vyhoření?“ Na tuto otázku odpovědělo 16,3% (17) dotázaných *ano*. Možnost *ne* zvolilo 75,5% (80) respondentů a možnost *nevím* uvedlo 8,2% (9) dotázaných.

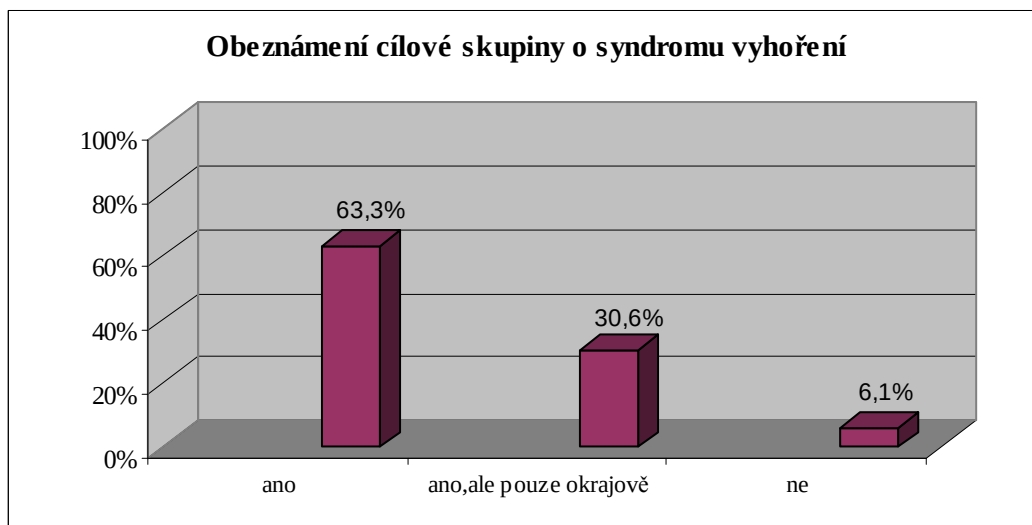
Graf č. 18



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 21: „Jsou pracovníci na Vašem pracovišti obeznámeni s problematikou syndromu vyhoření?“ Jedna z uváděných možností byla, že *ano*. Tuto odpověď uvedlo 63,3% (89) respondentů. Druhou možností byla odpověď *ano, ale pouze okrajově*. Tuto možnost zvolilo 30,6% (32) dotázaných. A možnost *ne* uvedlo 6,1% (7) dotázaných.

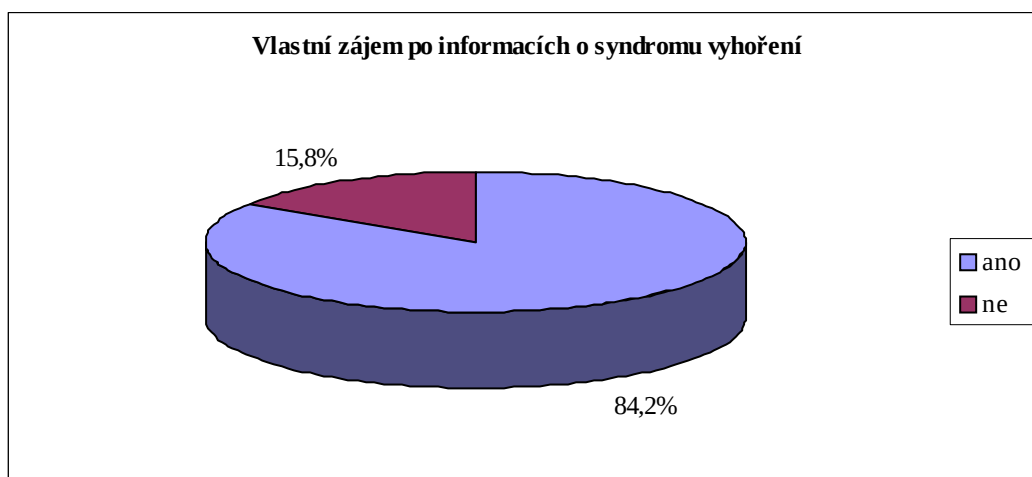
Graf č. 19



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 22: „Máte vlastní zájem vědět o syndromu vyhoření co nejvíce informací a tím se před ním „chránit“?“ Možnost a) *ano* zvolilo 84,2% (89) respondentů. Možnost b) *ne* uvedlo 15,8% (17) respondentů.

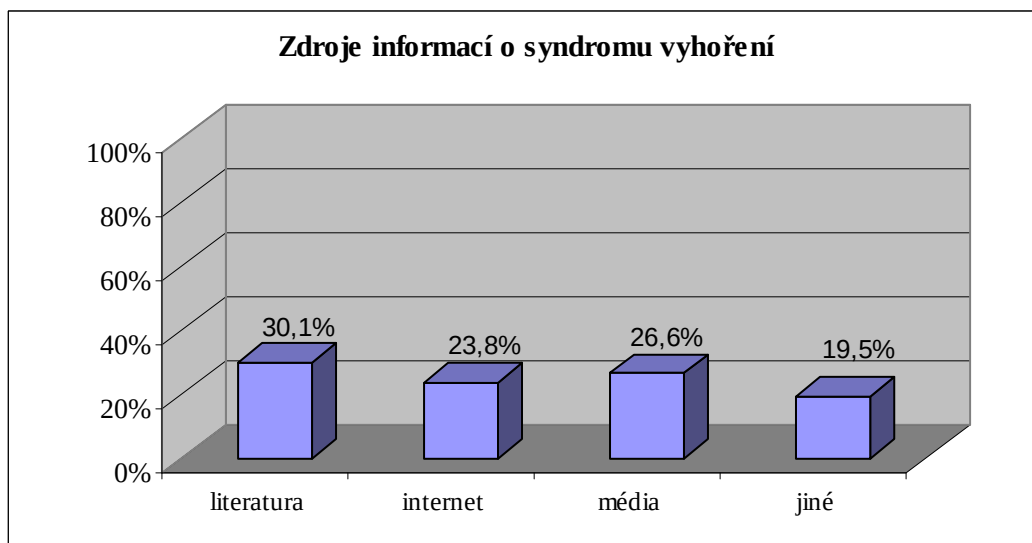
Graf č. 20



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 23: „Odkud získáváte informace o syndromu vyhoření?“ Na tuto otázku odpovědělo 30,1% (32) respondentů, že informace získávají z literatury. Informace z internetu získává 23,8% (25) dotázaných. Další možností byla média, odtud získává informace 26,6% (28) respondentů a možnost jiné si zvolilo 19,5% (21) dotázaných.

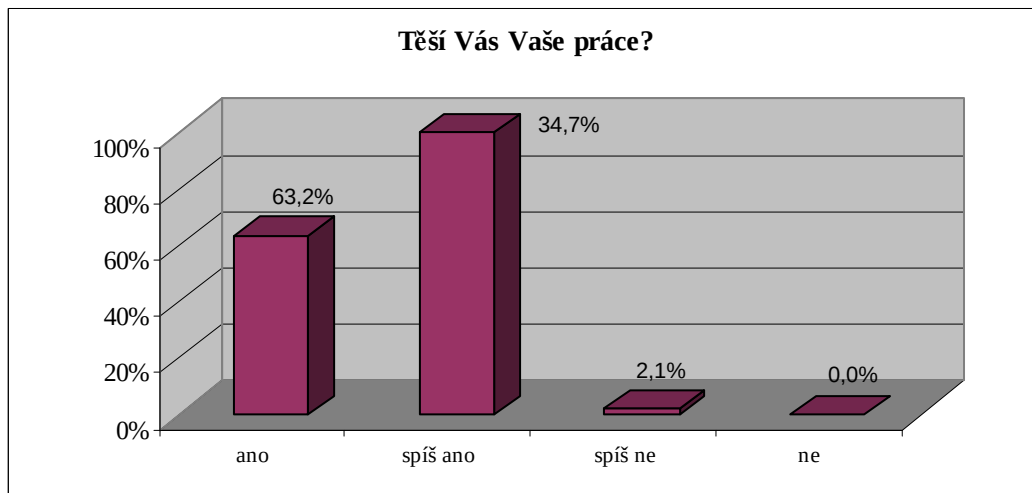
Graf č. 21



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 24: „Těší Vás Vaše práce?“ Jedna z možností byla *ano*. Tuto možnost zvolilo 63,2% (67) dotázaných. Možnost *spíše ano* uvedlo 34,7% (37) respondentů. Další možnost byla *spíše ne*, kterou zvolilo 2,1% (2) respondenti. Možnost *ne* neuvedl žádný dotazovaný.

Graf č. 22

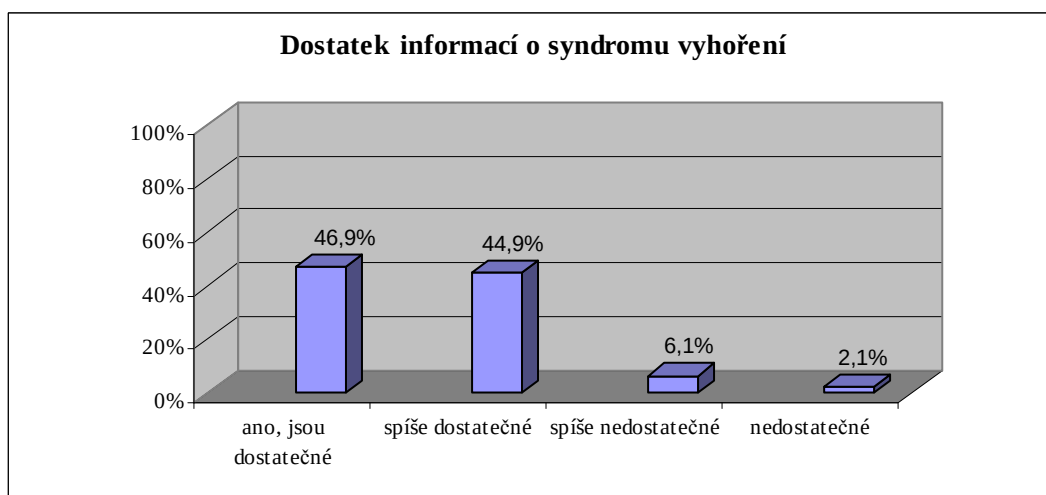


Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 25: „Považujete informace, které o syndromu vyhoření máte za dostatečné?“

Na tuto otázku odpovědělo 46,9% (50) dotázaných ano, jsou dostatečné. Možnost spíše dostatečné uvedlo 44,9% (48) respondentů. 6,1% (2) dotázaných bylo pro možnost spíše nedostatečné a možnost nedostatečné uvedlo 2,1% (2) respondenti.

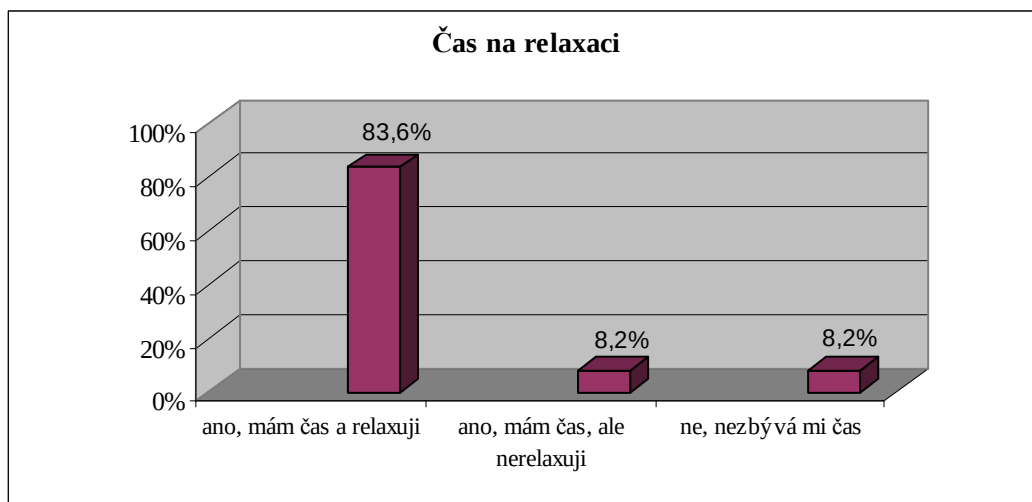
Graf č. 23



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 26: „Zbývá Vám ve Vašem volném čase čas na relaxaci?“ Z celkového počtu 106 dotázaných odpovědělo na tuto otázku 83,6% (88) respondentů ano, mám čas a relaxuji. Možnost ano, mám čas, ale nerelaxuji uvedlo 8,2 % (9) dotázaných. A 8,2 % (9) respondentů zvolilo možnost ne, nezbývá mi čas.

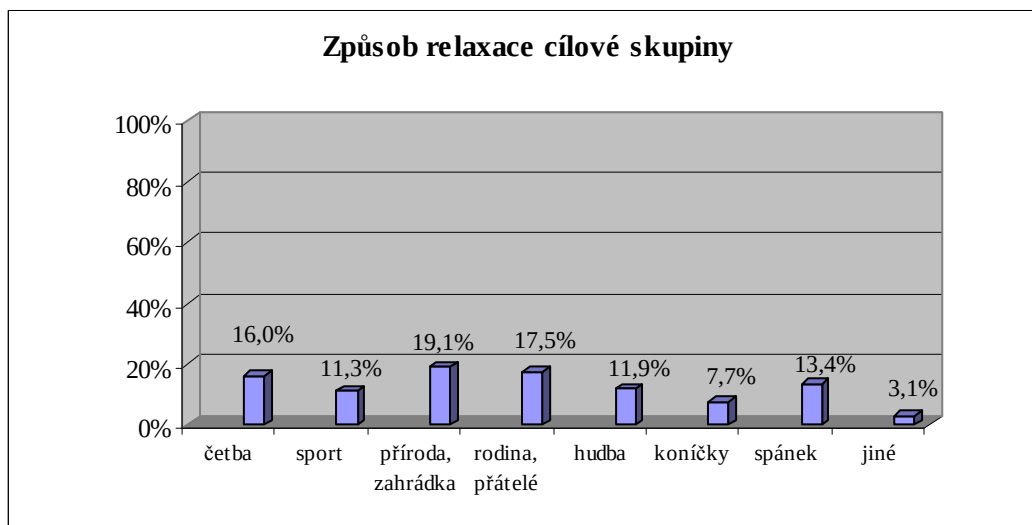
Graf č. 24



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 27: „Uved'te způsob Vaší relaxace.“ Uváděné možnosti odpovědí jsou četba, sport, pobyt v přírodě a zahrádka, rodina a přátelé, hudba, koníčky, spánek a jiné. Pro možnost četba bylo 16% (17) respondentů. Možnost sport zvolilo 11,3% (12) dotázaných. Pobyt v přírodě a zahrádku uvedlo 19,1% (20) dotázaných. Rodinu a přátelé uvedlo 17,5% (19) respondentů. Hudbu uvedlo 11,9% (13) dotázaných. Koníčky zvolilo 7,7% (8) dotázaných. 13,4% (14) respondentů bylo pro spánek a možnost jiné uvedlo 3,1% (3) respondentů.

Graf č. 25



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 28: „Máte v zaměstnání možnost uvolnění se z centra napětí?“ Na tuto otázku odpovědělo 44,9% (48) respondentů, že ano. Možnost ne uvedlo 55,1% (58) respondentů.

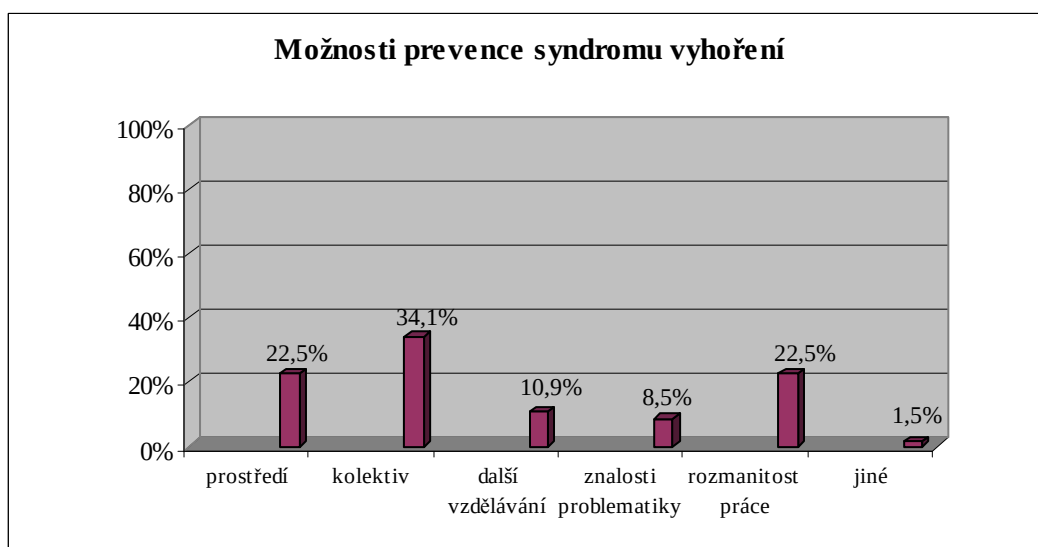
Graf č. 26



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 29: „ Co považujete jako prevenci proti syndromu vyhoření na Vašem pracovišti?“ Možnost a) příjemné pracovní prostředí zvolilo 22,5% (24) respondentů. Možnost b) dobrý pracovní kolektiv uvedlo 34,1% (36) respondentů. Pro možnost c) další vzdělávání bylo 10,9% (11) dotázaných. Možnost další, seznámení se s problematikou syndromu vyhoření uvedlo 8,5% (9) respondentů. Rozmanitost práce uvádí 22,5% (24) dotázaných. A možnost jiné zvolilo 1,5% (2) dotázaných.

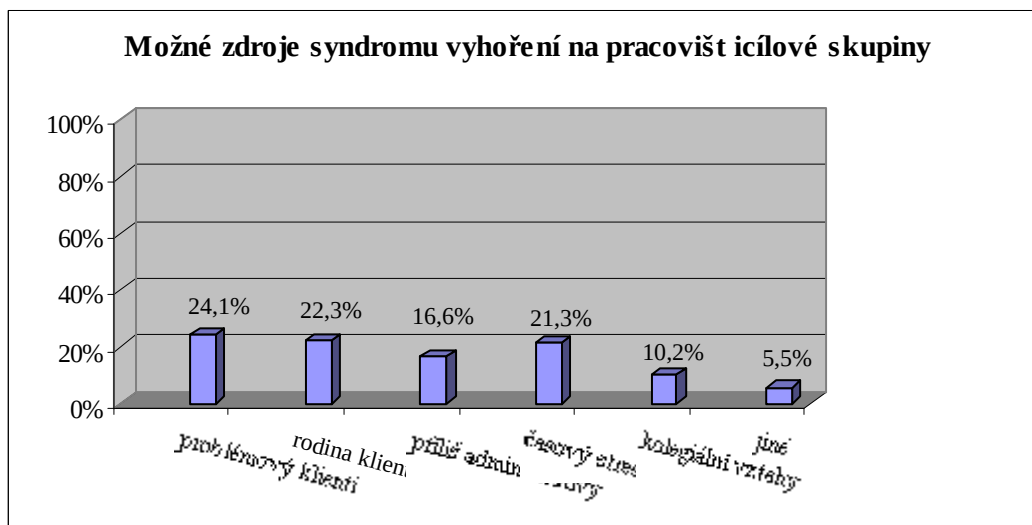
Graf č. 27



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 30: „ Jaké možné zdroje syndromu vyhoření pociťujete na svém pracovišti?“ Jedna z uváděných možností byla práce s problémovými klienty (komunikace, spolupráce, ...), kterou zvolilo 24,1% (25) dotázaných. Možnost jednání s rodinou klienta (komunikace, spolupráce,...) uvedlo 22,3% (24) respondentů. 16,6% (18) respondentů uvedlo možnost příliš administrativy. Časový stres zvolilo 21,3% (22) dotázaných. Další možnost, kolegiální vztahy, uvedlo 10,2% (11) respondentů. Možnost jiné zvolilo 5,5% (6) dotazovaných.

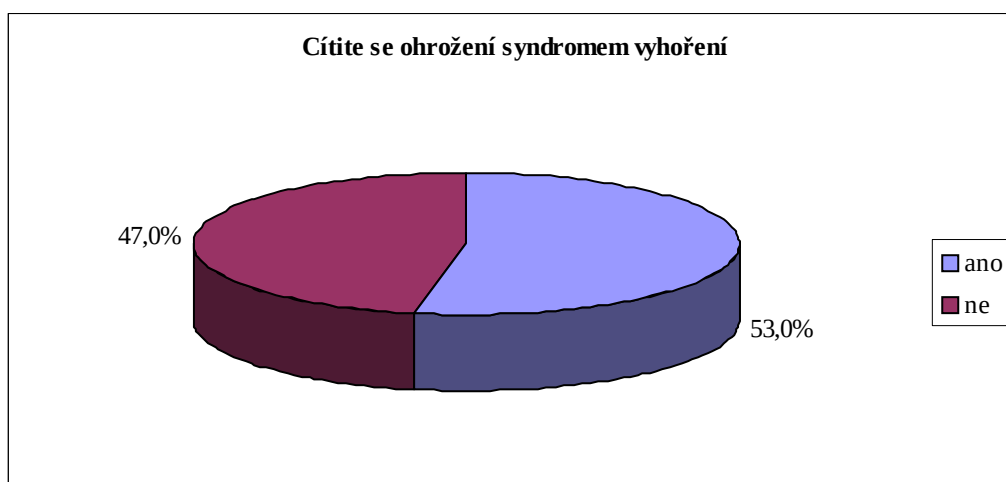
Graf č. 28



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 31: „Cítíte se Vy osobně ohrožen/a syndromem vyhoření?“ možnost *ano* u této otázky uvedlo 53% (56) respondentů, možnost *ne* zvolilo 47% (50) dotázaných.

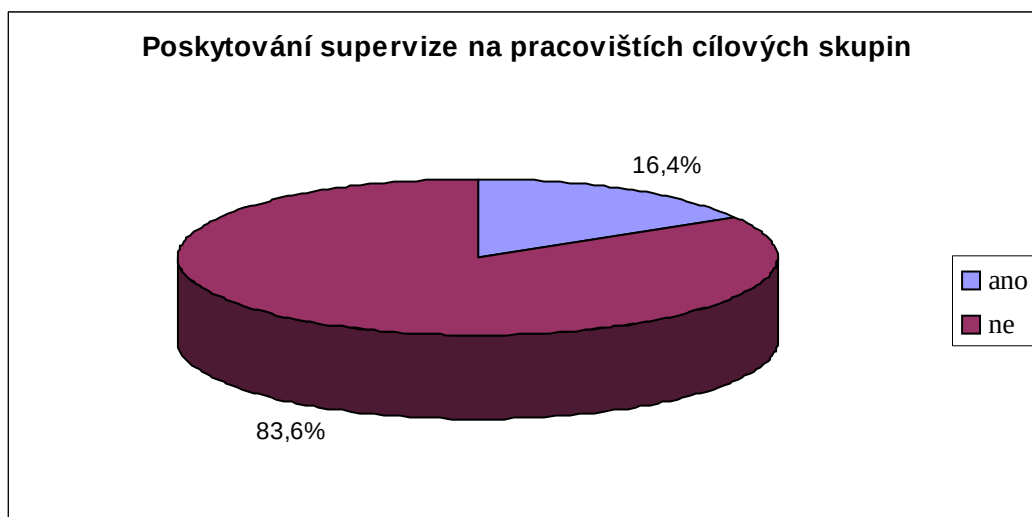
Graf č. 29



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 32: „ Poskytuje Vaše organizace některý druh supervize jako prevenci syndromu vyhoření?“ Na tuto otázku odpovědělo 16,4% (17) dotázaných, že *ano*. Možnost *ne* uvedlo 83,6% (89) respondentů.

Graf č. 30



Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuse

Smyslem této práce bylo zjistit, zda zdravotně sociální pracovníci mají kompetence k výkonu profese. Dále pak zjistit, jaké techniky používají zdravotně sociální pracovníci k prevenci syndromu vyhoření.

Výzkum byl zaměřen na pracovníky zdravotně sociálních zařízení, tedy na zdravotně sociální pracovníky Jihočeského a Jihomoravského kraje. Pro nedostatek respondentů byl však výzkum rozšířen ještě na kraj Zlínský, Vysočina, Západočeský, Plzeňský, Karlovarský a Středočeský. Dohromady byl tedy výzkum zaměřen na zdravotně sociální pracovníky 8 krajů České republiky. Výzkumný soubor tvořilo 106 respondentů, 99,1% (105) žen a 0,9% (1) mužů. Dotazník, v rámci kvantitativního výzkumu, který byl pro respondenty určený, měl potvrdit či vyvrátit dvě stanovené hypotézy. Dotazník je nejpoužívanější prostředek ke sběru informací. Jak uvádí Disman (9), jedná se o vysoce efektivní techniku, která může postihnout velký počet jedinců. Zaručuje také anonymitu respondentů a odpovědi jsou tak spolehlivější a upřímnější. V diskusi se zabývám výsledky mého výzkumu v porovnání s údaji o této problematice v literatuře, které jsem použila pro současný stav této práce.

Nyní budou stanovené hypotézy potvrzeny či vyvráceny na základě výsledků dotazníku rozdaného mezi zdravotně sociální pracovníky v již zmíněných 8 krajích České republiky.

První část dotazníku (otázky č. 1, 2) obsahovala otázky informativní. Byly to otázky „Kolik je Vám let? Jste muž nebo žena?“ Na otázku první, „Kolik je Vám let“, jak je patrné z grafu č.1, odpovídali respondenti nejčastěji na věk 46-55 let, potom 26-35let, dále 36-45 let, 56 a více a nejméně odpovídali respondenti na věk do 25 let. Na otázku, která zjišťovala pohlaví respondentů, odpovědělo 105 dotázaných, že jsou žena a pouze jeden z dotázaných, že je muž. Pro znázornění graf č.2.

Otázka č.3 (viz také graf č.3) již byla zaměřena na potvrzení či vyvrácení první hypotézy, která předpokládala, že „Většina zdravotně sociálních pracovník nemá dostatečné vzdělání k výkonu povolání.“

Tato otázka zjišťovala vzdělanost respondentů a z výsledků vyplývá, že většina dotázaných má vysokoškolské vzdělání, ať už bakalářské nebo magisterské, o něco méně volili dotázaní možnost vyšší odborné školy a střední školy s maturitou, možnost „jiné“ volilo 26,5% dotázaných a uváděné možnosti byly pomaturitní vzdělávací studia, kvalifikační kurzy v Brně, atestace a zdravotně sociální specializace. Z výsledků je proto možné soudit, že i když někteří respondenti neměli patřičné vzdělání před nástupem do zaměstnání, coby zdravotně sociální pracovník, dodělali si odborné kurzy, jak uvádějí. Což se shoduje se zákonem č.96/2004 Sb., o *nelékařských zdravotnických povoláních*, v platném znění. (47)

Otázka č.4 zjišťovala, jsou-li respondenti zařazeni v zaměstnání jako zdravotně sociální pracovníci dle zákona č.96/2004 Sb., o *nelékařských zdravotnických povoláních*, v platném znění?“ Na tuto otázku byla předpokládána vysoká četnost odpovědí „ano“, což bylo potvrzeno. Ze 106 dotázaných odpovědělo kladně, tedy že jsou zařazeni v zaměstnání jako zdravotně sociální pracovníci dle zákona č.96/2004 Sb., 83,7% dotázaných. Znázorněno také v grafu č.4. Tato otázka dále obsahovala podotázku, pro ty, kteří zvolí odpověď ne. Zněla „Pokud ne, jaké je tedy Vaše pracovní zařazení?“ Na tuto otázku odpovídali respondenti i v tom případě, že pracují jako zdravotně sociální pracovníci, ale není to jejich hlavní pracovní náplň v zaměstnání. Uváděli, že pracují jako sociální pracovníci pod odborným dohledem, nebo jako sociální pracovníci, ale i například jako vrchní sestra. Takto odpovědělo celkem 17 dotázaných.

Otázka č.5 zjišťovala, zda-li si pracovníci myslí, že teoretické i praktické zkušenosti ze studia byly dostatečné do praxe. Na tuto otázku byla také předpokládána většinová odpověď ano. Jak již uvádí graf č.5, výsledky tomu odpovídají. 59,2% dotázaných uvedlo, že „ano“ a 40,8% respondentů uvedlo možnost „ne“. Tato otázka dále obsahovala podotázku pro ty, kteří zvolili možnost ne. Zněla: „Pokud ne, v čem vidíte její nedostatek?“ zde uvádělo 30% respondentů, že hlavní nedostatek vidí v teorii a 70% dotázaných uvádí možnost nedostatek v praktické zkušenosti.

Otázka č.6, která zjišťovala, zda-li si pracovníci myslí, že je potřeba se při práci zdravotně sociálního pracovníka dále vzdělávat (viz graf č.6) a otázka č.7, zda-li

pracovníci cítí osobně nutnost dále se vzdělávat, vzhledem ke změnám ve zdravotně sociálních službách.(viz graf č.7). U obou otázek nebyla předpokládána záporná odpověď, neboť stejně jak uvádí nutnost dalšího vzdělávání návrh koncepce celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků, MPSV (27), další vzdělávání je nutné, změny si to vyžadují. Stejně uvádí i sám zákon č.96/2004 Sb. v platném znění (47).

Otázka č.8 zjišťovala, zda-li se respondenti účastnili v roce 2008 nějakých vzdělávacích akcí. Jak znázorňuje graf č.8, tak 91,8% dotázaných se účastnilo vzdělávacích akcí a 8,2% se žádných nezúčastnilo. Tato otázka měla podotázku pro ty, kteří uvedli odpověď ano. Zněla: „Pokud ano, jakých témat se vzdělávací akce týkala?“ Uváděné odpovědi byly: sociálně právní otázky při výkonu povolání, právní aspekty ve zdravotnictví, problematika domácího násilí, bezdomovectví, komunikace, zdravotně sociální problematika, strategie a proces vyjednávání, syndrom vyhoření, paliativní péče, změny legislativy, nové koncepce a standardy práce, první pomoc pro nezdravotníky, standardy kvality, profesní role sociálního pracovníka, opatrovnictví, důstojnost člověka., zákon 108/2006 Sb., aktuální otázky zdravotně sociální péče i management.

Otázka č.9 navazovala na otázku předchozí a zjišťovala, kolik vzdělávacích akcí navštívili dotázaní za rok 2008. Uváděné odpovědi jsou také znázorněné v grafu č.9. Nejčastěji uváděné odpovědi jsou 3-5 navštívených vzdělávacích akcí, a to v počtu 56 dotázaných, ale byly zde i v nabídce „více“ odpovědi na 12, 14, 15 a 16 navštívených vzdělávacích akcí.

Otázka č.12 měla za úkol zjistit, zda mají pracovníci na svém pracovišti povinnost k dalšímu vzdělávání. Byla očekávána vysoká četnost odpovědí „ano“. Což bylo také potvrzeno, ze 106 dotázaných odpovědělo „ano“ 86 dotázaných. Možnost „ne“ zvolilo 11 dotázaných a možnost „jiné“ uvedlo 9 dotázaných. Ti dále uváděli, že další vzdělávání je u nich na pracovišti pouze dobrovolné a nebo doporučené, nikoliv povinné.

Z uvedených údajů vyplývá, že zdravotně sociální pracovníci mají dostatečné vzdělání získané jednak vysokoškolským studiem a nebo díky specializačním, kvalifikačním kurzům nebo atestací. Hypotéza 1 tedy nebyla potvrzena.

V hypotéze H2 bylo stanoveno, že *zdravotně sociální pracovníci si uvědomují rizika syndromu vyhoření*.

Otázka č.17 a 18 na sebe úzce navazovaly. Ptaly se, zda-li respondenti slyšeli o pojmu syndrom vyhoření a jestli ví, co tento pojem znamená. Všichni dotázaní zde uvedli, že ví o syndromu vyhoření a uváděli i jeho význam. Nejčastěji uváděli, že se jedná o stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, neangažovanost, dlouhodobý stres, nenaplnění očekávání, naprosté vyčerpání. Což se shoduje i s literaturou, která definuje syndrom vyhoření takto: „Burnout je proces, při němž dochází k vyčerpání fyzických a duševních zdrojů, k vyplenění celého nitra tím, že se člověk nadměrně a intenzivně snaží dosáhnout určitých subjektivně stanovených nerealistických očekávání” ; „Stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné”. (22)

Otázka č.22 se ptala, zda mají pracovníci vlastní zájem vědět o syndromu vyhoření co nejvíce informací a tím se před ním „chránit“. Ačkoliv byly očekávány pouze kladné odpovědi, vyskytly se zde i odpovědi záporné, tedy že zájem nemají. A to v celkovém počtu 17 záporných odpovědí.

U přímé otázky č.25 „Považujete informace, které o syndromu vyhoření máte za dostatečné?“, která měla za úkol zjistit informovanost cílové skupiny o pojmu syndromu vyhoření, lze z výsledků soudit, že respondenti mají dostatečné znalosti o tomto pojmu. Pouze 6 dotázaných uvedlo, že jsou jejich informace spíše nedostatečné a jeden dotázaný uvedl, že má informace nedostatečné.

Otázky č.26 a 27 měly za úkol zjistit, zda mají respondenti ve svém volném čase čas na relaxování, a jakým způsobem relaxují. Naprostá většina uvedla, že mají čas a relaxují (89 dotázaných). Pouze 9 respondentů uvedlo, že čas sice mají, ale nerelaxují, a stejný počet dotázaných uvedl, že čas nemají. Mezi způsoby relaxace uváděli z nabízených možností nejčastěji přírodu, zahrádku; rodinu, přátele; četbu; spánek; hudbu, ale uváděli i možnost „jiné“ a to zejména křížovky, tanec, znakovou řeč, úklid, kočku.

Otázka č.29 se ptá, co respondenti považují jako prevenci proti syndromu vyhoření na svém pracovišti. Nejvíce odpovědí zde respondenti uváděli, že je to dobrý pracovní kolektiv, příjemné pracovní prostředí, rozmanitost práce, další vzdělávání a seznámení se s problematikou syndromu vyhoření. Uváděli zde i možnost „jiné“, kde uváděli např. spolupráce s kolegy nebo s jinými odděleními.

Na přímou otázku č.30 „Jaké možné zdroje syndromu vyhoření pociťujete na svém pracovišti?“ zde dotázaní odpovídají na možnosti práce s problémovými klienty, jednání s rodinou klienta, příliš administrativy, časový stres, kolegiální vztahy, ale uvádí zde i možnost „jiné“, kde sami uvádí například nedostatek personálu, nedostatečné finanční ohodnocení, pracovní vyčerpání, nedokonalý systém, který se většinou s každou změnou ještě více komplikuje, případy domácích násilí, smrt, ale uvádí zde i to, že zatím žádné zdroje syndromu vyhoření nepociťují. Což se shoduje i s literaturou, která uvádí několik společných znaků pro vymezení pojmu syndromu vyhoření. Například, že syndrom vyhoření je způsobený dlouhotrvajícím pracovním stresem. (17) Berěšová (5) uvádí tyto rizikové faktory, které vedou k syndromu vyhoření: neustálý kontakt s lidmi a jejich problémy, nadměrný počet klientů, nutnost odolávat chronickému stresu, kvalita konkrétních pracovních podmínek a podobně.

Otázka č.31 se ptala, jestli se respondenti osobně cítí ohroženi syndromem vyhoření. Odpovědi u této otázky byly pouze s nepatrným rozdílem. 56 dotázaných odpovědělo, že se cítí ohroženi syndromem vyhoření a 50 dotázaných odpovědělo, že nikoliv.

Z uvedených výsledků vyplývá, že si zdravotně sociální pracovníci uvědomují rizika syndromu vyhoření a hypotéza 2 se tak potvrdila.

6 Závěr

Tato diplomová práce je zaměřena na osobnost zdravotně sociálního pracovníka. Ten se zabývá pomocí druhým, pokud se nachází v problémové situaci. Pomáhá lidem, aby byli schopni existovat a fungovat v interakci se svým sociálním prostředím na společensky uznávané úrovni.

Cílem této práce bylo zjistit, zda zdravotně sociální pracovníci mají kompetence k výkonu profese. Dílčím cílem potom bylo zjistit, jaké techniky používají zdravotně sociální pracovníci k prevenci syndromu vyhoření. Současně práce ověřovala dvě předem stanovené hypotézy. Hypotéza 1: Většina zdravotně sociálních pracovníků nemá dostatečné vzdělání k výkonu povolání. Hypotéza 2: Zdravotně sociální pracovníci si uvědomují rizika syndromu vyhoření.

Pro ověření hypotéz byl použit dotazník, který byl anonymní, určený zdravotně sociálním pracovníkům v 8 krajích České republiky. Výzkumný soubor byl tvořen 106 respondenty.

Hypotéza 1 předpokládala, že většina zdravotně sociálních pracovníků nemá dostatečné vzdělání k výkonu povolání. Tato hypotéza nebyla potvrzena, jelikož mnozí dotazovaní mají vysokoškolské vzdělání a ostatní mají dodělané vzdělání ve formě pomaturitního vzdělávacího studia, kvalifikačních kurzů v Brně, atestací a zdravotně sociálních specializací.

Hypotéza 2 předpokládala, že si zdravotně sociální pracovníci uvědomují rizika syndromu vyhoření. V tomto případě došlo k potvrzení hypotézy. Všichni dotázaní ví, co pojem syndrom vyhoření znamená a uvědomují si jeho rizika. Dále z dotazníků vyplývá, že naprostá většina respondentů má ve svém volném čase čas na relaxování a také patřičně relaxují, každý dle svého uvážení a pohodlí.

Cíle mé práce byly splněny.

Zdravotně sociální pracovník vykonává profesionální činnost, která vyžaduje specifickou průpravu, specifické postupy a dovednosti, které se neustále vyvíjejí. Následné vzdělávání v rámci profese může být jednou z metod, jak předcházet syndromu vyhoření.

Tato diplomová práce zmapovala vzdělání zdravotně sociálních pracovníků ve vybraných krajích České republiky a také techniky používané zdravotně sociálními pracovníky k prevenci syndromu vyhoření a bude sloužit jako nástin informací o dané problematice nejen pracovníkům ve zdravotně sociální sféře, ale i studentům.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BAJER,P. - NAVRÁTILOVÁ,J., Systém vzdělávání nabízí nový pohled. *Sociální práce/Sociální práca*. č1. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2003, ISSN 1213-624.
2. BALOGOVÁ,B. - GERKA,M. - ALEŠ,P., *Úvod do sociálnej práce*,1.vyd., 2002, Prešov: Pravoslavná bohoslovecká fakulta PU v Prešově, ISBN 80-8068-120-1.
3. BARTOŠÍKOVÁ, I., *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2006. ISBN 80-7013-439-9.
4. BARTOŠÍKOVÁ, I. - VORÍŠEK, R., *Příručka pro nízkoprahové terapeutky*. 1.vyd. Boskovice: Albert, 1998. ISBN 80-85834-57-X.
5. BERÉŠOVÁ, A. *Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkov*. Zdravotníctvo a sociálna práca. 2006, roč.1. č.1, ISSN 1336-9326.
6. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 ČSN ISO 690-2: Část 1 – Citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 28. 3. 2006. 21 s. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.pdf>>.
7. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentu podle ČSN ISO 690 ČSN ISO 690-2 : Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1. Poslední aktualizace 28. 3. 2006. 16 s. Dostupné z: <<http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>>.
8. ČERVINKOVÁ, H. *Stres jako syndrom vyhoření* [online]. Praha : Distres, [cit. 2008-12-17]. Dostupné z: < http://www.distres.cz/main.php?id=tema_burnout >.

9. DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Příručka pro uživatele. 3.vyd. Praha: Karolinum, 2000, ISBN 80-246-0139-7.
10. *Etický kodex sociálních pracovníků* [online] [cit. 2009-2-5]. Dostupné z: <<http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>>.
11. HAVRDOVÁ, Z. - KALINA, K. Supervize. in *Drogy a drogové závislosti*, 2. díl. 1.vyd. Úřad vlády ČR, 2003, ISBN 80-86734-05-6.
12. HAWKINS, P. - SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-9.
13. HECZKO, D. *Už nemohu dál*. Třinec: Biblos, 2000. ISBN 80-900240-8-4.
14. HRONCOVÁ, J. - HUDECOVÁ, A. - MATULAYOVÁ, T.: *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica : PF UMB, 2000. ISBN 80-8055-476-5.
15. CHERNISS, C. Professional Burn-out in Human Service Organizations. Praeger, New York. In MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, ISBN 80-7178-548-2.
16. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
17. JEKLOVÁ, M. - REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, ISBN 80-86991-74-1.
18. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

19. KEBZA, V. - ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření. Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2. vyd. Praha: SZÚ, 2003, ISBN 80-7071-231-7.
20. KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 1999. 147 s. ISBN 80-7173-318-8.
21. KŘÍČKOVÁ, V. Kdo je zdravotně-sociální pracovník? *In Sestra*. Č.7-8. Praha: Strategie, 2004, ročník XIV, ISSN 1210-0404.
22. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
23. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s. ISBN 80-7178-551-2.
24. MALLOTOVÁ, K. *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. Psychologie dnes. 2000. roč.2, č.6, ISSN 1212-9607.
25. MASOPUST, J. *Syndrom profesionálního vyhoření*. Practicus. 2003, roč.2, č.10, ISSN 1213-8711.
26. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
27. *Návrh koncepce celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků*, MPSV [cit.2009-02-01]. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/skript/>>

28. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
29. POMYJOVÁ, R. *Prevence vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků*. České Budějovice, 2007, Diplomová práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.
30. POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání*. 1.vyd. Olomouc: Votobia, 1997. 263 s. ISBN 80-7198-211-3.
31. PROŠKOVÁ, E. Zákon č.96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních a prováděcí právní předpisy. [online]. [cit. 2009-01-09]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin>.
32. RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
33. SCHAUFELI, W. B. - MASLACH, CH. - MAREK, T. Professional burnout: Recent developments in theory and research. Washington, Taylor and Francis, 1993. In KEBZA, V. - ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
34. SCHAVEL, M. Supervízia ako prostriedok zvyšovania profesionálnej kompetencie sociálneho pracovníka. *Kontakt*. 2004, ročník 6, č. 2. ISSN 1212-4117.
35. STRIEŽENEC, Š. *Úvod do sociálnej práce*. Bratislava, Cover Design 1999. ISBN 80-968294-6-7.
36. *Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Zdravcentra, [cit. 2008-12-14]. Dostupné z: <http://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1529.html>.

37. ŠOLTÉSOVÁ, V. - IVOR, J., *Syndrom vyhorenia – právne hladisko*. Zdravotníctvo a sociálna práca. 2006, roč. 1, č. 2, ISSN 1336-9326.
38. TOŠNER, J. - TOŠNEROVÁ, T. Burn-out syndrom, Syndrom vyhoření. Pracovní sešit pro účastníky kurzu. ©2003 [cit. 2009-01-10]. Dostupné z: <<http://www.hest.cz/pruvodce.shtml>>.
39. TOŠNER, J. - TOŠNEROVÁ, T. *Burn-out syndrom-Syndrom vyhoření* [online]. Praha: Hestia, [cit. 2008-11-15]. Dostupné z: <<http://www.hest.cz/ruzne/BURNOUT.doc>>.
40. ÚLEHLA, I., *Umění pomáhat*. 1vyd..Praha: Slon, 1999, ISBN 80-85850-69-9.
41. VONDRÁČEK, L. et al. Zdravotní způsobilost jako podmínka výkonu povolání zdravotní sestry. In *Florence*. č.1. Praha: Galén, 2006, roč.II, ISSN 1801-464X.
42. VORLÍČEK, J. - ADAM, Z. - POSPÍŠILOVÁ, Y. a kol. Sociální práce. In: *Paliativní medicína*. 2vyd. Praha: Grada, 2004, ISBN 80-247-0279-7.
43. VURM, V. et.al. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství*. Učební text. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích Zdravotně sociální fakulta, 2000. ISBN 80-7040-411-6.
44. VURM, V. et.al. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Manus, 2004. ISBN 80-86571-07-06.
45. Vyhláška č. 39 [cit. 2008-12-6.] Dostupné z: <www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.htm>.
46. Vyhláška č. 423 [cit. 2008-12-6.] Dostupné z: <www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.htm>.

47. Vyhláška č. 424. [cit.2008-12-6] Dostupné z: <www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.htm>.
48. Zákon č. 96/2004 Sb., *o nelékařských zdravotnických povoláních*, v platném znění.
49. ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY 2003 VE STATISTICKÝCH ÚDAJÍCH.
In: *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*. Praha:ÚZIS. 2004. ISSN 0862 5883.
50. ŽIAKOVÁ, E. - ČECHOVÁ, J. - KREDÁTUS, J. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. 2001, Prešov : Grafotlač, ISBN 80-8068-060-4.

8 Klíčová slova

Etický kodex

Sociální práce

Syndrom vyhoření

Zdravotně sociální pracovník

9 Přílohy

Dechová cvičení

Dotazník

Příloha 1: *Dechové cvičení*

Krok č. 1:

4 vteřiny pomalu nadechujte; zadržujte dech 4 vteřiny; 4 vteřiny pomalu vydechujte;
4 vteřiny zadržujte dech.

Krok č. 2:

Počítejte dech od jedné do čtyř následujícím způsobem: 1 – výdech; 2 – nádech;
3 – výdech; 4 – nádech; začněte znovu od jedné.

Krok č. 3:

Soustřed'te všechnu svoji pozornost na dýchání a počítání.

Dobrý den, jmenuji se Jana Kocandová a jsem studentkou 2. ročníku magisterského studia Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, oboru Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

Ráda bych Vám položila pár otázek, prostřednictvím tohoto dotazníku, které mi poslouží jako podklad při zpracování diplomové práce na téma „Osobnost zdravotně sociálního pracovníka“, v jehož rámci provádím výzkum právě u Vás.

Předem Vám velice děkuji za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku a za Vaše odpovědi.

Dotazník je anonymní.

1, Kolik je Vám let?

- do 25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56 a více

2, Jste: - muž

– žena

3, Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- ZŠ
- SŠ bez maturity
- SŠ s maturitou
- VOŠ
- VŠ (Bc., Mgr., ...)
- Jiné

4, Jste zařazen/a v zaměstnání jako zdravotně sociální pracovník dle zákona č.96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění?

- ano
- ne

Pokud ne, jaké je Vaše pracovní zařazení?

.....

5, Myslíte si, že teoretické i praktické zkušenosti ze studia byly dostatečné do praxe?

- ano
- ne

Pokud ne, v čem vidíte její nedostatek?

- v teoretické výuce
- v praktické výuce

6, Domníváte se, že je potřeba se při Vaší práci dále vzdělávat?

- ano, je to potřeba
- bylo by to jistě lepší
- ne, není to potřeba
- jiné

7, Cítíte Vy sám/sama potřebu se dále vzdělávat? (vzhledem ke změnám v zdravotně sociálních službách)

- ano, je to potřebné, změny si to vyžadují
- ne, další vzdělávání nepotřebuji
- nevím, nepřemýšlel/a jsem o tom
- jiné

8, Účastnil/a jste se v roce 2008 vzdělávacích akcí?

- ano
- ne

Pokud ano, jakých témat se vzdělávací akce týkala?

.....

9, Kolik vzdělávacích aktivit jste navštívil/a za rok 2008?

- 0-2
- 3-5
- 6-8
- více

10, Jakou formou získáváte informace o vzdělávacích akcích?

- internet
- odborný tisk
- od kolegů
- od zaměstnavatele
- nezískávám, nemám zájem
- jiné

11, Upozornil Vás Váš zaměstnavatel na možnost dalšího vzdělávání?

- ano
- ne
- jiné

12, Máte na Vašem pracovišti povinnost k dalšímu vzdělávání?

- ano
- ne
- jiné

13, Jaký typ dalšího vzdělávání preferujete?

- semináře
- publikační činnost
- odborné konference
- VŠ studium
- nepreferuji žádný typ z uvedených možností
- jiné

14, Co Vás motivuje k dalšímu vzdělávání?

- přeje si to zaměstnavatel
- vyšší finanční ohodnocení
- získat nové poznatky a dovednosti pro praxi
- získání kreditů nelékařské profese
- jiné

15, Hradí Vám zaměstnavatel finanční náklady spojené s dalším vzděláváním?

- ano, vždy
- ano, ale jen částečně
- ne, nikdy
- jiné

16, Máte pocit, že díky novým poznatkům z dalšího vzdělávání „pracujete lépe“?

- ano
- ne
- nevím

17, Slyšel/a jste někdy o pojmu syndrom vyhoření?

- ano
- ne

Pokud ano, co znamená?

.....

18, Setkal/a jste se někdy s někým, kdo má/měl syndrom vyhoření?

- ano
- ne

19, Byl na Vašem pracovišti zkoumán syndrom vyhoření?

- ano
- ne
- nevím o tom

20, Jsou pracovníci na Vašem pracovišti obeznámeni s problematikou syndromu vyhoření?

- ano
- ano, ale pouze okrajově
- ne

21, Máte vlastní zájem vědět o syndromu vyhoření co nejvíce informací a tím se před ním „chránit“?

- ano
- ne

22, Odkud získáváte informace o syndromu vyhoření?

- literatura
- internet
- média
- jiné

23, Těší Vás Vaše práce?

- ano
- spíš ano
- spíš ne
- ne (proč?)

24, Považujete informace, které o syndromu vyhoření máte za dostatečné?

- ano, jsou dostatečné
- spíš dostatečné
- spíš nedostatečné
- nedostatečné

25, Zbývá Vám ve Vašem volném čase čas na relaxaci?

- ano, mám čas a relaxuji
- ano, mám čas, ale nerelaxuji
- ne, nezbývá mi čas

26, Uveďte způsob Vaší relaxace:

- četba
- sport
- pobyt v přírodě
- přátelé, rodina
- hudba
- zahrádka
- koníčky
- spánek
- jiné

27, Máte v zaměstnání možnost uvolnění se z centra napětí?

- ano (jaká možnost?)
- ne

28, Co považujete jako prevenci proti syndromu vyhoření na Vašem pracovišti?

- příjemné pracovní prostředí
- dobrý pracovní kolektiv
- další vzdělávání
- seznámení se s problematikou syndromu vyhoření
- rozmanitost práce
- jiné

29, Jaké možné zdroje syndromu vyhoření pociťujete na svém pracovišti?

- práce s problémovými klienty (komunikace, spolupráce,...)
- jednání s rodinou klienta (komunikace, spolupráce,...)
- příliš administrativy
- časový stres
- kolegiální vztahy
- jiné
-

30, Cítíte se Vy osobně ohrožen/a syndromem vyhoření?

- ano
- ne

31, Poskytuje Vaše organizace některý druh supervize jako prevenci syndromu vyhoření?

- ano
 - ne
- (pokud ano, jaký druh supervize?).....

Děkuji Vám za Vaše odpovědi a čas, který jste věnovali tomuto dotazníku.