

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2011 – 2013

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Petr Šůcha

**Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích se zaměřením
na klienty s duševním onemocněním**

Praha 2013

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Olga Nytrová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2011 - 2013

DIPLOMA THESIS

Petr Šůcha

**Burnout syndrome in helping professions focused on clients
with mental diseases**

Prague 2013

The diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Olga Nytrová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 12. 3. 2013

Petr Šůcha.....

Poděkování

Rád bych poděkoval PhDr. Nytrové za metodické vedení práce, za její ochotu a cenné rady. Dále bych rád poděkoval RNDr. Hukovi CSc. za konzultaci praktické části této práce.

Anotace

Cílem práce je zmapování situace problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Jedná se o pracovníky se zaměřením na klienty s duševním onemocněním. Teoretická část popisuje a analyzuje termín „syndrom vyhoření“, zkoumá rizika jeho vzniku v zaměstnání, rozebírá konotace v osobnostní rovině. Dále charakterizuje příznaky syndromu a jeho rozdělení do jednotlivých fází. Popisuje a hodnotí prevenci a pomoc při vzniku syndromu vyhoření. Důraz je kladen na techniky, které mají předejít tomuto syndromu. Praktická část práce zjišťuje názory pracovníků na řešení syndromu vyhoření, jaké mají o této problematice informace a míru ohrožení syndromem vyhoření. Ve výzkumu je použita metoda kvantitativního výzkumu. Zjišťování proběhlo pomocí dotazníků, které byly rozdány pracovníkům sociálních služeb s klienty s duševním onemocněním v hl. hlavním městě Praze.

Klíčové pojmy

Cíle, dotazníková šetření, dovednosti, etika, hypotézy, klienti, odpovědnost, pracovníci v sociálních službách, prevence syndromu, respondenti, stres, syndrom vyhoření.

Annotation

The goal of this thesis is the representation of questions and the extent of understanding “The burnout syndrome” in people working with mentally challenged clients. The theoretical part defines burnout syndrome and its risks of developing in a working process. Furthermore, symptoms of the burnout affecting personal life and subsequent changes in behavior are described in its stages. The emphasis is on methods that can prevent the development of the burnout syndrome. The practical part reports and evaluates observations of people working with the mentally challenged. The recognition and awareness of a possible development of burnout syndrome are displayed. The method of quantitative research was used. The questionnaires were filled out by employees working with mentally challenged people in the city of Prague.

Key words

Burnout syndrome, clients, ethics, hypothesis, prevention of the syndrome, respondents, responsibility, skills, social services workers, stress, syndrome prevention, targets.

OBSAH

ÚVOD	9
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	11
1.1 Definice pojmu	11
1.2 Historie	13
1.3 Rozpoznání syndromu od jiných stavů	14
1.4 Vznik syndromu vyhoření.....	16
1.5 Projevy syndromu vyhoření	17
1.6 Fáze syndromu	19
2 RIZIKOVÉ FAKTORY	21
2.1 Rizikové faktory profesní	21
2.2 Rizikové faktory osobnostní	23
3 FORMY POMOCI A PREVENCE.....	25
3. 1 Možnosti prevence	26
3. 1.1 Relaxace	28
3. 1.2 Zlepšení podmínek v práci	30
3. 1.3 Psychoterapie	31
4 PRACOVNÍCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	33
4.1 Paradoxy u pomáhajících	33
4.2 Typy pracovníků	34
4.3 Dovednosti pracovníka	35
4.3.1 Naslouchání	41
4.3.2 Moc a pomoc	42
4.3.3 Agentura	44
5 ETICKÝ POHLED	45
6 KAZUISTIKY	49
6.1 Kazuistika č. 1	49
6.2 Kazuistika č. 2	50

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	52
7.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů	52
7.2 Zdůvodnění volby výzkumné strategie	54
7.3 Technika sběru dat	56
7.4 Strategie volby výzkumného souboru	57
7.5 Strategie pro vyhodnocení údajů	58
8 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	60
8.1 Otázky zaměřené na charakteristiku zkoumaného souboru	60
8.2 Otázky zaměřené na syndrom vyhoření	63
8.3 Ověřování hypotéz	77
8.4 Interpretace dílčích cílů	80
9 DISKUSE	84
ZÁVĚR	85
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	87
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	90
SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Diplomová práce se bude týkat „syndromu vyhoření“. Téma autora zajímá, jelikož sám prošel tímto velmi složitým, vyčerpávajícím procesem. Praxi v oboru sociální práce začínal již před 15 lety. Nejdříve pracoval s mentálně postiženými lidmi, následně 13 let s týranými a zneužívanými dětmi. V současné době pracuje druhým rokem jako veřejný opatrovník osob s duševním onemocněním, kteří jsou částečně, nebo plně zbaveni způsobilosti k právním úkonům. Práce ho doposud velmi naplňuje. S odstupem času však vidí, že jeho nadšení a ochota pomáhat byla někdy až na úkor jeho potřeb. S přibývajícím lety v praxi na sobě začal pozorovat první náznaky vyhoření. Práce se stávala rutinou, klienti chodili se stále stejnými problémy a na pracovišti nebyl pracovní tým, který by byl oporou. Tehdy si řekl, něco se děje a chci, aby mě práce naplňovala jako dříve. Vyhledal si proto seminář, který o této problematice pojednával. Zde autor práce získal konkrétní informace, co se v něm odehrává a jak se s tím vypořádat. Naštěstí své příznaky zaznamenal v počátcích a neskončilo to například úplným odchodem z oboru. Po daném semináři si všiml, že i kolegové v jeho okolí občas mívají příznaky vyhoření a bylo by potřeba toto téma podrobněji zpracovat.

Autor se domnívá, že s touto problematikou by měl každý pracovník umět pracovat a bylo by potřeba je v tomto směru více vzdělávat, proto také při zvažování následného studia zvolil obor Andragogika. Uvědomil si, že by bylo pro něho vhodné, zaměřit své působení a zúročit dosavadní praxi v činnosti lektora vzdělávacích programů pro sociální pracovníky.

Diplomovou práci autor zaměří na cílovou skupinu pracovníků v sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním, jelikož tuto profesi sám vykonává a je mu nejbližší. Zde pracují sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, ergoterapeuti, aktivizační pracovníci a další. Jejich práce je velmi náročná a zodpovědná, jelikož pracují s lidskou psychikou. Dnešní doba klade vysoké nároky na pracovníky, kteří musí zvládat přímou práci s klienty, zpracovávat administrativu, ovládat počítačové programy i nejistotu financování sociálních služeb. Výskyt

syndromu vyhoření ve společnosti roste a nejen v sociální oblasti. Profese, ve kterých se pracuje s lidmi, jsou ohroženy nejvíce. V sociálních službách je profese posláním, typické je zapálení pro práci, která současně často naplňuje smysl života.

Cílem této práce je zmapovat situaci problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách pro duševně nemocné. V teoretické části své práce autor popíše termín „syndrom vyhoření“ a jeho historii. Protože může být tento syndrom často zaměňován s jinými duševními stavy (např. stresem, depresí, únavou), vysvětlí, jaké jsou mezi nimi rozdíly. Riziková profese, situace v zaměstnání a osobnostní nastavení mohou podpořit vznik vyhoření. Bude charakterizovat příznaky tělesné, psychické a sociální. Rozdělí syndrom vyhoření do jednotlivých fází vývoje. Důraz bude klást na popis technik prevence a pomoci, v případě že je člověk zasažen vyhořením.

V praktické části bude cílem zmapovat informovanost o syndromu vyhoření mezi pracovníky v sociálních službách s lidmi s duševním onemocněním na území hl. města Prahy. Dalším cílem bude zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků, a zda pracovníci vědí, jak syndromu předcházet. Dále pak, zda mají povědomí o odborných seminářích, kde se mohou dozvědět o syndromu a jeho předcházení více. Nejprve však autor práce pro přiblížení problematiky čtenáře seznámí s dvěma kasuistikami klientů s duševním onemocněním.

Pro splnění svých cílů autor použije v praktické části práce kvantitativní výzkum. Data bude sbírat metodou dotazování. Na základě stanovených hypotéz sestaví dotazník, který bude rozdán a poslán emailovou poštou pracovníkům sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním. Prostřednictvím dotazníků si autor práce ověří, jestli mají pracovníci povědomí o syndromu vyhoření, poznají příznaky, vědí na koho se obrátit o pomoc, znají možnosti řešení a rizika vedoucí k syndromu vyhoření. Další část dotazníku bude mapovat míru ohrožení syndromem vyhoření pomocí převzatého dotazníku „Inventář projevů syndromu vyhoření“. Výsledky budou poskytnuty organizacím, které budou požádány o spolupráci při výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Pracovníci v pomáhajících profesích mohou mít někdy pocit, že nedokážou zvládnout pracovní úkoly, pracovní tempo a nasazení, že si nedovedou poradit s náročnými životními situacemi,... že jsou zkrátka zcela vyčerpaní. U některých z nich může jít o tzv. syndrom vyhoření (také syndrom vyhasnutí, angl. burnout). Co pojem syndrom vyhoření vlastně znamená? Jde o nemoc, nebo psychickou poruchu? Jak mu předcházet a do jaké míry s ním umíme pracovat?

1.1 Definice pojmu

První, kdo tento pojem použil, byl H. Freudenberger v roce 1974. Je však zřejmé, že syndrom jako takový existoval mnohem dříve. V USA byl “burnout” např. dříve používán ve spojení s narkomany v chronickém stadiu, teprve až později v souvislosti s pracujícími lidmi, kteří projevovali zoufalství a bezmocnost.

Dle autora práce jednu z nejzdařilejších definic uvádí Křivohlavý citováním dvojice Pines, Aronson, kteří definují syndrom: *„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“* (In Křivohlavý, 1998, s.49)

Některá další vymezení z literatury:

V Psychologickém slovníku můžeme najít tuto definici syndromu vyhoření, která je zaměřena k pomáhajícím profesím: *„Syndrom vyhoření (burn-out syndrome) ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některých z pomáhajících profesí, nejčastěji spojeno se ztrátou čínorodosti a poslání. Projevuje se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti. Postižený ztrácí zájem o svou práci,*

spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst. Snaží se pouze přežít, nemít problémy.“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 586)

„Je-li naše energetická bilance dlouhodobě záporná (nemáme-li zdroje radosti v životě a nejsme-li dobře zakotveni v těle), dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření. K jeho hlavním projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu, ztráta sebedůvěry, časté nemoci a tělesné potíže.“ (Kopřiva, 1997, s. 101)

Existuje celá řada dalších definic tohoto syndromu. Všechny se shodují v několika bodech, které shrnuli autoři Vosečková, Hrstka (2010, s. 8 - 9):

- ✓ syndrom vyhoření je spojen s vyčerpáním,
- ✓ objevuje se u profesí týkajících se lidí,
- ✓ je tvořen řadou symptomů,
- ✓ vychází z chronického stresu,
- ✓ objevují se psychické příznaky, změny i v rovině tělesné a sociální,
- ✓ klíčová je zřejmě emoční oploštělost,
- ✓ negativně vytvořený postoj k práci (špatné pracovní schopnosti a dovednosti) a následně menší efektivita.

Podle Křivohlavého (2012, s. 67) mají definice společné:

- ✓ negativní emocionální příznaky – stav emočního vyčerpání, deprese,
- ✓ syndrom vyhoření je spojován s určitým druhem povolání např. pracovníci ve zdravotnictví, pracovníci v sociálních službách, pedagogové,
- ✓ důraz se klade na psychické příznaky a způsob chování než na tělesné příznaky,
- ✓ menší efektivita práce není spojována se špatnými pracovními schopnostmi, ale souvisí s negativními postoji a z nich vyplývající i chování,
- ✓ syndrom vyhoření se vyskytuje u psychicky úplně zdravých lidí.

Mnoho odborníků se zabývá syndromem vyhoření v souvislosti s profesní sférou. Délka pracovního úvazku přitom nehraje roli. K vyhoření ale může dojít i ve sféře osobní, popřípadě v rodinných vztazích. Stock (2010 s. 25 - 26) říká, že typickým příkladem jsou lidé, kteří pečují o nemohoucího či chronicky nemocného rodinného příslušníka anebo vychovávají problematické dítě. Vyžaduje to zvýšenou míru sebekázně, etického zakotvení, obětavosti a ctností.

1.2 Historie

Stav celkového, psychického vyčerpání, který se manifestuje v oblasti myšlení, motivace a emocí, se dostal do středu zájmu psychologů v 70. letech 20. století. Poprvé byl tento pojem v literatuře použit v roce 1974. Termín „burnout“ použil v roce 1974 psycholog Hendrich Freudenberger v knize „Burnout: The Cost of High Achievement“ („Vyhoření: Cena za špičkový výkon“). Tento jev byl již ve společnosti známý, on ho však poprvé pojmenoval. „*Jde o výstižnou metaforu, kdy anglicky burn-out znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout.*“ (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 7 - 8)

Freundenbergova definice popisovala stav nespokojenosti s výsledky práce při péči o jedince, který pokračuje od psychického až k fyzickému vyčerpání.

Pojem byl spojován zprvu s alkoholiky, kteří kromě alkoholu neměli zájem o nic jiného. Postupně pak pronikl i do oblasti práce. Vypovídal o stavu přepracovanosti a workoholismu – lidé byli apatičtí, vyčerpaní, nedokázali překovávat běžné překážky, plnit běžné úkoly, stranili se ostatních lidí.

S jevem celkového vyčerpání se dle Křivohlavého (2012, s. 58), lze ale setkat již dříve, např. již v dobách evropského antického křesťanského myšlení. Např. v Bibli čteme: Marnost nad marností, všechno je marnost (Bible, Kazatel 1,2) , dále pak příběh proroka Eliáše, Joba aj.

Podle Křivohlavého (2012, s. 58 - 62) píše, že o vyhoření se vědělo i v antickém světě – např. ve starověkém Řecku, pověst o Sisyfovi, který valí kámen do kopce, vyjadřující stav úplného vyčerpání.

Dále pak stejný autor uvádí (Tamtéž, s. 26 - 31), že se syndrom vyhoření týká především těchto oblastí: zdravotnictví, školství, hospodářství a administrativa, sociální péče a sociální služby a rodina. Z profesí jsou to např. lékaři, zdravotnický personál, psychologové a psychoterapeuti, psychiatři, sociální pracovníci, poradci ve věcech soc. péče, učitelé, policisté, pracovníci v nápravných zařízeních, žurnalisté, politici, sportovci, duchovní vedoucí pracovníci, administrátoři, právníci, piloti a posádky letadel, podnikatelé a manažeři, obchodníci, vyjednatelé, úředníci, sociální kurátoři atd.

Od roku 1974, kdy se termín „burnout“ v psychologických studiích vyskytl poprvé, bylo na toto téma do roku 1983 uveřejněno 1500 článků. Od roku 1983 se syndrom vyhoření dostal do popředí zájmu, protože se dotýkal stále více lidí v běžném životě, a během dalších šesti let bylo zveřejněno dalších 1500 odborných pojednání.

Podle rozsáhlejších studií od některých autorů, např. Kleiber a Enzmann a další, je dnes k dispozici pět tisíc anglicky psaných publikací na toto téma. Tento námět je stále aktuální. Novým fenoménem se syndrom vyhoření stává v zemích, které na přelomu 80. a 90. let prošly velkými politickými změnami, které přinesly pro občany stres a vyhoření tak může souviset s vyrovnáváním se s důsledky těchto změn.

V české literatuře je toto téma poměrně málo zmapováno. Spíše okrajově bývá syndrom vyhoření zmiňován v publikacích, které se týkají psychologie zdraví, psychosomatiky nebo psychoterapie. Komplexně byl zpracován v knize Jara Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ z roku 1998, který byl dále rozpracován v roce 2012 v knize „Hořet, ale nevyhořet“. Dále jsou u nás k dostání překlady zahraničních publikací o syndromu vyhoření, které jsou ale populárně zaměřené. Široké veřejnosti jsou dostupné články na toto téma jak v běžném tisku, tak v odborných časopisech.

1.3 Rozpoznání syndromu od jiných stavů

V USA je syndrom vyhoření považován za nemoc. Jak je tomu ale u nás? Jde o nemoc, nebo jiný stav? Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize z roku 1992 a aktualizace

k roku 2009, uvádí diagnózu „Z 73 Problémy spojené s obtížemi při vedení života“ a kategorii „Z 73-0 Vyhasnutí (vyhoření)“. Podle této klasifikace tedy může být lékařem diagnostikován syndrom vyhoření. Přestože syndrom vyhoření vykazuje jednotlivé symptomy nemoci, není u nás diagnostikován jako choroba z povolání.

Dle Stocka (2010, s. 32) výsledkem dlouhodobého stresu může být stav, jehož příznaky jsou velmi podobné syndromu. Jde o tzv. adaptační syndrom. Vyhoření ale není totéž co stres! Syndrom vyhoření bývá způsoben chronickým stresem, disbalancí mezi odpočinkem a aktivitou. Stresové faktory však mají u vzniku syndromu zásadní význam.

Stejný autor (Tamtéž, s. 14 - 19) uvádí, že existuje také celá řada podobností mezi syndromem a depresí. Syndrom v pokročilém stádiu lze od deprese rozeznat jen těžko. Někteří autoři tyto dva stavy dokonce ztotožňují. Stock poukazuje na to, že u syndromu vyhoření jde ale o složitější problém, neboť u něj dochází k vyhasnutí, k vyčerpání na několika rovinách, nikoli ke stavům sklíčenosti.

Křivohlavý (2012, s. 68 - 73) píše, že do syndromu vyhoření nelze zařadit případy, kdy jsou příznaky (viz níže) způsobeny psychiatrickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro danou práci nebo do zaměstnání promítnutými rodinnými problémy. K syndromu nepatří ani únava z monotónní práce, jelikož není spojena s pocitem neschopnosti.

Od stresu se syndrom vyhoření liší. Stresem může trpět každý člověk, ale burnout se objevuje u lidí intenzivně zaujatých prací, kteří mají vysoké cíle, očekávání, vysokou motivaci. Při syndromu se člověk musí setkávat s druhými lidmi, u stresu tomu tak není.

Vztahy mezi depresí a syndromem jsou velmi úzké. Také u vzniku deprese může mít vliv intenzivní práce. Deprese se ale může projevit i u lidí, kteří intenzivně nepracují i kteří nepracovali vůbec. Deprese může být dále ovlivněna negativními zkušenostmi z mládí, což nemá na syndrom žádný vliv. Deprese lze léčit farmakoterapeuticky, burnout nikoli.

Únava, jako další negativní psychologický zážitek, se vyskytuje při vyhoření. Má však užší vztah k fyzické zátěži. Z únavy se člověk může dostat odpočinkem či relaxací, což u syndromu není možné. Únava z fyzického vyčerpání, např. při sportu, je pak vnímána kladně, což u syndromu není.

Odcizení může být součástí syndromu, ale až v jeho konečné fázi. Při odcizení jde o to, že se vyskytuje i u lidí, kteří nikdy nebyli svou činností nadšeni, jimž nešlo o to, co dělají.

Přestože stav vyhoření připomíná pesimismus, i tyto se od sebe liší. Pesimismu si člověk nezpůsobuje svou aktivitou či pasivitou, ale je navozován podmínkami prostředí.

A v neposlední řadě i existenciální neuróza se od syndromu vyhoření liší. Tato neuróza je od počátku spojena s pocity existenciální beznaděje, se ztrátou smysluplnosti života.

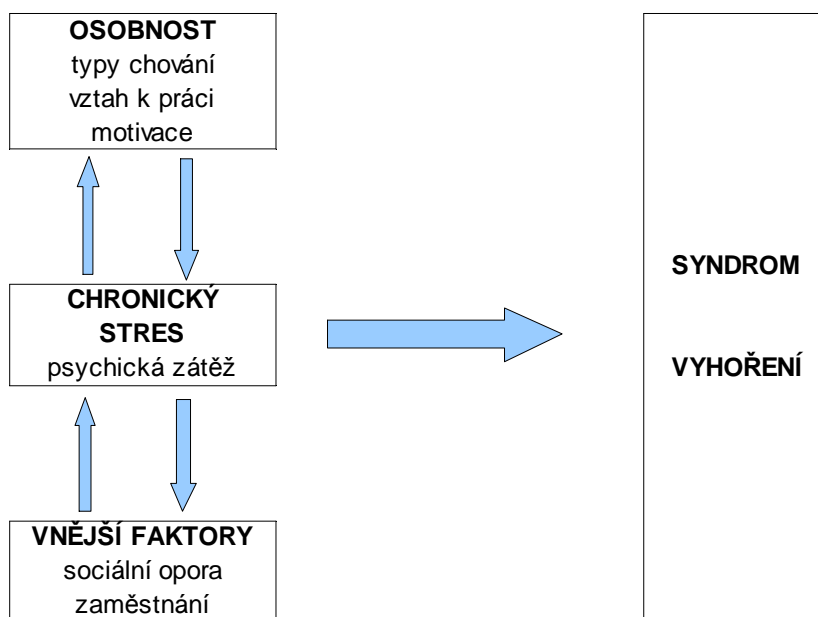
1.4 Vznik syndromu vyhoření

Autoři Vosečková, Hrstka (2010, s. 9 - 10) rozlišují tři rozdílné přístupy k posouzení faktorů, které zvyšují pravděpodobnost vzniku syndromu:

- ✓ individuální přístup – zdůrazněna role osobnostních charakteristik, typ chování, smysl života, význam motivace,
- ✓ psychologie práce a organizace – syndrom je důsledek stresu z práce,
- ✓ sociologický, sociálně psychologický – zdůrazňuje význam sociální opory a sociální sítě, poukazuje na nižší fungování přirozených sociálních vazeb.

Vznik syndromu je tím pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje. Jeden z nejpodstatnějších faktorů je působení chronického stresu. Za vnitřní faktor je pokládána osobnost jedince. Vnější faktory se týkají situace, ve které se jedinec nachází.

Obrázek 1: Základní faktory syndromu vyhoření



Zdroj: Vosečková, Hrstka, 2010, s. 12 – 13

Syndrom vyhoření se projevuje v několika oblastech – v psychickém prožívání (v emocích a postojích), v rovině tělesné i ve vztazích s lidmi.

1.5 Projevy syndromu vyhoření

K psychickým projevům, lze dle Vosečkové a Hrstky (2010, s. 29 – 32) zařadit ztráta nadšení, ztráta pracovního nasazení a zodpovědnosti, nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoj k práci, ke společnosti, k sobě samému, potíže se soustředěním, zapomínání, poruchy pozornosti, pocity nedostatku uznání, pocit sklíčenosti, bezmocnosti, neschopnosti, deprese, úzkost, snížení sebedůvěry, tendence k návyku na psychoaktivních látkách.

Mezi projevy tělesné patří náchylnost k nemocím, ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku, únava, rychlá vyčerpanost, vysoký krevní tlak, svalové napětí, neschopnost uvolnit se atd.

Problémy se objevují i ve vztazích s lidmi: ubývání angažovanosti, snahy pomáhat lidem, omezení kontaktů s klienty, s kolegy, cynický nebo lhostejný přístup ke klientům, lpění na standardních a zavedených postupech, přibývání konfliktů v osobním životě.

Stock (2010, s. 19 - 23) rozlišuje tři hlavní příznaky syndromu:

a) Vyčerpání

Člověk trpící syndromem vyhoření se cítí emočně i fyzicky velmi vysílený.

b) Odcizení

Projevuje se negativním postojem ke společnosti, k sobě samému, v negativních vztazích v práci i v osobním životě, ve ztrátě sebedůvěry a sebeúcty, v pocitech méněcennosti a vlastní nedostačivosti. V extrémních případech může dojít až k přetrhání veškerých dřívějších sociálních vazeb a následné izolaci nemocného člověka.

c) Pokles výkonnosti

Pokles výkonnosti se projevuje nejen v nízké produktivitě, ale i ve vlastní nespokojenosti s výkonem, s nerozhodností, se ztrátou motivace a nadšení, ve vyšší spotřebě energie a času.

V oblasti pomáhajících profesích se syndrom vyhoření může, dle Matouška (2003, s. 56), projevovat:

- ✓ v neangažovaném vztahu ke klientům, ve snaze minimalizovat intenzivní a delší kontakty s nimi,
- ✓ ve lpění na zavedených postupech, ztrátě citlivosti pro potřeby klientů a schopnosti tvořivě přistupovat k práci,
- ✓ pracovník se více angažuje v mimopracovních aktivitách,
- ✓ preferenci administrativní činnosti nebo činnosti směřující mimo kontakt s klienty,
- ✓ důrazu na pracovní pozici, služební postup, formální pravomoci, na mzdu či

jiného výhody ze zaměstnání,

- ✓ úvahách o účinnosti služby,
- ✓ ve skepsi o budoucnosti klientů,
- ✓ v ojedinělých případech i ve zneužívání klientů.

Podobné příznaky popisuje i Křivohlavý (2012, s. 47 - 52), který je však dále rozlišuje podle toho, v jaké fázi se syndrom vyhoření vyskytuje:

- ✓ zda se začíná objevovat,
- ✓ dosahuje akutní úrovně,
- ✓ kdy se stal chronickým jevem.

Tyto příznaky se pak týkají třech aspektů jednoho psychického jevu a to pocitu fyzického vyčerpání, emocionálního vyčerpání a psychického vyčerpání. Příznaky lze rozlišit na subjektivní a objektivní.

1.6 Fáze syndromu

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces, který trvá mnoho měsíců i let. Vyvíjí se během několika fází. Identifikace fáze vychází z pozorovatelných jednotlivých příznaků, jednak ze subjektivního hodnocení psychického stavu jedince a ze speciálních psychologických metod, které byly pro syndrom vyhoření zkonstruovány. Člověk trpící syndromem vyhoření může projít všemi fázemi, některé z nich je ale možné přeskočit. Stock (2010, s. 23 - 24) popisuje např. fázový model podle dvojice autorů Edelwiche a Brodského, který se skládá z idealistického nadšení, stagnace, frustrace, apatie.

1. Idealistické nadšení - člověk, který je nově příchozí, pracuje s nadšením, s nadprůměrným nasazením. Člověk může ale přecenit své síly, vydá velké množství energie, hýří optimismem, někdy se až může ztotožnit se svou prací a klienty.
2. Stagnace – člověk přehodnocuje své počáteční ideály, protože zažil několik zklamání. Práci stále vykonává, ale již pro něj není tak vzrušující jako

ze začátku. Do popředí jeho zájmu se dostávají i dříve nezajímavé věci – např. mzda, osobní růst.

3. Frustrace – člověk zjistil, že jsou jeho možnosti omezené. Začíná pochybovat – o smyslu své práce a jejích výsledcích, cítí svou bezmocnost, roste jeho zklamání.
4. Apatie – neboli vnitřní rezignace. Takový člověk se vyhýbá náročným úkolům, klientům, kolegům, snaží se vše zařídit co nejrychleji, objevují se u něj pocity zoufalství.

Křivohlavý (2012, s. 81) se přiklání k rozlišení fází podle profesora H. Selye, který syndrom vyhoření považuje za konečnou fázi procesu GAS:

1. fáze – působení stresoru,
2. fáze – zvýšená rezistence, obranyschopnost organismu,
3. vyčerpání rezerv sil a obranných možností.

Také Christina Maslachová (In Vosečková, Hrstka, 2010, s. 34) rozdělila syndrom do 4 fází:

1. Idealistické nadšení a přetěžování
2. Emocionální a fyzické vyčerpání
3. Dehumanizace druhých lidí jako obrany před vyhořením
4. Terminální stádium: stavění se proti všem a všemu, sesypání jedince, vyhoření všech zdrojů energie

2 RIZIKOVÉ FAKTORY

Příčiny vzniku syndromu vyhoření mohou být nejen v profesní oblasti, ale také v oblasti osobnostní.

2.1 Rizikové faktory profesní

Mezi příčiny stresu plynoucího ze zaměstnání dle Stocka (2010, s. 31 - 40) patří:

- ✓ nejistota pracovních poměrů, smlouva na dobu určitou, obavy ze ztráty pracovního místa,
- ✓ vliv globalizace a s ní spojený přesun pracovních míst do levnějších zemí,
- ✓ nové formy pracovních smluv a s tím spojená nejistota,
- ✓ dlouhá pracovní doba, rostoucí intenzita práce,
- ✓ rostoucí emocionální náročnost práce vyžadující stále vyšší stupeň sociálních kompetencí,
- ✓ neslučitelnost zaměstnání a soukromého života,
- ✓ zvýšená pracovní zátěž – nejen klienti kladou vysoké nároky na kvalitu poskytovaných služeb, flexibilitu a rychlost,
- ✓ působení rušivých vlivů, nemožnost soustředit se na jednu věc a v klidu ji dokončit,
- ✓ nedostatek samostatnosti - čím víc podléhají pracovníci přílišné kontrole, tím méně je práce baví,
- ✓ nedostatek uznání – nejen finančního, ale i pocit, že člověka dokáže někdo ocenit, že je oceněno jeho úsilí,
- ✓ špatný kolektiv, ve kterém se snižuje výkonnost, člověk se v něm necítí dobře,
- ✓ nespravedlnost v profesní oblasti (např. některý z kolegů má výhody),
- ✓ konflikt hodnot osobních a profesních.

Matoušek (2003, s. 55 - 58) píše, že nejnáročnější práce je s klienty, kteří jsou nedobrovolně v nějakém zařízení (věznice, ústavy, psychiatrické léčebny), nebo kteří jsou nedostatečně motivováni na účasti v nějakém programu a přijímají ho zcela pasivně, s klienty velmi vážně postiženými, umírajícími, s klienty, jejichž chování je vzdálené od sociální normy (osoby trpící akutní psychózou, sexuální deviací k dětem) nebo se chovají agresivně či zneužívají služby.

Tentýž autor dále uvádí (Tamtéž, s. 56 - 58), že k rozvoji syndromu přispívají pracoviště, kde není věnována pozornost potřebám personálu, noví členové nejsou zaučeni zkušenými kolegy, chybí supervize, nejsou plány osobního rozvoje, není možnost poradit se s nikým o problémových situacích a jejich řešení, kde je atmosféra soupeření a rivality, kde je silná byrokratická kontrola chování personálu i klientů. Negativně také působí míra zátěže, která je dána například počtem klientů za určité období.

Psychický stres, dle Vosečkové, Hrstky (2010, s. 20 - 23) může souviset nejen s pracovním prostředím, ale i s oblastí mimopracovní (denní nepříjemnosti, mikrostresory, životní události). Pokud jedinci chybí systém **sociální opory**, může to vést ke snížení jeho psychické odolnosti a ke snížení možností, jak si s krizí poradit. Jedná se o pomoc poskytovanou druhými lidmi jedinci, který je v těžké situaci. Sociální opora může probíhat na:

- ✓ makroúrovni – celospolečenská forma pomoci,
- ✓ meziúrovni – skupina lidí se snaží pomoci někomu ze skupiny, případně jiným lidem z okolí,
- ✓ mikroúroveň – pomoc blízkým lidem (přítel, manžel).

Proto, abychom mohli pracovat v duševní rovnováze, kde na nás nepůsobí negativní okolnosti, měli bychom mít na mysli princip humanismu. Ten je principem lásky a úcty k člověku. Humanismus je postoj, který vychází z víry v lidské schopnosti, zdůrazňuje lidskou důstojnost, vychází z principů zakotvených v Listině základních práv a svobod.

2.2 Rizikové faktory osobnostní

Dle autora práce se s vnějšími faktory každý vyrovnává jinak. Vliv na to má naše osobnost. Každý člověk má své charakteristické rysy a povahové vlastnosti. Osobnostní faktory, vnitřní podmínky, mají na vznik syndromu velký vliv, stejně jako podmínky vnější.

Stock (2010, s. 43) popisuje, že např. kardiologové Friedmann a Rosenmann v roce 1974 výzkumy zjistili, že jsou někteří lidé více náchylní k infarktu než jiní. Začali lidi rozlišovat na **Typ A** a **Typ B**.

Typ A se vyznačuje vysokými ambicemi, silně vyvinutým smyslem pro povinnost, soutěživostí, netrpělivostí, spěchem, podrážděností, vznětlivostí, perfekcionismem. Jedinci jsou zpočátku v práci úspěšní. Za své výkony jsou uznáváni. Vystavují se však několika stresorům současně – např. více projektů, nadměrná zátěž, velké množství schůzek a povinností. Následkem celkového přetížení pak člověk, který se snaží být perfektní, vše zvládnout, může onemocnět.

Typ B je opakem jedince typu A. Typická je pro něj nižší míra agresivity, nepřátelského chování, soutěživosti. Je trpělivý, klidný, uvolněný. Ani takoví jedinci však nejsou ochráněni před vyhořením. „*Trvale nízké vytížení a uvolněný přístup snižují efektivitu a produktivitu práce.*“ (Stock, 2010, s. 43)

Dále Stock (Tamtéž, s. 41 - 55) uvádí, že vliv na naši osobnost mají nejen **vzorové chování**, které si při socializaci vytvoříme, ale i náš tzv. vnitřní hlas, který se stává našim poháněcím mechanismem. Od narození nás ovlivňují příkazy, pokyny a rady našich rodičů a dalších blízkých osob. Vytváříme si z nich následně pravidla pro život a řídíme se jimi. Transakční analýza hovoří o pěti motivátorech:

- ✓ Buď silný! - člověk se snaží mít maximální jistoty v sociálních vztazích, nevýhodou může být přeceňování sebe sama, hrdinství;
- ✓ Buď dokonalý! – pro takového člověka je typická preciznost, kompetentnost, hrozí mu neschopnost delegovat úkoly na ostatní, chce vše činit sám, což může vést k syndromu vyhoření;

- ✓ Buď se všemi zadobře! - lidé bývají oblíbení v kolektivu, jsou přátelštější, ale neumí říkat ne, nechávají se využívat, nemají své potřeby a touhy, což opět může vést k vyhoření;
- ✓ Buď rychlý! - cílem požadavku je ochutnat vše, co život nabízí, ale s rizikem uspěchanosti, nedostatku času na své blízké a omezení sociálních kontaktů;
- ✓ Zaber! - jde o základní potřebu člověka něčeho dosáhnout; pokud se však člověk přetěžuje, člověk má tendence přetěžovat se, snažit se za každou cenu atd.

Jak Stock uvádí (2010, s. 52 - 53) každý člověk je také jinak náchylný ke stresu, který zažívá, každý reaguje jinak. Vliv na to má **odolnost vůči stresu**, která je u lidí různá. Někteří jedinci jsou méně odolní, více emočně vzrušiví, reakce na stres bývá intenzivní, rychlá. Vědci se snaží porozumět tomu, proč někteří lidé reagují tak, jiní jinak. Vliv na to bude mít lidské zdraví, tzv. resilience (zaměřená na vlastnosti pomáhající člověku vyrovnat se s různými životními situacemi, odolnost jedince po stránce fyzické, psychické, povahové i emocionální), tzv. coping (souhrn všech způsobů chování, které jedinec uplatňuje při zvládnutí stresu a náročných situací) a tzv. vědomí souvztažnosti (životní smysl, přístup k životu, schopnost vnímat situace jako srozumitelný a smysluplný celek).

„Vyrovnaná osobnost, stejně jako silné vědomí souvztažnosti a vysoká resilience, jsou neúčinnější ochranou před vznikem syndromu vyhoření. Kvalitní strategie zvládnutí je možné rozvíjet i dodatečně.“ (Stock, 2010, s. 55)

Vosečková a Hrstka (2010, s. 17 - 20) v této souvislosti hovoří o tzv. **nezdolnosti**. Tu chápou jako „... *individuální schopnost jedince snižovat negativní vliv nepříznivých životních situací, včetně akutního a chronického stresu a náročných životních situací.*“ (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 17) Uvádí pak dále několik jejích typů. např. nezdolnost typu Hardiness, která je složena ze tří komponent - commitment (angažovanost, odpovědnost), kontrol (kontrola, zvládnutí) a challenge (výzva). Nezdolnost typu SOC je zase tvořena komponenty srozumitelnost, zvládnutelnost a smysluplnost.

3 FORMY POMOCI A PREVENCE

Existují možnosti pomoci a prevence, jak syndromu vyhoření předcházet. „Pro prevenci syndromu vyhoření považujeme za nejdůležitější sebepoznání jedince v rovině osobnostních charakteristik a zdrojů proaktivního zvládnání stresu (pracovní i mimopracovní).“ (Vosečková, Hrstka, 2010, s. 5)

K preventivním opatřením může dle Matouška (2003, s. 58) patřit:

- ✓ kvalitní příprava na profesi, zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech,
- ✓ dostatečná praxe s klientelou, se kterou bude pomáhající v kontaktu,
- ✓ jasná definice poslání organizace, metody práce, profesionální role pracovníka, náplně jeho práce,
- ✓ systém zácviku nových pracovníků,
- ✓ možnost využití profesionálního poradenství,
- ✓ programy osobního rozvoje pracovníků, další vzdělávání,
- ✓ supervize,
- ✓ omezení počtu případů na pracovníka, na určitou dobu,
- ✓ spolupráce více pracovníků v náročných programech,
- ✓ omezení administrativní zátěže,
- ✓ omezení pracovního úvazku,
- ✓ kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi atd.

Křivohlavý (2012, s. 102 - 170) rozlišuje prevenci:

- ✓ interní individuální – kam řadí např. smysluplnost žití, úprava poměrů mezi salutory (možnostmi, jak stres řešit) a stresory aj.,
- ✓ externí vlivy – kam řadí sociální oporu, dobré vztahy mezi lidmi,

- vliv pracovních podmínek, organizace práce, úprava pracovního prostředí aj.,
- ✓ do další, zvláštní skupiny pak lze zařadit „dobré rady“ – kam řadí humor, tzv. dekompresi (uvolnění napětí), relaxaci a zájem o vlastní zdraví, povzbudivé myšlenky, nadhled aj.

3.1 Možnosti prevence

Stock (2010, s. 57 - 93) uvádí několik možností, jak se před syndromem vyhoření chránit. Vymezuje je do několika oblastí: vytvoření odstupu od životní situace, vymezení konkrétních cílů, relaxační a kondiční cvičení, zlepšení podmínek v zaměstnání, práce na základních postojích a podmínkách atd. Neopomíjí ale ani vliv odborné pomoci – lékařské a psychologické, která nemůže být výše uvedenými možnostmi pomoci nahrazena. Vyhledání odborné pomoci není projevem slabosti!

Dále uvádí (Tamtéž, s. 59 - 63), že pro člověka není snadné vymanit se z každodenních povinností, kterými je zahlcen. Někdy ani nepřemýšlí o tom, že by se některé věci mohly dělat jinak. Prvním krokem ke změně tedy je přiznat si své slabé stránky, slabiny, přiznat si, že je toho na člověka moc, tzn. *získat si odstup*. Poté by si jedinec ale měl vytvořit i fyzický odstup, tj. vzít si v práci dovolenou, zregenerovat síly. Člověk trpící rozvinutým syndromem však není už často regenerace schopen. Je třeba odjet mimo prostředí, přemýšlet o svých cílech, možnostech. V případě, že si člověk nedokáže oddychový čas dopřát, je možné zažádat o léčebný pobyt. K vytvoření nadhledu je nezbytné mít pauzu!

K tomu, abychom mohli něco změnit, je třeba určit si nějaké cíle a to *cíle konkrétní*. Tomu předchází, dle stejného autora (Tamtéž, s. 66 - 69), tzv. situační analýza spočívající ve zmapování stresu a jeho příčin, v jeho časovém vymezení. Cíle, které si stanovíte, by neměly být přehnané, ale ani příliš snadné. Uskutečnění cílů by mělo být závislé jen na jedinci, který něco chce změnit. Jedinec musí být přesvědčen o tom, že změnu chce a že bude pro něj přínosná.

Někteří jedinci naopak docílí vyrovnanosti díky pravidelnému **kondičnímu cvičení**, při kterém zdokonalí fyzickou kondici, zvýší si sebevědomí atd. O tom, že je pohyb prospěšný pro lidské tělo, není pochyb! Dle Stocka (2010, s. 73 - 74) při něm dochází, např. ke snížení pocitu napětí, k úbytku depresivních stavů, ke zvýšení koncentrace, k pozitivnímu vnímání sebe sama i svého těla.

Stock (2010, s. 83 - 84), popisuje, že je třeba cíleně vyvažovat každodenní zátěž a vypětí, což přispívá k regeneraci organismu. Jde o tzv. **snahu o vyváženost**, emocionální odreagování, které je nutné. Jedinec by si měl najít čas nejen na své koníčky, ale i na odpočinek.

Dle stejného autora (Tamtéž, s. 85), obecně také platí fakt, že jsou-li lidé podporováni svými blízkými a okolím, dostává-li se jim **sociální opory**, bývají méně náchylní k chorobám. U syndromu vyhoření to platí rovněž. Kvalitní sociální vazby mohou chránit člověka před stresem a tím se snižuje možnost vzniku syndromu.

Duševní hygiena, jako jedna z disciplín psychologie, dle Vacínové, Langové (2011, s. 20), nás nabádá k udržení, prohloubení či znovuzískání tzv. duševní rovnováhy. Člověk by se měl poučit, jak se vyvarovat stresů, konfliktů, frustrací a deprivací.

Již Sokrates, dle Sokola (2010, s.132 – 135), nabádal, k tzv. péči o duši, pod čímž si představoval, stejně jako Sokrates, usilovné pátrání po pravdě a svědomité vedení života podle této poznané pravdy. Tzn. kritické posuzování vlastních činů.

Profese, které pracují s lidmi, si mohou v rámci duševní hygieny vytvořit určitý odstup od klientů. Maslachová (1998, s. 56) uvádí techniky, které pomáhají udržet si odstup:

- ✓ Sémantické odosobnění – klient je pouze určitá diagnóza, případ, klient apod.
- ✓ Intelektualismus – pracovník si drží emocionální odstup od klienta, případ řeší pouze rozumově bez osobního zapojení.
- ✓ Izolace – pracovník rozlišuje profesionální přístup ke klientovi a přístup k ostatním lidem.

Supervize by měla být součástí celoživotního vzdělávání pracovníka v pomáhajících profesích. Lze ji popsat tak, že supervidovaný rozvíjí své dovednosti a kompetence. Pracovník aktivuje své osobní schopnosti a reflektuje svou praxi.

Matoušek (2003, s. 349 - 357) píše, že z institucionálního hlediska je supervize profesionálním postupem pozorování, reflexe profesní praxe i vzdělávání. Aby byla supervize úspěšná, je potřeba navázat vztah důvěry mezi supervizorem a pracovníkem. Cílem supervize je uvědomění si skrytých pocitů a vztahů, které souvisí s profesí. Podstatné jsou při supervizním sezení vzájemné interakce. Supervize probíhá individuálně, skupinově nebo v týmu. Ve zdařilé supervizi je vždy spolupráce, otevřenost, respekt demokracie a vzájemnost.

3.1.1 Relaxace

Dle Stocka (2010, s. 69 - 72) člověk trpící vyhořením odmítá slevit ze svých vysokých a mnohdy nepřiměřených požadavků, klade na sebe i nadále přehnané nároky. Je třeba, aby u něj došlo k tzv. zpomalení, aby došlo k jeho uvolnění, ke klidu. Existuje 6 relaxačních technik: autogenní trénink podle Schultze, uvolnění svalů podle Jacobsona, asijské techniky (jóga, Tai chi), (auto) hypnóza, meditace, biofeedback. Cvičením těchto technik dochází ke zklidnění, k duševní vyrovnanosti, snížení svalového napětí, snížení reflexní činnosti, snížení tepové frekvence a krevního tlaku, spotřeby kyslíku atd.

Autorem **autogenního tréninku** (dále jen AT) je berlínský neurolog a psychiatr profesor doktor J. H. Schultz, který prováděl výzkumy v oblasti hypnózy. Došel k názoru, že pocity tíhy, tepla v končetinách atd. jsou základními faktory hypnózy. Sledoval dále skutečnost, zda lze u hypnózy a vyvolání těchto stavů užít autosugesci. Jeho snahy nakonec vyústily v roce 1932 ve vydání knihy Autogenní trénink – konzervativní sebeuvolnění.

AT je způsob, jak dosáhnout uvolnění vlastními silami. „*Cílem autogenního tréninku je vnitřně se uvolnit a pohroužit do sebe a z nitra uvést celý organismus do takového stavu, který umožňuje posílit zdravé a omezit nebo zcela odstranit nezdravé.*“ (Autogenní trénink, 2008, s. 12)

AT může mít vliv např. při navození klidu a odpočinku, u tlumení afektů, na ovlivnění tělesných funkcí, na zvýšení tělesné nebo duševní výkonnosti, zlepšení spánku atd. Je dobrou pomůckou pro vnitřní zklidnění posílení. Není ale komplexní léčbou! Dá se však kombinovat s jinými psychoterapeutickými postupy.

Jóga, jak píše Matoušek (1999, s. 64 - 67), je soubor praktik, jehož cílem je dosažení ideálu plného zdraví a vyrovnanosti tělesné, duševní i duchovní. U nás je nejčastější hathajóga neboli cvičení k očistě a regeneraci těla. Z ní jsou nejpoužívanější polohy (ásany), ve kterých má cvičící nějakou dobu setrvat, aby mu přinesly žádoucí účinek. Vedle tělesných cvičení jóga zahrnuje i zásady životosprávy, dechová cvičení, meditační techniky, soubor pokynů, na jaké hodnoty se má člověk směřovat atd.

Jóga je prostředkem předcházení nepřiměřeným reakcí na stres. Jóga zvyšuje tělesnou zdatnost, odolnost proti nemocem, pohyblivost, reguluje váhu, odstraňuje příznaky vyvolané stresem, zlepšuje vnímání, soustředění, paměť i pozornost.

„EEG biofeedback je metoda, která vám umožní ovládat své mozkové vlny. Jedná se o sebe-učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby. Když dostanete okamžitou, cílenou a přesnou informaci o ladění (případně "rozladění") svých mozkových vln, můžete se naučit, jak je uvést do souladu.“ (Tyl, dostupné z http://www.eegbiofeedback.cz/uvod/zakladni_informace k 20. 1. 2013)

Metoda se užívá pro zlepšení poruch pozornosti, soustředění, učení aj. Chování člověka se zklidní, posílí svou vůli, může se zlepšit myšlenková činnost. Vymizet může i nespavost, mohou ustupovat příznaky bolestí a migrén, dochází ke zlepšení nálady. (http://www.eegbiofeedback.cz/uvod/zakladni_informace)

Působnost módních asijských technik v kontextu západní židovsko-křesťanské tradice přebírá **modlitba**. Ta mívá podobu volně formulované rozmluvy s Bohem, denní tiché rozjímání a kontemplace, bývá nazývána modlitbou srdce. Jejím smyslem je posílit lidskou vůli, povzbudit duši a tím se přizpůsobit Boží vůli ve změně k lepšímu. Může člověku otevřít nové zdroje poznání a pomoci mu, aby se zasadil o naplnění svých přání a představ.

Modlitba, je dle Novotného (1992, s. 440 - 442) rozhovorem člověka s Bohem, který člověka vnitřně obohacuje a povznáší. Vzájemným působením v dialogu s Bohem poznáváme sebe a Boha. Do modlitby je potřeba zapojit své srdce a ne mechanicky odříkávat naučené. Věřící může Bohu předkládat své osobní těžkosti, kdy má vždy jisté, že On ho poslouchá, je člověku nablízku.

3.1.2 Zlepšení podmínek v práci

Stock (2010, s. 75 - 80) konstatuje, že je-li syndrom vyhoření způsoben vnějšími vlivy, existují tři možnosti reakcí, které jsou shodné s reakcemi na působení stresorů:

- ✓ Take it (Smiř se s tím, jak to je)!
- ✓ Change it (Změň to)!
- ✓ Leave it (Vzdej to)!

Pokud se jedinec rozhodne v práci zůstat, může omezit pracovní zátěž, snažit se změnit pracovní kolektiv, dosáhnout v zaměstnání uznání. Řešením ale může být i odchod z práce – do práce jiné, do jiné firmy, do důchodu, z profese atd.

Assländer (2010, s. 25- 52) uvádí, že bez času bychom nemohli plánovat, hospodařit. Píše o tzv. *time managementu*. Někteří lidé ale vnímají čas spíše jako časovou tíseň, chvat. Bojí se, že nebudou včas hotovi, že nezvládnou určenou práci. Na člověka je zvenčí nakládáno stále více práce, stoupají požadavky na kvalitu, na množství... A to i přesto, že se svět technicky vyvíjí a díky různé technice dochází k ulehčení některé práce. Lidé proto pátrají po různých metodách, jak práci urychlit, jak vše rychleji zařídit a zvládnout.

Je důležité si uvědomit, které věci jsou důležité, které jsou pro nás klíčové a které naopak nezbytné nejsou. Stock (2010, s. 88 - 89) píše, že řeší-li jedinec samé neodkladné a závažné věci, nedělá vlastně nic jiného, než že se snaží minimalizovat vzniklé škody. Eisenhower stanovil 4 kritéria a hlavní myšlenku principu, že se až příliš často zabýváme věcmi, které nejsou důležité, nebo až tak nespěchají.

Tabulka 1: Správný přístup k naléhavým a důležitým úkolům

	Naléhavost		
		<i>málo naléhavé</i>	<i>naléhavé</i>
Důležitost	<i>důležité</i>	stanovit termín a vyřídit osobně	okamžitě vyřídit osobně
	<i>málo důležité</i>	vyhodit do koše	delegovat

Zdroj: Stock, 2010, s. 88

Asländer (2010, s. 25 - 52) uvádí, že jedna z možností, jak hospodařit se svým časem, je stanovení denního plánu. Je dobré jasně vymežit, které věci jsou bezpodmínečně nutné, co bychom měli a co bychom mohli. Pokud má člověk mnoho úkolů, může tím být frustrován. Pracuje s myšlenkou, že vše nezvládne. Při vymezení, který z úkolů je nutný a který ne, se naopak člověk může v činnosti lépe orientovat. Ví, kam zaměřit svou pozornost, co je třeba. Při splnění nutného úkolu je pak spokojený, přestože na něj čekají úkoly další, které jsou ale méně důležité.

3.1.3 Psychoterapie

Psychoterapie je další z možností, kterou lze předcházet, případně pomáhat v případech syndromu vyhoření. „*Akademická definice psychoterapie říká, že je to léčba psychologickými prostředky.*“ (Matoušek, 1999, s. 10)

Vágnerová (2002, s. 50 - 53) uvádí tyto znaky psychoterapie:

- ✓ využívá psychologických prostředků,
- ✓ cílem je odstranění nebo zmírnění potíží, případně i odstranění jejich příčin,
- ✓ v jejím průběhu dochází ke změnám – v oblasti emocí, hodnocení a postojů,
- ✓ může ji provádět jen odborník, s přesně vymezenou kvalifikací.

Jak uvádí Matoušek (1999, s. 10 - 31), k psychoterapii se člověk rozhoduje nejen podle toho, jaké má informace o určitém směru, ale také podle důvěryhodnosti a osobnosti terapeuta.

Psychoterapie může být určena pro jednotlivce, ale i pro celou rodinu. Pro některé léčebné režimy individuálně zaměřené je typické, že v poslední fázi pracují i s rodinou, např. při léčbě alkoholismu, užívání drog aj. Někdy je naopak nutné nejdříve pracovat s rodinou, aby ta uvolnila svého člena a následně mohla začít individuální terapii.

Existuje řada psychoterapeutických přístupů. Pro vymezené téma syndromu vyhoření se kromě autogenního tréninku a jógy (viz výše), nejčastěji využívá logoterapie.

Zakladatelem *logoterapie* je Viktor Frankl. Matoušek (1999, s. 75 - 77) píše, že Franklovým základním zážitkem je pozorování, které učinil na sobě i na jiných lidech v extrémně náročných životních situacích. Logoterapie je zaměřena na hledání smyslu, na hledání smyslu vlastního života. Terapie trvá několik desítek hodin, klient sedí tváří v tvář terapeutovi, terapeut cílenými otázkami pomáhá klientovi v hledání smyslu.

Podle Franklovy logoterapie existují tři cesty ke smyslu:

- ✓ prožívání něčeho hezkého a cenného, zejména ve vztahu k lidem,
- ✓ vytváření hodnot, ze kterých mají druzí užitek,
- ✓ zastávání vnitřních přesvědčení.

4 PRACOVNÍCI V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Pomáhajícím profesím je kromě toho, že jsou vykonávány s cílem pomáhat lidem a že mají jasně vymezenou svou odbornost, vlastní také to, že u nich podstatnou roli hraje lidský vztah mezi pomáhajícím a jeho klientem. V těchto profesích, dalo by se říci, je hlavním nástrojem pracovníka jeho osobnost. Mezi nejohroženější skupiny patří: lékaři, sociální pracovníci, psychologové, hasiči, policisté a učitelé.

4.1 Paradoxy u pomáhajících

Kopřiva (1997, s. 21 - 28) vymezil u profesionálních pomáhajících následující paradoxy:

- ✓ Pochopení pro každého – angažovaný pracovník by měl pomáhat každému, přijímat každého, zajímat se o jeho potřeby, vcítit se do něj atd. Snadné je to pro pracovníky tehdy, když mají pomáhat lidem sobě podobným, lidem, u kterých jsou snadněji vidět úspěchy, lidem úspěšným a výše postaveným. Někteří rádi pracují s bohatými, mocnými, slavnými... nebo s lidmi, na které chtějí udělat dobrý dojem. Podstatné je, aby pomáhající o svém motivu k činnosti věděli.
- ✓ Ne každý je ale schopen pracovat s lidmi nemocnými, starými, s lidmi v krajní nouzi, nemorálními apod. V takovém případě, nepomůže-li supervize, je vhodné nechat se u klienta vystřídat.
- ✓ Negativní vliv na pomáhání má také vlastní individuální zkušenost. Těžko se bude pomáhajícímu pracovat např. s alkoholikem, měl-li jeho jeden rodič stejný problém. I zde platí, že je třeba si tyto zkušenosti uvědomovat, aby neměly vliv na práci pomáhajícího.
- ✓ Platí, že nikdo nemůže účinně pracovat s každým, někteří lidé budí u pomáhajících záporný vztah.
- ✓ Láska k bližnímu ve službách potřeby úspěchu – pomáhající potřebují být úspěšní ve své profesi. *„Přijetí, úspěch a dobrý vztah potřebuje teď i pomáhající, a to nejen jako signál, že práce je hotova nebo že se zřejmě daří,*

ale jako uspokojení své emoční potřeby dobrého sebehodnocení.“(Kopřiva, 1997, s. 25) Kdo pomáhá zdravě, nemá potřebu být potřebný klientům. Stará se o ně rád a o sebe také.

- ✓ Láska k bližnímu jako zboží – pomáhající profese lidí živí, dělají ji pro peníze. Pomáhající by si měl opatřit výdělek v takové výši, aby nežil v pocitu stresu, nouze, aby se k financím nemusel stále vracet v myšlenkách. Každý má svůj vnitřní svět a také pro každého mají peníze různý význam. Bezvýchodnou situací je, když pracovník odreagovává svou nespokojenost s platem ve vztahu ke klientům.

Etika a etické principy pomáhají pracovníkům orientovat se v případech, kdy dochází k rozhodování spadajících do oblasti etických dilemat a problémů. Dilemata vznikají, když je nutné se rozhodnout mezi dvěma nebo více stejně nevhodnými možnostmi a není při tom jasné, které rozhodnutí je přijatelnější.

4.2 Typy pracovníků

Kopřiva (1997, s. 16 - 20) je přesvědčen, že práce pomáhajícího může být vykonávána bez zájmu nebo se zájmem. Když někdo vykonává svou práci jako výkon svěřených pravomocí, bez osobního zájmu o klienta, jedná se dle něj o neangažovaného pracovníka. Vztah ke klientovi ale může být nejen neutrální, ale i horší!

Opakem je pracovník angažovaný, se kterým se v pomáhajících profesích lze setkat nejčastěji. Pomáhající se zabývá životními problémy konkrétních lidí. Pomáhání je pro mnohé lidi smysluplnou činností. V současném světě plném techniky, je pomáhání vítanou možností kontaktu s životem – přírodou. Pomáhající povolání také může pomoci překonat pocit osamělosti nejisté sebeúcty pomocí kontaktu s lidmi.

Problémem může u angažovaného pracovníka být nadbytečná kontrola nad klienty, která brání rozvoji autonomie, nebo tendence obětovat se pro klienta na vlastní úkor. U druhé zmíněné tendence si pomáhající může počínat tak, jako kdyby klient nebyl autonomní, ale naopak závislý na jeho péči. Nadměrná péče klienta ale oslabuje, v krajním případě ho může až invalidizovat.

Úlehla (2005, s. 24 - 27) vymezuje tři typy sociálních pracovníků, které lze jistě zařadit do pomáhajících profesí - agent, obhájce klienta a prostředník.

Prostředník je ideálem. Jde o pozici mezi normami společnosti a klientem. Přikloní-li se pracovník k jedné nebo druhé straně, přestane být prostředníkem a stává se buď obhájcem klienta (je jeho obhájcem, více nabízí pomoc, staví se na jeho místo) nebo agentem (nabízí pak méně pomoci, méně spolupráce, projevuje se menším respektem ke klientovi a k jeho přáním).

Jeden z dalších autorů Styx (2003, s. 29) vymezuje postoje pracovníků působících ve zdravotnickém zařízení na autoritativní, omezující postoj a ochránářský, benevolentní postoj. V prvním případě pomáhající pracuje s odstupem od nemocného, omezenou aktivitou, se sklonem používat sankce a pesimismem k prognóze klienta. Takový pomáhající je vnímám jako málo ohleduplný, nepružný, netrpělivý, neschopný důvěry. Pro postoj benevolentní je typické uznání klienta, který má právo na své chování. Takový pomáhající je podle klientů tolerantní, poctivý, ale neosobní, vzdálený, bez účasti.

4.3 Dovednosti pracovníka

Kromě odbornosti, kterou musí pracovníci v pomáhajících profesích na jednotlivých postech mít, je důležitá osobnost pomáhajícího.

Zdravotník působící v léčebně, by měl, podle Styxe (2003, s. 37 - 65) disponovat těmito **dovednostmi** (lze aplikovat na pomáhající profese obecně):

- ✓ akceptace,
- ✓ empatie,
- ✓ opravdovost ve vztahu na straně pomáhajícího,
- ✓ schopnost reagovat,
- ✓ tvořivé a odpovědné jednání,
- ✓ schopnost nést určitá rizika, umožnit např. klientovi být samostatný,

- ✓ v komunikaci s agresivními klienty musí pracovníci vycítit okamžitou změnu situace, jednat klidně a bez paniky, vyhnout se skryté agresivitě v podobě úskoků, lží a lstí,
- ✓ je třeba umět shromáždit údaje týkající se vzniku potíží, způsobu života, postavení v rodině atd.; je třeba zabývat se nemocným jako člověkem v krizové situaci,
- ✓ rozhovor s nemocným by měl být promyšlený, měl by sledovat cíl; není vhodné začínat otázkou Proč?,
- ✓ na rozhovor se řádně připravit, vymežit čas, který bude klientovi věnován,
- ✓ získat obraz o zdravých možnostech klienta,
- ✓ projevy nemocného vidět v sociálních souvislostech,
- ✓ neřídit se tendencemi, nezaokrouhlovat fakta, aby chování klientů odpovídalo nějaké diagnóze,
- ✓ řídit se faktem, že nelze nekomunikovat.

Závěrem pak dodává, že profesionálem nemůže být ten, kdo disponuje určitým penzem teorie, ale ten, kdo s duševně nemocnými pracuje a našel si v jejich světě místo.

Vacínová a Langová (2011, s. 112 - 117) vymezují důležité vlastnosti u pedagogů, které lze, dle autora práce aplikovat na pomáhající profese obecně. Některé z nich jsou ve shodě s výše uvedenými u zdravotnického personálu:

- ✓ vřelost a přátelskost,
- ✓ emocionální stabilita,
- ✓ sebedůvěra, spojená s přiměřenou ctižádostí, činorodostí, optimismem,
- ✓ racionální přístup k životním situacím,
- ✓ pružnost ve smyslu rychle postihnout změny v dynamice třídy a přizpůsobit se jim,
- ✓ přiměřená dominance, mít ve třídě autoritu leadera,
- ✓ v neposlední řadě také jejich schopnosti (didaktické, konstruktivní, percepční,

expresivní, organizační, komunikace se žáky),

- ✓ životní a profesionální zkušenosti.

Zmiňují také další důležité hodnoty u těchto pracovníků. Učitelé by měli být otevření změnám ve své činnosti; měli by důvěřovat žákům a respektovat jejich pohled na dění, jejich potřeby, zájmy, činnost; mají se věnovat každému žákovi; pedagogové by měli své působení chápat jako otevřené vnějším vlivům, jako výsledek spolupráce s okolím (rodinou, vedoucími mimoškolních aktivit i širší veřejností).

Kopřiva (1997, s. 14 - 15) ve svém výzkumu došel k závěru, že klienti chtějí, aby měl pomáhající tyto charakteristiky (v tomto sledu):

- ✓ náklonnost, vlídnost, ochota,
- ✓ trpělivost, vyrovnanost,
- ✓ vcítění, empatie,
- ✓ a teprve až na čtvrtém místě odbornost, profesionalitu a znalosti.

Podle Nytrové (2011, s. 13) by měl být člen pomáhajícího týmu rozumný, vyrovnaný, odpovědný, trpělivý, jeho spirituální složka by neměla být zakrněná. U spirituálně zakotvených je totiž možné nalézt tvořivější způsoby řešení mezilidských konfliktů, konstruktivnější způsoby řešení problémů, používání úspěšnějších strategií. Za důležitou u některých profesí dále Nytrová považuje lidskou zralost.

Mezi ctnosti, které jsou formovány dobrem, podle Kořenka patří: „...*odpovědnost, obětavost, vlídnost, sociální cítění, taktnost, ohleduplnost, diskrétnost, poctivost, spolehlivost, ochota, optimismus, sebeovládání, tvořivost, soustředěnost, otužilost, cílevědomost, předvídavost.*“ (In Nytrová, 2012, s. 13)

Také Vojtíšek, Dušek a Motl (2012, s.12 - 15) odkazují na důležitost tzv. **spirituality**, jako obecné charakteristiky člověka, která hraje u různých lidí různou roli. Vytváří se vnímáním posvátnosti, rozvíjí se ve vztahu k posvátnému a různými způsoby tento vztah projevuje. U spirituality v tomto pojetí je myšleno na duchovní život jednotlivého

člověka. Model spirituality se skládá ze sedmi rovin, kterými jsou předpoklady, obřady, normy a hodnoty, vyprávění, zážitky, společenství a tvořivost. Dle autorů je nutná reflexe spirituality u pomáhajících, kterou považují za nepřekročitelnou podmínku kvalitní pomoci. *„Tato reflexe je nutná jednak pro to, aby se profesionál mohl vůči klientovi s problémem v oblasti spirituality chovat empaticky, a jednak pro to, aby bylo sníženo nebezpečí misijního působení, stereotypizace i nebezpečí poměrování klientovy spirituality optikou spirituality vlastní“.* (Dušek, Motl, Vojtíšek, 2012, s. 68)

Kopřiva (1997, s. 131 – 141) dále píše, že má-li pracovník problémy – např. většinou řídí klienty, neumí naslouchat, práce mu bere energii apod. – může se pracovník vycvičit ve **speciálních dovednostech**. Může projít výcvikem v sebereflexi, aby si uvědomil citlivá místa, naučil se toleranci k různosti, zjistil souvislosti mezi svým chováním a reakcemi na klienty apod. Další možností může být focusing, což je cesta, jak sám sebe reflektovat. Speciální dovedností může být i osvojení si asertivní komunikace. Při výcviku v systemickém přístupu se pomáhající naučí uvažovat systémově, osvojí si techniku kladení otázek. Speciálními dovednostmi jsou i jóga a relaxace.

Nápomocná při řešení problémů může pomáhajícímu samozřejmě být i supervize. *„Je to proces praktického učení, v němž supervizor – učitel (někdy též skupina stejně postavených kolegů) pomáhá supervidovanému řešit konkrétní problémové situace, které vznikají při jeho práci s klienty.“* (Kopřiva, 1997, s. 136)

Úlehla (2005, s. 71 - 75) se zabývá otázkou **bezpečí** pro klienta i pracovníka. Oběma by mělo být při konzultaci dobře. Pracovník nemůže podat dobrý výkon, když se cítí ve stresu, když se bojí, má nepříjemné pocity, když je nejistý atd. Pro pracovníka má bezpečí tři roviny: potřebuje vědět, čím pomáhá, podle čeho měří vlastní profesionalitu a podle čeho hodnotí úspěch své práce. Pracovník by měl umět mluvit o všech tématech, aniž by přitom zavrhl klienta jako osobu a aniž by překračoval hranice bezpečí pro sebe. U klientů, kteří mohou působit agresivním dojmem, by pracovníci měli vědět, že mají právo utéci, když jsou věci zlé, vyžádat si výcvik zaměřený

na zvládnání takových situací, nebýt loajální s těmi, které klient kritizuje, zkusit se podívat na situaci klientovými očima.

Z pohledu klienta může být pracovník nebezpečný. To souvisí s pozicí ve společnosti a agentuře, kde pracovník působí, s rozhodováním pracovníka o klientových věcech, má legislativní pravomoci a vládne „zvláštními vědomostmi“.

O tom, že je třeba, aby pomáhající pracovník uměl **komunikovat**, není třeba pochybovat. Mnoho autorů nabízí různé rady, jak správně komunikovat – Úlehla, Kopřiva aj. Pro pomáhající pracovníky existuje také celá řada kurzů, na kterých si lze osvojit některé nové komunikační dovednosti.

Na rozhovor musí být pracovník i klient připravený. Musí být vytvořeno bezpečné prostředí, v ideálním případě ničím nerušené. Pomáhající si musí být vědom i neverbální komunikace, kterou reaguje na klienta.

Kopřiva (1997, s. 105 - 118) rozlišuje kontakt s klientem konfrontační a vnímavý. V prvním případě jde o soupeření. Stačí se ale zajímat o druhého člověka a kontakt se změni na vnímavý. Při něm je pracovník člověku otevřený, tlumí hodnotící soudy, klienta vnímá.

Po ukončení rozhovoru by se měl pracovník zamyslet nad tím, o čem se nemluvalo, s jakým pocitem klient odcházel, jak se během rozhovoru pomáhající cítil.

Důležitá je i tzv. **emoční inteligence**. David Goleman pod tímto pojmem rozumí „...*schopnost vyznat se sám v sobě i v ostatních, vnitřní motivace a zvládnání vlastních emocí i emocí cizích.*“ (Goleman In Nytrová, Pikálková, 2007, s. 74)

Podle stejnojmenného autora vyniká důležitost role emoční inteligence ve světě práce. Adaptace zahrnuje 5 základních emočních a sociálních schopností (Tamtéž, s. 74 – 76):

- ✓ sebeuvědomění – např. vědět, co cítíme, znát své možnosti a schopnosti, mít oprávněnou sebedůvěru aj.,

- ✓ sebeovládání - ovládat své emoce, svědomitost, odložit uspokojení v zájmu dosažení vzdálenějších cílů aj.,
- ✓ motivace - dojít k cíli, umět převzít iniciativu, zvyšovat nároky aj.,
- ✓ empatie - schopnost vcítit se, společenská obratnost – umět odhadovat společenské vztahy a situace, vést lidi, vyjednávat aj.

Podle Kopřivy (1997, s. 73 - 92) **hranici** musí mít každý fungující celek. Smysl má i hranice psychická. Hranice vznikají v procesu individuálního psychického vývoje. I vztah mezi pracovníkem a klientem má hranice. Problémy spočívající v hranicích mohou být splývání, netečnost jako ochrana před splýváním a otázka, jak ochránit své hranice před klienty.

Splývání - aneb potřebovat, aby klient pracovníka potřeboval - spočívá v sebeobětování ve prospěch klientů, přebírání jejich potřeb (i těch, které dříve zvládali sami). S druhým člověkem se pracovník ztotožní, užívá-li soucitu. Může dojít ke ztrátě hranic a nástupu lítosti, úzkosti atd. Pomáhající musí vydržet a nesytit klienta více než svou empatickou pozorností.

Ideální je, když jsou hranice člověka dobře ustanovené a polopropustné. Takový člověk myslí v první řadě na sebe. Do okolních vztahů vstupuje a přijímá jen to, co je pro něj dobré, užitečné... a odmítá to, co se tak nejeví. Je-li lidská hranice ohrožena zvenčí, měl by člověk uplatnit asertivní chování. Základní polohou pomáhajícího je být v empatickém kontaktu s klientem, tj. dovede si představit a procítit, co klient zažívá, správně a citlivě zachytí rozpoložení klienta a i přesto zůstává sám sebou. V takovém případě je pomáhající připraven pomáhat tak, jak to vyžaduje situace.

Každý pomáhající by dle Úlehly (2005, s. 89 – 90) při své práci neměl opomenout **zplnomocňování klientů**, tj. podporovat je v tom, co je dobré, co se jim daří, čeho si cení. Pracovník vlastně dává klientovi „plnou moc“, aby činnosti dělal dále sám. Zplnomocnění vychází z toho, že klient sám ví, co je pro něj dobré. Zabraňovat špatnému jde rozvíjením dobrého. Klient potřebuje zažít pocit vlastní kontroly

nad svým životem. Opakem zplnomocňování je, že pracovník začne prosazovat svůj pohled na věc, svou pravdu.

Zplnomocňování musí mít tyto předpoklady:

- ✓ přesvědčení, že klient chce spolupracovat,
- ✓ víra ve schopnost klienta, že pozná, co je pro něj dobré,
- ✓ klient je schopen řešit své problémy, v minulosti tak činil,
- ✓ cíle určuje a specifikuje klient,
- ✓ klient je expert na vlastní život,
- ✓ kontakt určuje a řídí klient.

4.3.1 Naslouchání

Naslouchání je nezbytným procesem pomáhání. Nejde o pasivní mlčení. Naslouchat znamená pozorně sledovat, co klient říká, nevnášet naše názory, rady a komentáře. Vyžaduje stálou přítomnost u druhého.

E. Gendlin (In Kopřiva, 1997, s. 112 - 114) zformuloval několik zásad aktivního naslouchání:

- ✓ naslouchejte a dejte druhému vědět, když něčemu nerozumíte,
- ✓ nevnášet témata, která druhý neřekl,
- ✓ po několika větách zopakujte, co klient řekl, v jedné nebo ve dvou vlastních větách,
- ✓ požádejte o zopakování, když jste něčemu nerozuměli,
- ✓ že se proces nedaří, poznáte, když druhý opakuje stále totéž,
- ✓ že se proces daří, lze poznat podle toho, že se klient stále hlouběji vciťuje do svého problému.

Podle Kopřivy (1997, s. 112 - 114) je naslouchání jednou z pomůcek, jak vést tzv. respektující dialog. Dalšími jsou počáteční kontakt, kontrakt, propracování problému, vymezení limitů a kladení požadavků, sebeotevření a podpora.

Dle Vojtíška, Duška a Motla (2012, s. 101 – 117) by se mělo při naslouchání postupovat následovně:

1. Je třeba ujasnit si, z čeho nesoudící postoj a přijetí druhého vycházejí, jaký je psychologický, teoretický, etický aj. rámec.
2. Nepotlačovat negativní emoce, nezakazovat si je, nevyčítat si je. Emoce vnikají do našeho svědomí, prostě tu jsou. Je třeba se vyhnout ignorování emocí a jejich potlačování hrubým úsilím, což jsou dvě zásadní chyby.
3. Zaměření pozornosti na vyprávěný příběh, koncentrace na něj.
4. Vytvoření atmosféry důvěry, užití technik zrcadlení, parafrázování, sledování neverbální komunikace aj.

Dělat bychom určitě neměli: snaha zaplnit každou pauzu, neudílet cenné rady, nebagatelizovat, nerozveselovat či nepovzbuzovat, nezpochybňovat vyprávění nebo se přít.

4.3.2 Moc a pomoc

S výkonem profese je často spojována moc a pomoc. Klient je bezmocný už tím, že potřebuje něčí pomoc. Pomáhající naopak získává moc, protože pomáhá. Dále je pak moc vyvolána zákonnými předpisy, nepsanými zvyky, organizačním řádem, nepsanými normami platnými ve společnosti atd. Obecně pak platí, že větší moc mají pracovníci v ústavních zařízeních, při práci s osobami fyzicky či mentálně nemocnými a při práci s dětmi. Moc pracovníka pak může být nevlídná, neomalená, krutá, ale i laskavá. Každý projev pomáhajícího vyvolává reakci u klientů – ti se z kontaktu stáhnou, jsou pasivní, sevrou se zlostí a křivdou nebo budou vyhledávat mezilidský kontakt. Platí, že čím větší je moc pracovníka, platí, že tím větší bývá nedůvěra a odstup ze strany klienta. Zde je velmi důležité etické zakotvení pracovníka, které by mělo zaručit jeho profesionalitu.

Kopřiva (1997, s. 39 - 51) rozděluje moc na institucionálně přidělenou a vzniklou v rámci vztahu pomáhání. Institucionálně přidělená moc, která znamená pro klienta výhodu nebo újmu, komplikuje to, aby se pomáhající stal partnerem klienta. Problémem může být účelové zkreslování informací a jiné formy manipulace ze strany klienta, nebo obava svěřit se někomu, kdo má reálnou moc a druhými to může být chápáno jako útok, nebo klient může chápat rozhodnutí pracovníka jako projev nepřátelství. Pro moc vzniklou v rámci vztahu pomáhání je typické to, že se pracovník stává pro klienta autoritou, která ho řídí. Pracovník si tuto moc může brát, může ji dokonce i vyžadovat, nebo si ji může nechat vnutit.

Systemický přístup v souvislosti s pomocí a kontrolou trvá na tom, že pokud děláme klientům něco, co sami nechtějí, nejde o pomoc, ale o kontrolu. Také Úlehla uvádí, že je kontrola v některých situacích nezbytná, účelná a potřebná „... *je postavena na zájmech jiných lidí než toho člověka, o kterého je postaráno...*“ (Úlehla, 2005, s. 20)

Pomoc Úlehla (2005, s. 20 - 23) chápe jako výsledek vzájemné interakce s klientem. Prvním krokem je klientova objednávka, jeho přání. Druhým nabídka pracovníka, která reaguje na objednávku klienta. Kroky se opakují, čemuž se říká dojednávání nebo nabízení pomoci. Výsledkem je dohoda o pomoci, jejím cíli, zakázce. Pomoc je tedy dojednaný způsob společné práce.

Kopřiva (1997, s. 39 – 51) popisuje, že s mocí je úzce spojen direktivní a nedirektivní přístup ke klientům. Nejde ale o volbu buď anebo, ale o dva různé stupně řízení – podpora. Chceme-li dosáhnout trvalejších změn, je vhodnější užít nedirektivní přístup (podporu). Na nedirektivní přístup je třeba více času. Budeme-li s někým pracovat nejdříve direktivně, těžko se nám s ním bude později pracovat nedirektivně. Direktivní způsob jednání je naopak na místě tehdy, hrozí-li nebezpečí z prodlení, klient je v krizi, klient sám chce slyšet od autority její názor a tím potvrdit ten svůj, nebo má klient nižší inteligenci.

Direktivnost a nedirektivnost lze vyzorovat také v komunikaci mezi klientem a pomáhajícím, tj. z hlediska typu intervence:

- ✓ Instrukce je direktivním typem a může mít formu příkazu, zákazu, ale i doporučení, rady. Vždy jde o návod k jednání, který se opírá o nějaké hodnocení problémové situace.
- ✓ Komentář má v sobě menší podíl direktivnosti. Pracovník svým komentářem vlastně navrhuje, jak může klient věc vidět, jak postupovat.
- ✓ Kladením otázek se pomáhající snaží nastínit problém klienta z jiného úhlu, vyvolává nové myšlenky a nápady.
- ✓ Rezonance nebo-li zrcadelní. Pomáhající jen naslouchá a opakuje hlavní věci, které klient řekl. Dává tím najevo, že vše pochopil správně, jak klient myslel.

4.3.3 Agentura

Vliv na práci pomáhajícího má dle Úlehly (2005, s. 51 - 53) mj. i organizace /agentura/, kde pomáhající působí. Jde o její zaměření a působnost. Pracovník je vázán na rozsah služeb agentury. Mimo tento rozsah pomáhající nemůže, nesmí tak činit bez jejího vědomí. Stejně tak nesmí překročit poslání organizace. Ideálem je, je-li pracovník ztotožněn s cíli organizace. Není-li, měl by usilovat o změnu služeb (rozšíření), nebo z organizace odejít. Chce-li být pracovník pro klienty užitečný, musí si k tomu vybojovat v organizaci podmínky.

O tom, že má organizace vliv na práci pomáhajících, píše i Musil. Ten ve své knize rozlišuje zjevná a skrytá dilemata a popisuje, jak se organizace podílejí na jejich řešení. *„Pravidla jednání, které v praktické podobě vyjadřují „přijatelné“ přístupy a do nich vtělené ideologické preference, tvoří v každé organizaci její specifickou „kulturu přístupu ke klientům“. Můžeme ji chápat jako soustavu kolektivně uznávaných, přijatelných způsobů řešení dilemat, s kterými se pracovníci střetávají při práci s klienty.“* (Musil, 2004, s.36)

5 ETICKÝ POHLED

Etika je věda o správném způsobu života, která vychází z racionálních přístupů a která se snaží nalézt, případně zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž předmět etiky nebo-li morálka, stojí. Etické myšlení pak hledá ta nejlepší možná jednání. Nemůže se vyhnout ani hodnocení minulého, tedy hodnocení minulosti, a to především tam, kde jsme selhali a cítíme vinu. Veškerá etika začíná u sebepoznání, svých možností, dispozic, poznání sebe sama, tedy o tzv. individuální etiku. Nytrová, Pikálková uvádí, že, „...se vzrůstajícím důrazem na profesionalitu a potřebu ospravedlnit profesní rozhodnutí u soudu hraje etika stále významnější roli v učení toho, co považujeme za přijatelné prakticky ve stále větším počtu profesí.“ (Nytrová, Pikálková, 2007, s. 31 – 32). V různých organizacích a firmách mají etické zásady, které se stávají důležitějšími a kodifikují se, různou podobu – etické kodexy, charty práv, firemní kréda aj. „Je to první krok na cestě k integraci etiky do života společnosti.“ (Tamtéž, s. 135)

Dle Kopřivy (1997, s. 88 – 91) pomáhající si jsou vědomi toho, že je lidský vztah při výkonu profese důležitý. Tuto situaci proto řeší různými profesními etickými zásadami. Kopřiva proto navrhuje, aby každý kodex obsahoval dovětek: „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.“ (Kopřiva, 1997, s. 91) Tzn. žít podle zásad, není totéž, jako se k zásadám hlásit a uznávat je.

Samotný kodex ale nestačí. Je totiž třeba, aby mu pracovníci rozuměli, aby se s ním ztotožnili, aby bylo jeho dodržování sledováno a vynucováno. I tak ale kodexy nedokáží řešit veškeré problémy, které nastanou. Mají však řadu pozitiv, jak uvádí Seknička (In Nytrová, Pikálková, 2007, s. 135 – 138):

- ✓ jde o nástroj, který pomáhá upevňovat firemní kulturu,
- ✓ zlepšuje jméno firmy ve společnosti i ke klientům,
- ✓ je ochranou pro organizaci i jednotlivé pracovníky,
- ✓ poukazuje na snahu organizace jednat dle platných norem a dobrých mravů,

- ✓ pomáhá vytvářet příznivé pracovní klima,
- ✓ je předpokladem účinného vedení organizace,
- ✓ napomáhá s určováním cílů, s vyjádřením zájmů organizace,
- ✓ usnadňuje jednání s některými skupinami,
- ✓ posiluje otevřenou a dobrou komunikaci v organizaci,
- ✓ zabraňuje tomu, aby nadřízení vyžadovali po podřízených nesprávné jednání atd.

Kopřiva (1997, s. 88 – 91) uvádí, že, řada profesí, např. učitelé, lékaři, sestry, kliničtí psychologové aj., má svůj etický kodex. Např. Etický kodex sociálních pracovníků, kteří patří bezesporu mezi pomáhající profese, upravuje několik oblastí – vymezuje etické zásady, Pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi, k zaměstnavateli, ke kolegům, ke svému povolání a odbornosti a ke společnosti (viz příloha A). Také Úlehla (2005, s. 113 - 115) popisuje, že je etický kodex užitečným, ale zjednodušujícím modelem. Závisí totiž i na postoji, jaký člověk zaujímá směrem k druhým lidem – zda jsou dobří nebo špatní.

Naopak podle Nytrové a Pikálkové (2007, s. 78 - 82) je neetické tzv. **manipulativní chování**. Pokud člověk k druhým takto přistupuje, nevnímá je jako lidské bytosti, jako partnery. Naopak druhé degraduje na pouhý předmět, který má sloužit jeho účelům. Manipulátor svým jednáním porušuje základní etické zásady, které v nás jsou hluboce zakořeněny. Při manipulaci dochází k narušení chování, poznávání, emocí i vztahů. Podle I. Nazare-Aga se manipulátoři skrývají pod různými maskami, které mění podle toho, jak se jim to hodí, v jaké jsou situaci, co potřebují. Pomáhající by se proto měl s manipulací seznámit, měl by umět rozpoznat manipulátora a chránit se před ním.

Základním všeobecně platným etickým kodexem naší západní civilizace s její židovsko-křesťanskou tradicí je bezpochyby **Desatero Božích přikázání**. Již tisíce let dokonale definuje podstatné zásady, o jejichž dodržování by se měl každý slušný člověk neustále snažit. Vyjmenovává základní etické minimum mezilidských vztahů. Vzhledem k absenci náboženského vyučování na našich školách dnes již řadě lidí zní slova Desatera archaicky a nesrozumitelně.

Všichni psychicky zdraví lidé instinktivně cítí, že udělají něco špatného, chystají-li se tento kodex porušit. Toto etické minimum je nám všem vlastní. Jeho dodržování nepochybně souvisí s naším čistým svědomím, s naší vnitřní pohodou, která nám umožňuje věřit, že to, co děláme je správné. Ačkoli se asi nikomu z nás nepodaří vždy skutečně zachovat bez pochybení, cítíme potřebu žít s čistým svědomím, moci sám sebe považovat za slušného člověka. Každý lidský život má jedinečnou, neopakovatelnou hodnotu a důstojnost, která vyplývá ze samé podstaty být člověkem. Hlavním posláním každého z nás je být člověkem zodpovědným ve všech rovinách – k sobě samému, okolnímu světu a především k těm, kteří naši pomoc potřebují.

Podle Nytrové, Pikáلكové (2007, s. 66) ať jsme věřící, nebo ateisté, v Desateru můžeme najít „doporučení“, která nám v dnešní době mohou pomoci orientovat se. Jako ucelený text ve své podobě je Desatero jedinečné.

Heller (2008, s. 223 – 224) chápe Desatero jako směrovku, ukazatel cesty ke svobodě. Milovat bližního znamená respektovat jeho svobodu. Vytesáno bylo do dvou kamenných desek, kdy prvních pět přikázání ukazuje na láskyplnou svobodu Boží. Zvláště v prvních třech přikázáních ukazuje člověku, že existuje někdo, kdo je mocnější, nežli on sám a tuto skutečnost má respektovat. „*Dalších pět přikázání mluví o svobodě bližního, která nemá být ohrožována či krácena útokem na jeho život, manželství, majetek, čest a vše, z čeho žije a co k životu potřebuje.*“ (Tamtéž, s. 223 - 224)

Nohavica shrnuje Desatero takto: „*Láska je také tou nejkladnější podstatou každého přikázání. Jestliže jsme nade všemi převážně zákazy Desatera hledali jejich kladnou podobu – nejen „nezabiješ“, ale také „chraň život“, ale také „nesesmilníš“, ale také „bud' věrný“, nejen „nepromluvíš křivého svědectví“, ale také „svými slovy služ pravdě a porozumění“, pak souhrnně nejkladnějším vyjádřením celého Desatera je „Miluj“. V tom slově je kladný, činorodý, skutečný celoživotní program. Toto „miluj“ je nejdůležitějším ukazatelem pro naše vztahy k Bohu a k bližním.*“ (Nohavica, 1997, s. 41)

Základním Božím ustavením je příkaz lásky: „*Nebudeš se mstít synům svého lidu a nezanevřeš na ně, ale budeš milovat svého Bližního jako sebe samého. Já jsem Hospodin.*“ (Bible, Levicius 19, 18)

PRAKTICKÁ ČÁST

Autor práce by rád před výzkumnou částí diplomové práce čtenáře seznámil s dvěma kazuistikami klientů. Domnívá se, že by mohli přiblížit práci pracovníků s klienty s duševním onemocněním a pomoci získat náhled nad nelehkými situacemi, které pracovník s těmito klienty musí řešit.

Jména klientů jsou samozřejmě změněna.

Stěžejní část praktické části je tvořena výzkumným šetřením. Pomocí dotazníku autor práce zjišťuje vědomosti osob pracujících s duševně nemocnými o syndromu vyhoření. Jeho výhodou je efektivita sběru dat od velkého počtu respondentů v krátkém časovém období a je finančně nenáročný.

Hlavním cílem je zmapovat situaci problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách pro duševně nemocné na území hlavního města Prahy. V návaznosti na hlavní cíl byly stanoveny 4 dílčí cíle, ke kterým autor práce stanovil 4 hypotézy k verifikaci.

6 KAZUISTIKY

6.1 Kazuistika č. 1

Osobní anamnéza:

Čtyřicetiletý Jiří, svobodný, deset let v plném invalidním důchodu. Žije s matkou, soužití je velmi problematické.

Zdravotní anamnéza:

Pro paranoidní schizofrenii hospitalizován již šestkrát v psychiatrické léčebně. Je hlučný, celé noci vykřikuje. Pan Jiří svoji hlučnost vysvětluje tím, že okřikuje hlasy, které jej rozčilují. Obvykle slýchává ženské hlasy, jsou mu většinou příjemné. Ale jiné hlasy mu vyhrožují, pronásledují ho. Komunikuje s mimozemskými civilizacemi. Vadí mu, že se kvůli hlasům nemůže soustředit na poslech hudby, kterou má rád. Nemocný se necítí, vše je důsledek té „cizí ženy“. Při rozhovoru se občas zarazí, větu nedopoví, působí rozržitým dojmem. Užívá předepsaná psychofarmaka, která v jeho případě, „hlasy“ částečně tlumí. Matka se obává, zda se Jiří o sebe postará, až ona zemře.

Pan Jiří byl opatrovnickým soudem zbaven způsobilosti k právním úkonům. Jelikož jeho matka odmítla být jeho opatrovnící, byl opatrovnictvím pověřen Úřad městské části, jako veřejný opatrovník.

Sociální práce:

Spolupráce s panem Jiřím je velmi složitá. Nerespektuje rady opatrovníka, nedochází na pravidelné schůzky. Pokud se do kanceláře opatrovníka dostaví, stává se, že začne zařízení kanceláře na popud svého „hlasu“ poškozovat a opatrovníka napadat.

Jeho umístění do domova se zvláštním režimem se jeví jako problematické. Opatrovník musí zvážit, kdy nastane čas vhodný k jeho umístění. Matka o tuto možnost již několikrát požádala, neboť se syna bojí, ale jeho ošetřující psychiatrický lékař zatím tuto možnost nedoporučuje. Ovšem konečné rozhodnutí ponechává na opatrovníkovi.

Ten musí mít stále na mysli, co je pro pana Jiřího nejvhodnější řešení a to vždy s přihlédnutím k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu a dalším okolnostem.

V tomto případě byla situace klienta předložena na týmové supervizi, kde měl opatrovník možnost sdílet náročnost tohoto případu s ostatními kolegy. Supervize naplnila jeho očekávání. Získal cenné postřehy, které mu pomohly zaujmout postoj směřující ke konečnému rozhodnutí.

Pana Jiřího se podařilo umístit do domova se zvláštním režimem, kde je nakonec velmi spokojen, matka za ním pravidelně dojíždí.

6.2 Kazuistika č. 2

Osobní anamnéza:

Paní Jana byla obvodním soudem plně zbavena způsobilosti k právním úkonům v roce 2002. Opatrovníkem byl usnesením určen její syn pan Pavel. Společně žili v bytě, kde ovšem nehradili nájem. Proto byli nuceni byt opustit. Pan Pavel pronajal další byt, kde dále se svojí matkou žili. V létě 2012 pan Pavel spáchal sebevraždu. Důvodem tohoto činu byly velké finanční problémy.

Zdravotní anamnéza:

Paní Jana trpí degenerativní změnou na mozku, epilepsií. Jde o poruchu trvalou, bez možnosti zlepšení stavu.

Sociální práce:

Klientka zůstala ve svých 64 letech bezprizorní, bez jakýchkoli prostředků, v pronajatém bytě, kde se již měsíce nehradil nájem. Opatrovník byl ustanoven až po měsíci od této události. Situace se zdála být nepřehledná a komplikovaná. V jeden okamžik musel opatrovník souběžně řešit situaci bytovou, finanční a zdravotní.

Problémem bylo, že paní Jana nespádala do žádné cílové skupiny a nebylo možné ji umístit do žádného zařízení. Paní Jana je orientovaná, schopna se postarat sama o sebe.

Neuvědomovala si však závažnost situace, domnívala se, že nadále bude bydlet na současné adrese. Byla zvyklá na kontakt s kamarádkami a sociálním prostředím.

Na opatrovníkovi bylo rozhodnutí, jakým způsobem situaci paní Jany řešit. Vzhledem k tomu, že paní Jana je osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům, bylo jediným možným postupem podat žádost do domova se zvláštním režimem. Toto rozhodnutí bylo ale velmi těžké, protože bylo zřejmé, že paní Jana do tohoto zařízení nespadá. Opatrovník se domnívá, že její diagnóza neměla vést ke zbavení způsobilosti k právním úkonům. Musel však vycházet z rozhodnutí soudu a s paní Janou jednat jako s osobou nesvéprávnou, k čemuž dospěl v rámci intervize, kterou si vyžádal s vedoucí oddělení.

Situaci se nakonec podařilo vyřešit tím, že paní Janu na základě žádosti okamžitě přijali do standardního domova seniorů. Přijetí předcházelo vstupní pohovor paní Jany a vedení domova seniorů, kde učinili výjimku a přijali osobu zbavenou způsobilosti k právním úkonům, což není standardní. Následoval návrh k soudu na vrácení způsobilosti pro paní Janu.

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Formulace hlavního cíle a dílčích cílů

Hlavním cílem je zmapovat situaci problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách pro duševně nemocné na území hlavního města Prahy.

DC1: Zjistit informovanost o syndromu vyhoření mezi pracovníky v sociálních službách s lidmi s duševním onemocněním.

DC2: Zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků.

DC3: Zjistit, zda pracovníci vědí, jak syndromu předcházet a zda to následně sami činí.

DC4: Zjistit, zda mají pracovníci povědomí o odborných seminářích a dalším vzdělávání, kde se mohou dozvědět více o syndromu vyhoření.

V návaznosti na teoretickou část byly pro potřeby výzkumu stanoveny hypotézy. Hypotéza je předpověď o vztahu mezi dvěma proměnnými, činiteli. Je konkrétnější než výzkumný problém. „*Výzkum se soustřeďuje na potvrzení nebo vyvrácení stanovených hypotéz.*“ (W. Wiersma In Gavora, 2000, s. 50).

Hypotéza není jakýkoliv předpoklad či „střílení do prázdna“. Musí důsledně vycházet z poznatků, které jsou o zkoumaném jevu známy, nebo z praktických zkušeností výzkumníka. „*Hypotéza řídí výzkum. Při kvantitativně orientovaném výzkumu se stanoví na začátku výzkumu a určuje jeho směr.*“ (Gavora, 2000, s. 52). Neboli nejdříve jsou stanoveny hypotézy a teprve poté probíhá vlastní výzkumné šetření.

Správně stanovená hypotézy musí dle Gavory (2000, s. 50 - 58) splňovat tato pravidla:

- ✓ hypotéza je tvrzení, které je vyjádřeno oznamovací větou,
- ✓ hypotéza vyjadřuje vztah mezi dvěma proměnnými,
- ✓ hypotéza se musí dát testovat, její proměnné musí být možné měřit nebo kategorizovat.

V návaznosti na hlavní cíl byly stanoveny hypotézy:

Hypotéza č. 1

Přestože lidé s osobami s duševním onemocněním pracují krátce, vědí, co je to syndrom vyhoření.

Za „krátkou dobu práce“ považují dobu do jednoho roku.

Hypotéza č. 2

Většina pracovníků vybere z nabízených možností ohrožených skupin pedagogické pracovníky a pracovníky v sociálních službách.

„Většinou“ je chápáno 50 % a více respondentů.

Hypotéza č. 3

Přestože pracovníci vědí, jak syndromu vyhoření předcházet, většina z nich pro prevenci nic nedělá.

„Většinou“ je chápáno 50 % a více respondentů.

Hypotéza č. 4

Většina lidí má povědomí o odborných seminářích a možnosti vyhledat další informace o syndromu, bez ohledu na délku praxe.

„Většinou“ je chápáno 50 % a více respondentů.

7.2 Zdůvodnění volby výzkumné strategie

„Řešení metodologických otázek je ovlivněno filozofickými pohledy. Jak výzkum provedeme, závisí na našich názorech na povahu sociálního světa (ontologie), na to, co o něm můžeme vědět, na našich názorech na povahu znalostí a jak k nim můžeme dospět (epistemologie), na hodnotových a etických hlediscích.“ (Hendl, 2005, s. 35)

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní výzkumná strategie. *„Filozofickým základem kvantitativního výzkumu je existence jedné objektivní reality, venkovního světa, který nezávisí na našich citech a přesvědčení... Ideálem jsou přírodní vědy se svým přesným a nestranným pohledem na jevy a vybroušenými výzkumnými metodami.“* (Gavora, 2000, s. 33)

Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji. Existuje zde možnost precizního a jednoznačného vyjádření výzkumných údajů. Jelikož se osoba výzkumníka snaží držet odstup od zkoumaných jevů, je tím zabezpečena nestrannost pohledu. *„Hlavním cílem výzkumníka v kvantitativním výzkumu je třídění údajů a vysvětlení příčin existence nebo změn jevů. Přesné údaje umožňují zevšeobecnování a vyslovování předpovědí o jevech.“* (Gavora, 2000, s. 32). Kvantitativní výzkum je verifikační, ověřuje již existující teorie.

Kvantitativní výzkum vychází z dedukce, která spočívá v logickém odvození z množiny tvrzení, která považujeme za pravdivá. Tuto množinu tvrzení nazýváme premisy. Postup dedukce může být od obecného k jedinečnému, od obecného k obecnému nebo od jedinečného k jedinečnému.

Přednosti a nevýhody kvantitativního výzkumu podle Hendla (2005, s. 49):

Přednosti:

- ✓ testování a valorizace teorií,
- ✓ lze zobecnit na populaci,
- ✓ výzkumník eliminuje působení rušivých proměnných,

- ✓ relativně rychlý a přímočarý sběr dat,
- ✓ přesná, numerická data,
- ✓ relativně rychlá analýza dat, jsou-li k dispozici specializované počítačové programy,
- ✓ výsledky relativně nezávislé na osobě výzkumníka,
- ✓ užitečné při zkoumání větších skupin.

Nevýhody:

- ✓ kategorie a teorie použité výzkumníkem nemusí odpovídat lokálním zvláštnostem,
- ✓ výzkumník může pominout fenomény, protože se soustředí jen na určitou teorii a její testování a ne na rozvoj teorie,
- ✓ získaná znalost může být příliš abstraktní a obecná pro přímou aplikaci v místních podmínkách,
- ✓ výzkumník je omezen reduktivním způsobem získávání dat.

Kvantitativní výzkum je dle Hendla (Tamtéž, s. 46) spojován s hypoteticko-deduktivním modelem vědy, který se skládá ze základních částí:

1. teorie vyjádřená jako určité obecné tvrzení, které má potenciál vysvětlit vztahy v reálném světě,
2. provede se dedukce; pokud teorie platí, očekáváme, že nalezneme vztah minimálně mezi dvěma proměnnými - hypotéza,
3. operační (operacionalizovaná) definice, abychom zjistili to, co potřebujeme zjistit,
4. provedeme pozorování - měření,
5. testování hypotézy, závěry o platnosti hypotézy,
6. verifikace, čili výsledek testování vztáhneme zpět k teorii.

7.3 Technika sběru dat

Gavora uvádí (2000, s. 99), že v rámci kvantitativně výzkumné strategie byla data získána technikou dotazníku. Jde o písemné kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Určen je především pro hromadné získávání údajů. Užit byl dotazník standardizovaný, vlastní konstrukce.

- ✓ Přednosti dotazníku podle Surynka (Surynek, Komárková, Kašparová, 1999, s. 69) jsou následující:
- ✓ je levnější,
- ✓ nedochází k nežádoucímu ovlivnění působení osoby tazatele,
- ✓ respondent si sám určuje, jaká doba mu vyhovuje na zodpovězení otázek.

Nevýhody:

- ✓ nižší návratnost,
- ✓ možnost rozmyslet si odpověď nedovoluje zachytit spontánní odpovědi,
- ✓ není možná kontrola, kdo dotazník vyplnil,
- ✓ nejsou pod kontrolou podmínky, za jakých je dotazník vyplňován (rušivé vlivy),
- ✓ možnost, že o sobě respondenti nevypráví, jací ve skutečnosti jsou, ale jenom to, jak vidí sami sebe nebo chtějí, aby je viděli druzí.

Dotazník byl doplněný o průvodní text pro respondenty, ve kterém bylo objasněno, pro jaké potřeby je určen. Obsahoval také informace potřebné k vyplnění dotazníku. Uvedena byla i informace, do kdy je třeba vyplněný dotazník vrátit.

*„Znění otázek je potřeba přezkoušet v **předvýzkumu**, nejlépe pomocí interview. Respondent přitom vysvětlí, jak rozumí každé otázce.“* (Gavora, 2000, s. 101). V rámci výzkumného projektu byl proto realizován předvýzkum, ve kterém byl dotazník předložen vybranému vzorku respondentů. S nimi byla konzultována srozumitelnost jednotlivých otázek z dotazníku. Na tomto základě byly přeformulovány ot. č. 1, 2, 6.

V konečné podobě dotazníku bylo položeno 19 otázek, které vycházejí z teoretické části diplomové práce. V dotazníku byly použity následující typy otázek, které čerpali z Gavory (Tamtéž, s. 101 - 105):

- ✓ uzavřené (takové, který nabízí hotové odpovědi),
dichotomické (nabízí dvě možné odpovědi),
- ✓ polouzavřené, doplněné variantou „jiné“,
- ✓ otevřené, které nabízí volnou odpověď respondentovi,
- ✓ v závěru jsou pak uvedeny otázky na charakteristiku zkoumaného souboru.

7.4 Strategie volby výzkumného souboru

Jak autor práce již uvedl, pracoval po nějakou dobu s cílovou skupinou duševně nemocných. I proto se rozhodl oslovit pracovníky této skupiny.

Všichni respondenti, kteří byli osloveni, tvoří základní soubor. V našem případě byli osloveni pracovníci s klientelou s duševním onemocněním na území hl. města Prahy. Jednalo se o záměrný výběr. *„Záměrný výběr se uskutečňuje na základě určení relevantních znaků, tj. těch znaků základního souboru, které jsou důležité pro dané zkoumání.“* (Gavora, 2000, s. 64)

Dotazníkové šetření bylo provedeno na přelomu měsíce ledna a února. Osloveni byli jednotliví pracovníci pracující s duševně nemocnými. Současně byli požádáni o šíření dotazníku mezi další kolegy, jejichž počty mi byly následně sděleny. Původně bylo rozesláno celkem 182 dotazníků. Návratnost neboli poměr počtu odeslaných dotazníků k počtu vyplněných a vrácených, se vyjadřuje v procentech. *„Vlivem nejrůznějších činitelů návratnost zasílaných dotazníků nikdy není 100 %. Za požadovanou minimální návratnost dotazníkového výzkumu se považuje 75 %“*. (Gavora, 2000, s. 107) V našem případě byla návratnost 65 %.

7.5 Strategie pro vyhodnocení údajů

a) třídění dotazníků

Původně bylo rozesláno celkem 182 dotazníků. V našem případě byla návratnost 65 %, tedy 117 dotazníků. Všechny dotazníky byly v tištěné podobě, tříděny ručně. Z toho bylo použito celkem 111 dotazníků.

Z vyhodnocování bylo vyřazeno celkem 6 dotazníků, z nichž:

- ✓ 2 dotazníky byly vyplněny jen částečně,
- ✓ 4 dotazníky byly vyplněny špatně (bylo označeno více odpovědí, nepřehledné značení aj.).

Výzkumný soubor tedy na základě dotazníků představuje 111 respondentů.

b) uspořádání dat

Výsledky třídění jsou uspořádány do tzv. kontingenčních tabulek, ve kterých je uvedena absolutní a relativní četnost, a grafů.

Vzorce pro zpracování četností:

Absolutní četnost (n_i) - počet všech hodnot v souboru n_i

$$\sum_{i=1}^k n_i = n$$

Relativní četnost (p_i) - podíl hodnot na rozsahu souboru

$$p_i = \frac{n_i}{n}$$

Relativní četnost je možné vyjádřit také v procentech. Vypočítaná hodnota se vynásobí 100 %. Relativní četnost podává informace o tom, jak velká část z celkového počtu hodnot připadá na danou hodnotu.

c) Zpracování dat

Získaná data byla autorem práce zpracována za použití počítačových programů Microsoft Office Word 2007 a Microsoft Office Excel 2007.

d) Organizace výzkumu

- ✓ teoretická část - srpen až prosinec 2012,
- ✓ příprava výzkumu – prosinec 2012 až leden 2013,
- ✓ předvýzkum – leden 2013,
- ✓ výzkumná část – leden až únor 2013,
- ✓ zpracování a interpretace výsledků – únor 2013.

8 Analýza a interpretace dat

V následující kapitole jsou získaná data analyzována a interpretována nejprve jako celek, dále v návaznosti na dílčí cíle diplomové práce.

8.1 Otázky zaměřené na charakteristiku zkoumaného souboru

Analýza otázky č. 17: Pohlaví respondentů

Tabulka 2: Pohlaví respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ženy	98	88
Muži	13	12
Celkem	111	100

Zdroj: vlastní

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 111 respondentů, z nichž bylo 98 žen, tj. 88 %, a 13 mužů, tj. 12 %.

Tento počet je ovlivněn složením pracovníků, kteří v těchto službách pracují. Je patrné, že v sociálních službách pracují převážně ženy.

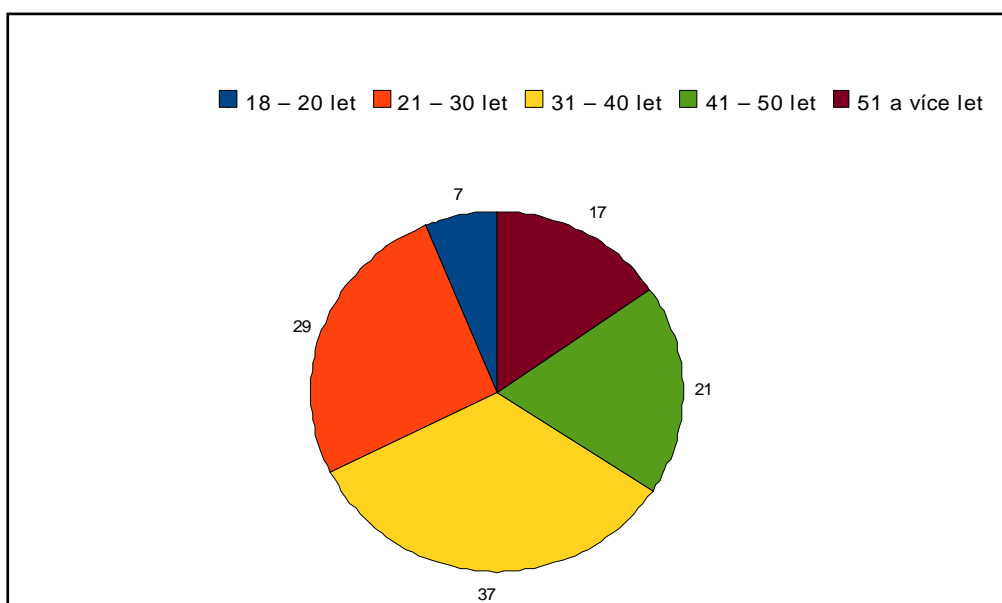
Analýza otázky č. 18: Věk respondentů

Tabulka 3: Věk respondentů

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
<i>18 – 20 let</i>	<i>7</i>	<i>6</i>
<i>21 – 30 let</i>	<i>29</i>	<i>26</i>
<i>31 – 40 let</i>	<i>37</i>	<i>34</i>
<i>41 – 50 let</i>	<i>21</i>	<i>19</i>
<i>51 a více let</i>	<i>17</i>	<i>15</i>
<i>Celkem</i>	<i>111</i>	<i>100</i>

Zdroj: autor práce

Graf 1: Věk respondentů



Zdroj: autor práce

34 % respondentů bylo ve věku 31 – 40 let, 26 % respondentů bylo ve věku 31 – 30 let, 19 % respondentů bylo ve věku 41 – 50 let, 15 % respondentů bylo ve věku 51 let a více a 6 % respondentů bylo ve věku 18 – 20 let.

Analýza otázky č. 19: Délka praxe s duševně nemocnými

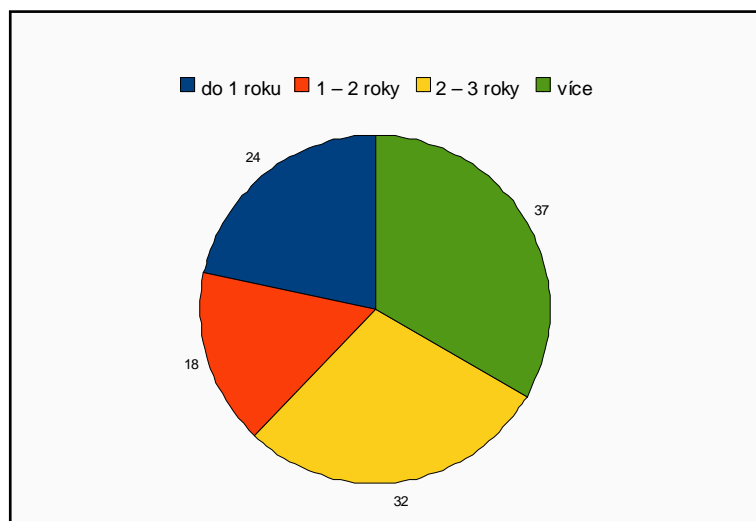
Tabulka 4: Délka praxe

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Do 1 roku	24	21
1 – 2 roky	18	16
2 – 3 roky	32	29
Více	37	34
Celkem	111	100

Zdroj: autor práce

37 respondentů (tj. 34 %) pracuje s duševně nemocnými více jak 3 roky, 32 respondentů (tj. 29 %) s nimi pracuje 2 až 3 roky, 18 respondentů (tj. 16 %) pracuje s touto cílovou skupinou 1 – 2 roky a zbylých 24 respondentů (tj. 24 %) pracuje s duševně nemocnými do jednoho roku.

Graf 2: Délka praxe



Zdroj: autor práce

8.2 Otázky zaměřené na syndrom vyhoření

DC1 Zjistit informovanost o syndromu vyhoření mezi pracovníky v sociálních službách s lidmi s duševním onemocněním.

Analýza otázky č. 1: Slyšel/a jste někdy pojem syndrom vyhoření?

Všichni respondenti, t. j. 100 %, slyšeli o pojmu syndrom vyhoření.

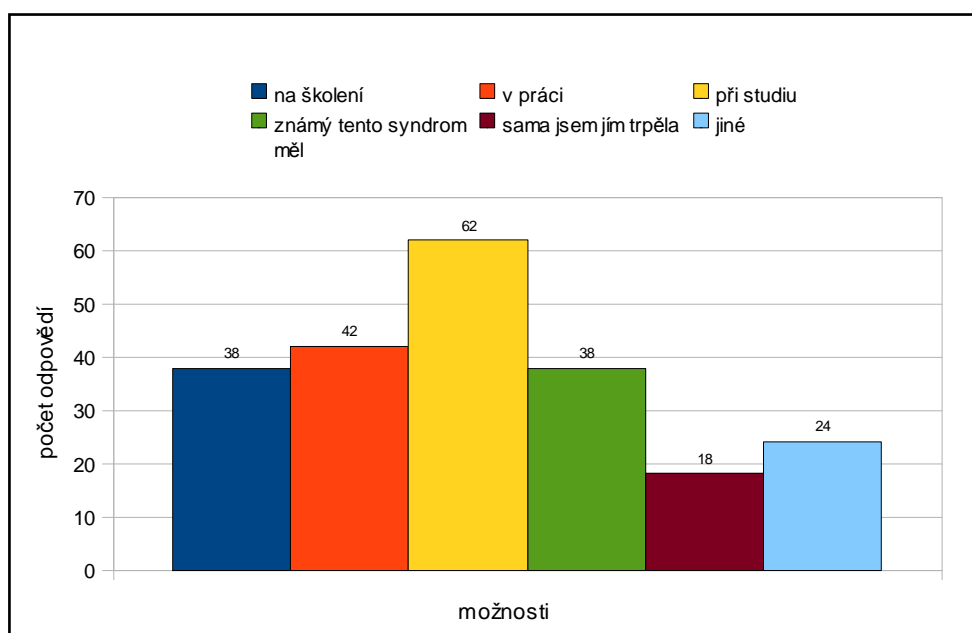
Analýza otázky č. 2: Pokud jste o syndromu vyhoření slyšel/a, v jaké souvislosti?

Tabulka 5: Souvislost se setkáním se syndromem vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Na školení	38	18
V práci	42	19
Při studiu	62	28
Známý syndrom měl/la	38	18
Sám/sama jsem jím trpěl/la	18	8
Jiné	24	11
Celkem	222	100

Zdroj: autor práce

Graf 3: Souvislost se setkáním se syndromem vyhoření



Zdroj: autor práce

Všichni respondenti se setkali s pojmem syndromu vyhoření. 62 respondentů se setkala s tímto syndromem při studiu, 42 dotazovaných o syndromu slyšelo v práci. Shodně 38 respondentů se se syndromem setkala na školení nebo jím trpěl známý dotazovaného. 24 dotazovaných uvedlo možnost „jiné“, kam jako zdroj zařadili média (novinový článek, internet). 18 respondentů se s pojmem setkala na „vlastní kůži“, trpěli jím.

Analýza otázky č. 3: Víte, co tento pojem znamená?

Všichni respondenti, tj. 100 %, uvedli, že vědí, co pojem syndrom vyhoření znamená.

Analýza otázky č. 7: Jaké mohou být projevy tohoto syndromu? Uveďte alespoň tři.

Tabulka 6: Projevy syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Únava	98	29
Zvýšená nemocnost, bolesti zad aj.	56	17
Nespavost	52	16
Deprese, úzkost	38	11
Ztráta nadšení, elánu, síly	32	10
Pocit neschopnosti	21	6
Neschopnost uvolnit se	15	5
Omezení kontaktů s okolím, v práci	11	3
Ztráta sebeovládání	9	2
Jiné	5	1
Celkem	337	100

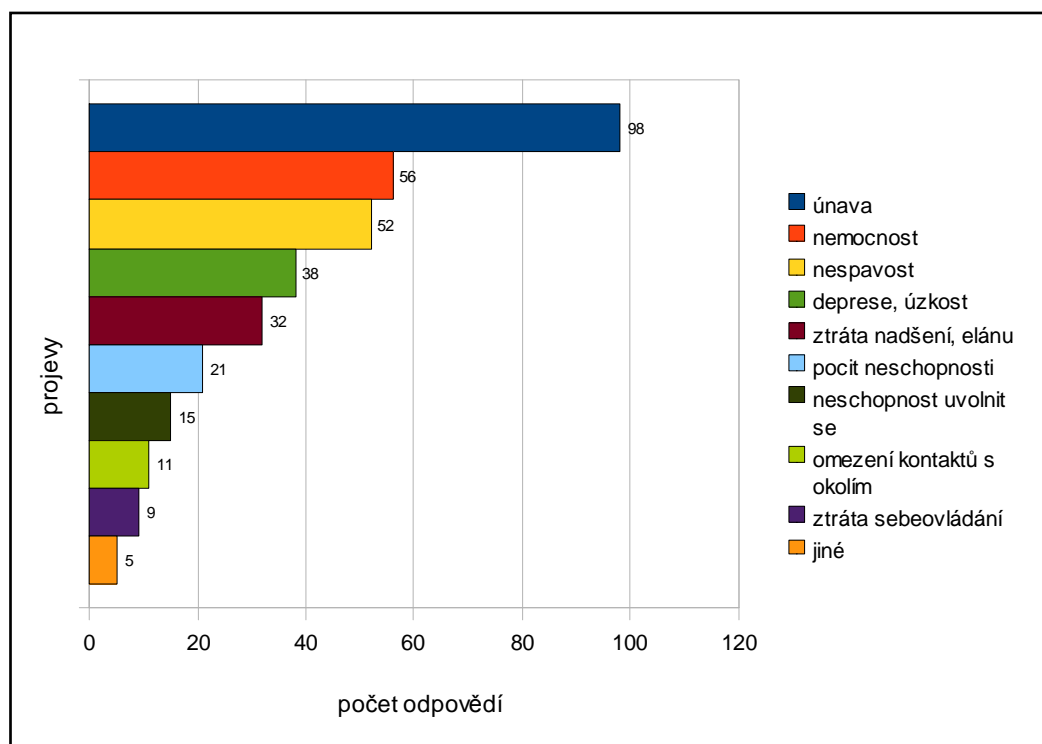
Zdroj: autor práce

Celkem na otázku odpovědělo 111 respondentů. Z toho 16 respondentů uvedlo jen dva projevy syndromu. Naopak 14 respondentů uvedlo více jak tři možnosti.

98 respondentů ze 111 uvedlo jako jeden z příznaků únavu. Početně významné je pak uvedení možností zvýšená nemocnost (56 respondentů) a nespavost (52 respondentů). Depresi a úzkost uvedlo 38 dotazovaných. 32 respondentů pak uvedlo jako příznak ztrátu nadšení, elánu, síly.

K možnosti „jiné“ autor práce, dle odpovědí respondentů, zařadil pesimismus, lhostejnost, tíhnutí k administrativě, splnění zadaných úkolů bez nových či originálních nápadů, nechutenství.

Graf 4: Projevy syndromu vyhoření



Zdroj: autor práce

DC2 Zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků.

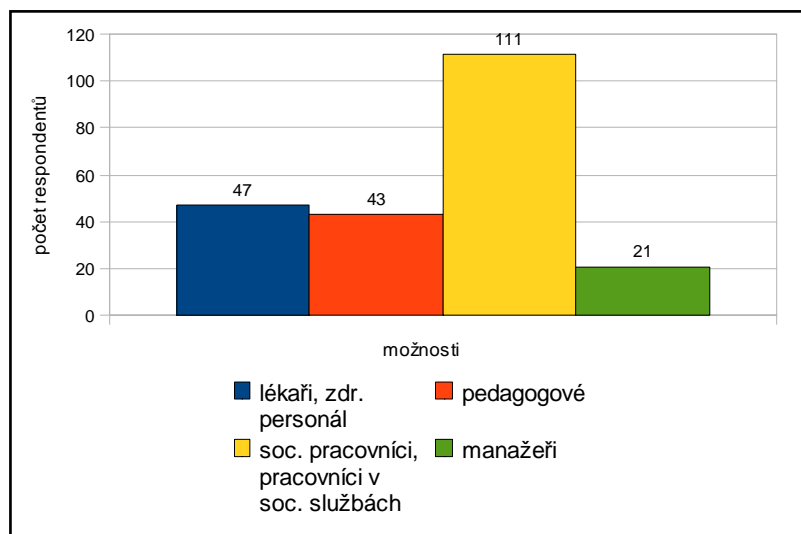
Analýza otázky č. 4: Kterí lidé jsou, dle Vás, tímto syndromem nejvíce ohroženi? (možnost označit dvě možnosti)

Tabulka 7: Ohrožení lidí dle profese

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lékaři, zdr. personál	47	21
Pedagogové	43	20
Soc. pracovníci, prac. v soc. sl.	111	50
Prodávající	0	0
Stavbaři	0	0
Manažeři	21	9
Zemědělci	0	0
Jiné	0	0
Celkem	222	100

Zdroj: autor práce

Graf 5: Ohrožení lidí dle profese



Zdroj: autor práce

Pracovníci působící v sociální oblasti, kteří tvořili 100 % respondentů, se všichni shodli na tom, že je jejich povolání rizikové s ohledem na možnost ohrožení syndromem vyhoření. Všichni vybrali jako jednu ze dvou možných profesí, sociální pracovníky a prac. v sociálních službách. Jako druhou skupinu pak volili lékaře a zdravotnický personál (47 respondentů), pedagogy (43 dotazovaných) a manažery (21 respondentů).

Analýza otázky č. 5: Pokud se jedná o tzv. pomáhající profese, domníváte se, že má nějaký vliv to, s jakou cílovou skupinou člověk pracuje?

Tabulka 8: Vliv cílové skupiny na syndrom vyhoření 1

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	93	84
Ne	2	2
Nevím, nedovedu posoudit	16	14
Celkem	111	100

Zdroj: autor práce

84 % dotazovaných se domnívá, že na syndrom vyhoření má vliv, s jakou cílovou skupinou člověk pracuje. 14 % respondentů toto neví nebo nedovede posoudit. Pouze 2 dotazovaní jsou toho názoru, že cílová skupina nemá vliv na vznik syndromu.

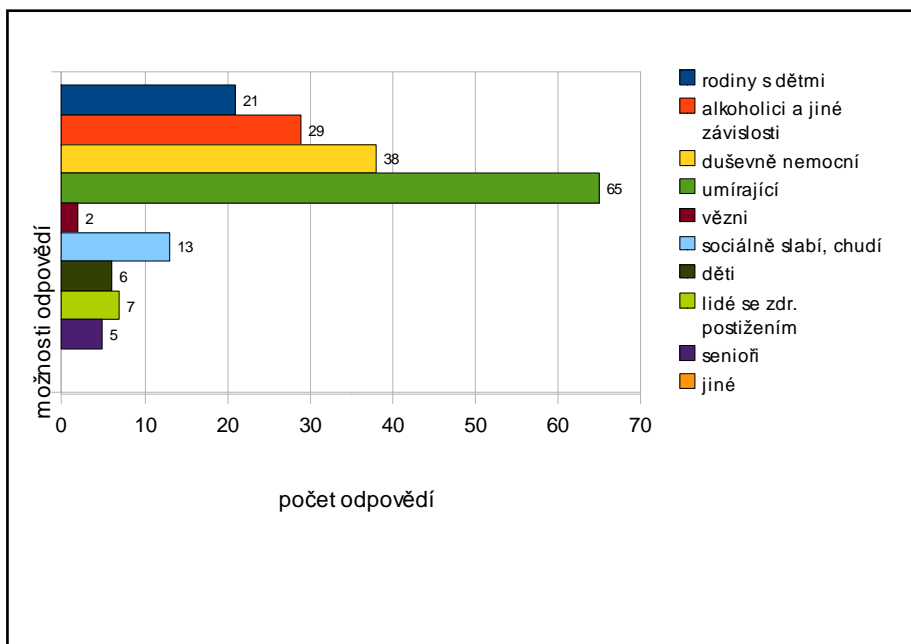
Analýza otázky č. 6: Pokud ano, kteří pracovníci jsou, dle Vašeho názoru, nejvíce ohroženi? Ti, kteří pracují s... (lze označit dvě možnosti)

Tabulka 9: Vliv cílové skupiny na syndrom vyhoření 2

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Rodiny s dětmi	21	11
Alkoholici a jiné závislosti	29	16
Duševně nemocní	38	20
Umírající	65	35
Vězni	2	1
Sociálně slabí, chudí	13	7
Děti	6	3
Lidi se zdr. postižením	7	4
Senioři	5	3
Jiné	0	0
Celkem	186	100

Zdroj: autor práce

Graf 6: Vliv cílové skupiny na syndrom vyhoření 2



Zdroj: autor práce

Celkem zodpovědělo 93 dotazovaných, kteří na předchozí otázku odpověděli kladně. 65 dotazovaných z 93 uvedlo, že nejvíce ohroženou cílovou skupinou jsou osoby pracující s umírajícími. Dále pak duševně nemocní, což uvedlo 38 dotazovaných. Tato odpověď může být částečně ovlivněna shodnou cílovou skupinou dotazování. Podle 29 dotazovaných je vyšší riziko u osob pracujících s alkoholiky a jinými závislými. 21 dotazovaných se domnívá, že je náročné pracovat s rodinami s dětmi. 7 respondentů zvolilo cílovou skupinu sociálně slabých a chudých.

DC3 Zjistit, zda pracovníci vědí, jak syndromu předcházet a zda to následně sami činí.

Analýza otázky č. 8: Myslíte si, že lze syndromu vyhoření nějak předcházet?

Všichni respondenti se domnívají, že lze syndromu vyhoření předcházet.

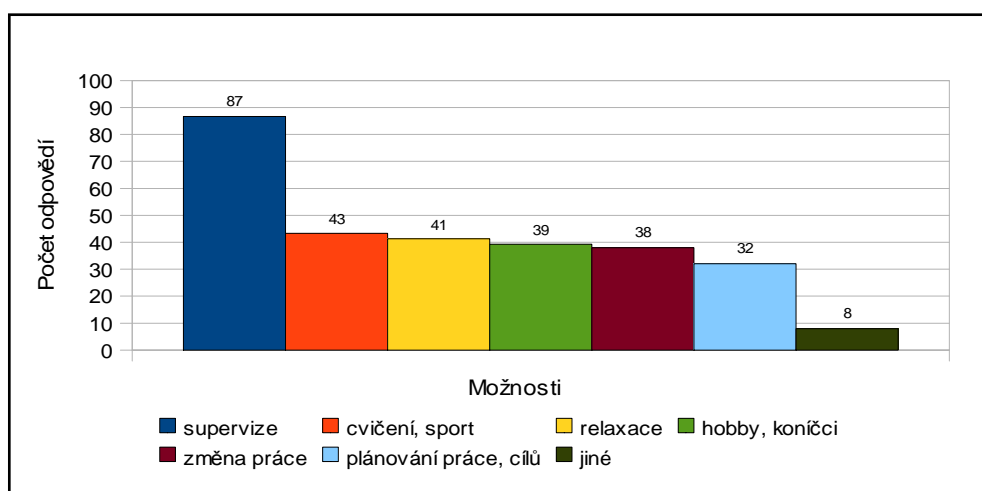
Analýza otázky č. 9: Jak lze syndromu vyhoření předcházet

Tabulka 10: Možnosti prevence syndromu vyhoření

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Supervize	87	30
Cvičení, sport	43	15
Relaxace (jóga, meditace, aj.)	41	14
Hobby	39	13
Změna práce	38	13
Plánování práce, cílů	32	11
Jiné	8	4
Celkem	288	100

Zdroj: autor práce

Graf 7: Možnosti prevence syndromu vyhoření



Zdroj: autor práce

Za hlavní možnost prevence syndromu vyhoření považuje většina respondentů supervizi, a to celkem 87 dotazovaných. Někteří z dotazovaných volí sport, cvičení, pohyb - 43 dotazovaných. Podle 41 respondentů pomáhá syndromu předcházet relaxace. 39 dotazovaných by se preventivně věnovalo svým koníčkům. O jednoho méně, tj. 38, by volilo možnost odchodu z práce. 32 dotazovaných za prevenci považují plánování práce a cílů. Za možnost „jiné“ 8 dotazovaných uvedlo trávení času s rodinou či přáteli v 5ti případech, 2 delší dovolenou a 1 „netahat si práci domů“.

Analýza otázky č. 10: Děláte Vy osobně něco pro to, abyste syndromem vyhoření netrpěl/a?

Tabulka 11: Aktivita dotazovaných v prevenci

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	109	9
Ne	9	8
Celkem	111	100

Zdroj: autor práce

92 % respondentů je aktivní a činí kroky vedoucí k prevenci syndromu vyhoření. 9 dotazovaných proti syndromu nečiní nic.

Analýza otázky č. 11: Pokud ano, co?

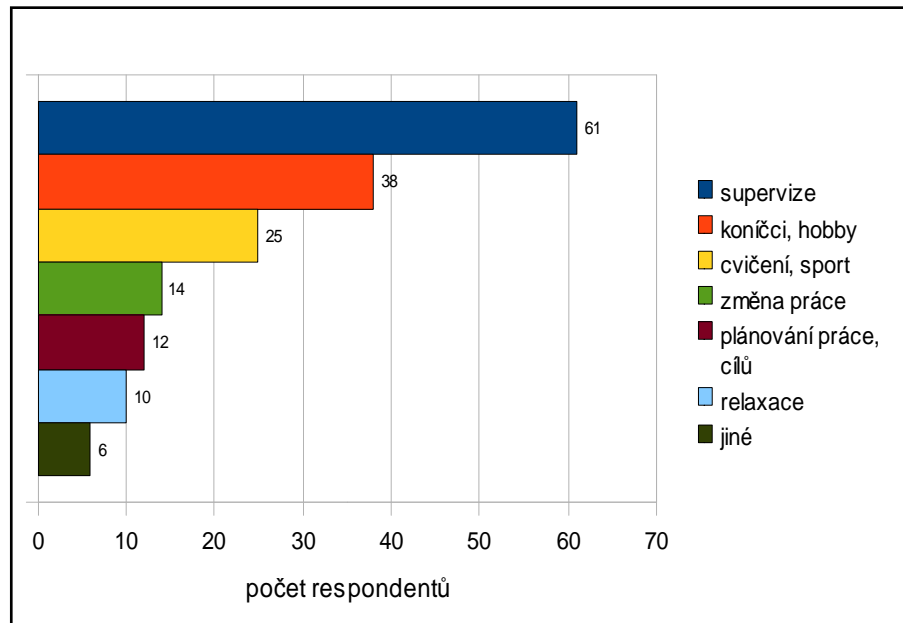
Tabulka 12: Prevence syndromu vyhoření u dotazovaných

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Supervize	61	37
Hobby, koníčky	38	23
Cvičení, sport	25	15
Změna práce	14	8
Plánování práce, cílů	12	7
Relaxace (jóga, meditace, autogenní trénink, odpočinek aj.)	10	6
Jiné	6	4
Celkem	166	100

Zdroj: autor práce

61 dotazovaných, z celkového počtu 102, kteří se sami snaží preventivně předejít syndromu vyhoření, k tomu využívá supervizi. 38 respondentů se věnuje svým koníčkům, 25 řeší prevenci aktivně a věnuje se sportu. Ohledně změny pracovních podmínek – 14 dotazovaných změnilo práci, 12 plánuje práci a cíle. 10 respondentů relaxuje a 6 provádí jiné aktivity (např. výlety, čas tráví s přáteli a rodinou).

Graf 8: Prevence syndromu vyhoření u dotazovaných



Zdroj: autor práce

Analýza otázky č. 12: Pokud ne, proč?

Jak je uvedeno v tabulce č. 11, 9 dotazovaných, tj. 8 % respondentů, nečiní preventivně proti syndromu nic. Na dotaz Proč? uvedli následující:

- ✓ nemám čas, jsem ráda, že jsem v klidu doma,
- ✓ nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela,
- ✓ když přijdu domů, věnuji se domácnosti a dětem, nemám na sebe a své aktivity čas,
- ✓ nemám čas (uvedeno 2x),
- ✓ neřeším to nijak, syndrom vyhoření se mě netýká,
- ✓ zatím jsem nemusela řešit, v práci jsem spokojená/ý (uvedeno 2x),
- ✓ neřeším to, a kdyby něco, změním práci.

DC4 Zjistit, zda mají pracovníci povědomí o odborných seminářích a dalším vzdělávání, kde se mohou o syndromu vyhoření dozvědět více.

Analýza otázky č. 13: Účastnil/a jste se nějakého semináře na toto téma?

Tabulka 13: Účast na semináři

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	83	75
Ne	28	25
Celkem	111	100

Zdroj: autor práce

75 % respondentů se zúčastnilo semináře na téma syndrom vyhoření. Zbýlých 25 % ne.

Analýza otázky č. 14: Pokud ne, proč?

Jak je uvedeno v tabulce č. 14, celkem 28 dotazovaných se nezúčastnilo žádného semináře na téma syndrom vyhoření. Důvodem např. bylo:

- ✓ nebyl mi nabídnut,
- ✓ o seminářích rozhoduje zaměstnavatel a tento seminář zatím ne zvolil,
- ✓ seminář nebyl bezplatný, a tak jsem si vybrala jiný, více zajímavý,
- ✓ nepovažuji za důležité se školení účastnit, jde o známé téma,
- ✓ pracuji v sociální oblasti krátce, na semináři jsem ještě nebyla,
- ✓ téma je mi známé ze studií, proto volím jiné semináře,
- ✓ nezajímám se o toto téma,
- ✓ atd.

Analýza otázky č. 15: Četl jste někdy nějakou odbornou literaturu na téma syndrom vyhoření?

Tabulka 14: Odborná literatura

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	71	64
Ne	40	36
Celkem	111	100

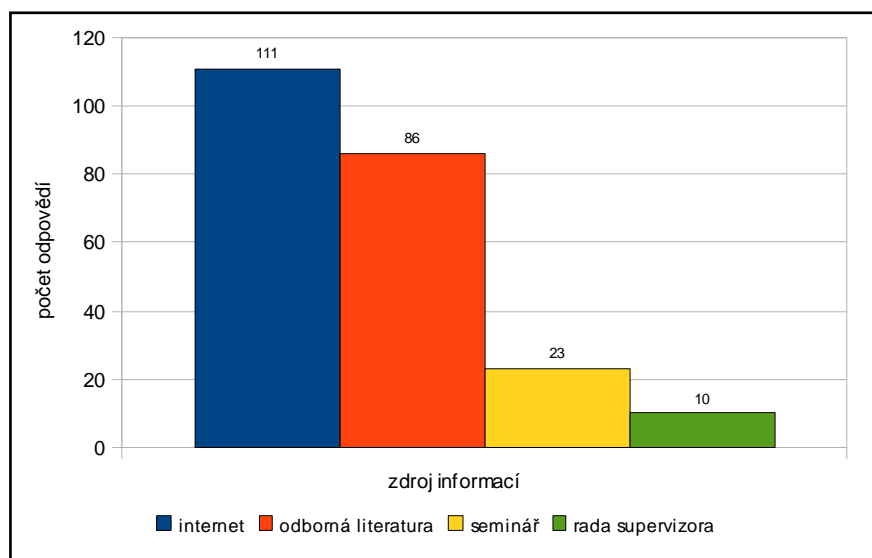
Zdroj: autor práce

71 dotazovaných, tj. četlo odbornou literaturu na téma syndrom vyhoření, 40 respondentů ne (tj. 36 %).

Analýza otázky č. 16: Víte, kde lze vyhledat více informací o tomto syndromu? Pokud ano, kde?

Všichni dotazovaní (tj. 100 %) vědí, kde lze vyhledat informace o syndromu vyhoření. Všichni vědí, že informace naleznou na internetu. 86 dotazovaných by zvolilo zdrojem informací odbornou literaturu, 23 účast na seminářích a 10 by využilo supervizora.

Graf 9: Zdroje informací o syndromu



Zdroj: autor práce

8.3 Ověřování hypotéz

V návaznosti na hlavní cíl byly stanoveny 4 hypotézy:

Hypotéza č. 1

Přestože lidé s osobami s duševním onemocněním pracují krátce, vědí, co je to syndrom vyhoření.

Za „krátkou dobu práce“ považují dobu do jednoho roku.

Byly testovány odpovědi na otázky č. 19 a č. 1, č. 3 a č. 7.

Z celkového počtu dotazovaných bylo 24 osob s dobou praxe do jednoho roku.

Všichni dotazovaní, celkem 100 %, vědí, co je syndrom vyhoření. Všichni respondenti odpověděli, že o syndromu vyhoření slyšeli. Všichni dotazovaní uvedli nejméně 2 projevy syndromu (pouze 2 projevy uvedlo jen 16 osob, ostatní 3 a více).

Hypotéza č. 1 se potvrdila. I lidé pracující s duševně nemocnými jen krátkou dobu vědí, co je to syndrom vyhoření.

Hypotéza č. 2

Většina pracovníků vybere z nabízených možností ohrožených skupin pedagogické pracovníky a pracovníky v sociálních službách.

„Většinou“ je chápáno 50 % a více respondentů.

Byly testovány odpovědi na otázku č. 4.

Pracovníci působící v sociální oblasti, kteří tvořili 100 % respondentů, se shodli na tom, že je jejich povolání rizikové, s ohledem na možnost ohrožení syndromem vyhoření. Všichni vybrali, jako jednu ze dvou možných profesí, pracovníky v sociálních službách. Jako druhou skupinu pak volili lékaře a zdr. personál (47 respondentů), pedagogy (43 dotazovaných) a manažery (21 respondentů).

Hypotéza č. 2 se ověřila jen částečně. Všichni respondenti uvedli, že jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Jako druhou možnost pak ale vybírali lékaře a zdravotnický personál (ve 47 případech). Pedagogy zvolilo 43 dotazovaných, což je méně jak 50 %. Tato část hypotézy se tedy nepotvrdila.

Hypotéza č. 3

Přestože pracovníci vědí, jak syndromu vyhoření předcházet, většina z nich pro prevenci nic nedělá.

„Většinou“ je chápáno 50 % a více respondentů.

Byly testovány otázky č. 8, č. 9, č. 10, č. 11 a č. 12.

Všichni dotazovaní vědí, že lze syndromu vyhoření předcházet. Nejčastější forma prevence je, podle respondentů, supervize (uvedlo 87 dotazovaných ze 111), dále pak sport a cvičení (uvedlo 43 dotazovaných), relaxace (uvedlo 41 dotazovaných), hobby (uvedlo 39 dotazovaných), změna práce (uvedlo 38 dotazovaných), plánování cílů a práce (uvedlo 32 dotazovaných).

Celkem 102 dotazovaných, tj. 92 %, činí něco proti syndromu vyhoření. Nejčastěji využívají supervizi. Jen 9 osob, tj. 8 %, proti syndromu nic nedělá. Důvodem je:

- ✓ nemám čas, jsem ráda, že jsem v klidu doma,
- ✓ nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela,
- ✓ když přijdu domů, věnuji se domácnosti a dětem, nemám na sebe a své aktivity čas,
- ✓ nemám čas (uvedeno 2x),
- ✓ neřeším to nijak, syndrom vyhoření se mě netýká,
- ✓ zatím jsem nemusela řešit, v práci jsem spokojená/ý (uvedeno 2x),
- ✓ neřeším to, a kdyby něco, změním práci.

Hypotéza č. 3 se potvrdila jen částečně. Všichni pracovníci vědí, jak syndromu vyhoření předcházet. Žádnou prevenci proti syndromu nečiní pouze 8 % dotazovaných, tj. 9 respondentů.

Hypotéza č. 4

Většina lidí má povědomí o odborných seminářích a možnosti vyhledat další informace o syndromu, bez ohledu na délku praxe.

„Většinou“ je chápáno 50 % a více respondentů.

Byly testovány otázky č. 13, č. 14, č. 15, č. 16 a č. 19.

83 dotazovaných, tj. 75 %, se účastnilo kurzu na téma syndrom vyhoření. 71 dotazovaných, tj. 64 %, četlo nějakou odbornou literaturu na téma syndrom vyhoření. Všichni dotazovaní, tj. 100 %, vědí, kde lze vyhledat informace o syndromu. Všichni, tj. 100 %, by je hledali na internetu.

Hypotéza č. 4 se potvrdila. Respondenti mají přehled o tom, kde lze vyhledat informace o syndromu vyhoření. 75 % dotazovaných se zúčastnilo semináře na toto téma, 64 % dotazovaných četlo odbornou literaturu na toto téma, 100 % dotazovaných také ví, kde hledat informace o syndromu.

8.4 Interpretace dílčích cílů

Cílem DC1 bylo zjistit informovanost o syndromu vyhoření mezi pracovníky v sociálních službách s lidmi s duševním onemocněním. Jednalo se o otázku č. 1: Slyšel/a jste někdy pojem syndrom vyhoření?, otázku č. 2: Pokud jste o syndromu vyhoření slyšel/a, v jaké souvislosti, otázku č. 3: Víte, co tento pojem znamená?, a otázku č. 7: Jaké mohou být projevy tohoto syndromu?.

Respondenti označili, že slyšeli pojem syndrom vyhoření. 62 dotazovaných o něm slyšelo ve škole, 42 dotazovaných v práci, shodně 35 dotazovaných na školení anebo jím sami trpěli, 24 dotazovaných označilo možnost „jiné“ (např. média), 18 respondentů syndromem trpělo. Všichni dotazovaní vědí, co syndrom znamená.

16 dotazovaných uvedlo pouze 2 projevy syndromu vyhoření. Naopak 14 dotazovaných uvedlo více než 3 projevy. 98 respondentů ze 111 uvedlo jako jeden z příznaků únavu. Následovalo uvedení možností zvýšená nemocnost (56 respondentů) a nespavost (52 respondentů). Depresi a úzkost uvedlo 38 dotazovaných. 32 respondentů pak uvedlo jako příznak ztrátu nadšení, elánu, síly. K možnosti „jiné“ autor práce, dle odpovědí respondentů, zařadil pesimismus, lhostejnost, tíhnutí k administrativě, splnění zadaných úkolů bez nových či originálních nápadů, nechutenství.

Hypotéza č. 1 se potvrdila. I lidé pracující s duševně nemocnými jen krátkou dobu vědí, co je to syndrom vyhoření.

DC2 měl zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u pracovníků. Jednalo se o pozorování odpovědí na otázku č. 4: Kteří lidé jsou, dle Vás, tímto syndrom nejvíce ohroženi?, otázku č. 5: Pokud se jedná o tzv. pomáhající profese, domníváte se, že má nějaký vliv to, s jakou cílovou skupinou člověk pracuje?, a otázku č. 6: Pokud ano, kteří pracovníci jsou, dle Vašeho názoru, nejvíce ohroženi? Ti, kteří pracují s...

Všichni respondenti uvedli, že nejvíce ohroženi jsou pracovníci v sociálních službách. Dále pak lékaři a zdravotnický personál (uvedlo 47 dotazovaných), pedagogové (uvedlo 43 dotazovaných) a manažeři (uvedlo 21 dotazovaných).

93 dotazovaných, tj. 84 % se domnívá, že na syndrom má vliv také cílová skupina, které se pracovníci věnují. 2 dotazovaní jsou toho názoru, že toto vliv nemá. Zbylých 16 dotazovaných to nedovede posoudit.

Ti, kteří přikládají vliv cílové skupině, se domnívají, že jsou nejvíce ohroženi ti, kteří pracují s umírajícími (65 osob z 93), s duševně nemocnými (38 osob z 93), s alkoholiky a jinými závislými (29 osob z 93), s rodinami s dětmi (21 osob z 93), se sociálně slabými a chudými (13 osob z 93).

Hypotéza č. 2 se ověřila jen částečně. Všichni respondenti uvedli, že jsou syndromem vyhoření nejvíce ohroženi sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách. Jako druhou možnost pak ale vybírali lékaře a zdravotnický personál (ve 47 případech). Pedagogy zvolilo 43 dotazovaných, což je méně jak 50 %.

Cílem DC3 bylo zjistit, zda pracovníci vědí, jak syndromu předcházet a zda to následně sami činí. K tomuto byly sledovány otázka č. 8: Myslíte si, že lze syndromu vyhoření nějak předcházet?, otázka č. 9: Jak lze syndromu vyhoření předcházet?, otázka č. 10: Děláte Vy osobně něco pro to, abyste syndromem vyhoření netrpěl/a?, otázka č. 11: Pokud ano, co?, a otázka č. 12: Pokud ne, proč?

Všichni respondenti vědí, že lze syndromu vyhoření předcházet. 87 dotazovaných za prevenci považuje supervizi, 43 dotazovaných cvičení sport, 41 osob relaxaci, 39 dotazovaných hobby, 38 osob změnu práce, 32 plánování cílů a práce, 5 osob uvedlo trávení času s rodinou a přáteli, 2 osoby delší dovolenou a 1 dotazovaný „netahat si práci domů“.

92 % respondentů, tj. 102 dotazovaných, uvedlo, že je aktivní v prevenci syndromu. 61 osob využívá supervizi, 38 tráví čas svými koníčky, 25 cvičí či sportuje, 14 osob změnilo práci, 12 osob plánuje práci a cíle, 10 relaxuje a 6 činí jiné aktivity (např. výlety, čas tráví s přáteli a rodinou).

9 dotazovaných proti syndromu vyhoření nečiní žádné aktivity. Důvodem je:

- ✓ nemám čas, jsem ráda, že jsem v klidu doma,
- ✓ nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela,

- ✓ když přijdu domů, věnuji se domácnosti a dětem, nemám na sebe a své aktivity čas,
- ✓ nemám čas (uvedeno 2x),
- ✓ neřeším to nijak, syndrom vyhoření se mě netýká,
- ✓ zatím jsem nemusela řešit, v práci jsem spokojená/ý (uvedeno 2x),
- ✓ neřeším to, a kdyby něco, změním práci.

Hypotéza č. 3 se potvrdila pouze částečně. Všichni pracovníci vědí, jak syndromu vyhoření předcházet. Žádnou prevenci proti syndromu pak nečiní jen 8 % dotazovaných, tj. 9 respondentů.

DC4 bylo zjistit, zda mají pracovníci povědomí o odborných seminářích a dalším vzdělávání, kde se mohou dozvědět více o syndromu vyhoření. Jednalo se o otázku č. 13: Účastnil/a jste se nějakého semináře na toto téma?, otázku č. 14: Pokud ne, proč?, otázku č. 15: Četl jste někdy nějakou odbornou literaturu na téma syndrom vyhoření? a otázku č. 16: Víte, kde lze vyhledat více informací o tomto syndromu? Pokud ano, kde?

75 % respondentů, tj. 83 osob, se zúčastnilo semináře na téma syndrom vyhoření. 28 dotazovaných se semináře nezúčastnilo, např. proto, že:

- ✓ nebylo mi nabídnuto,
- ✓ o seminářích rozhoduje zaměstnavatel a tento seminář zatím nezvolil,
- ✓ seminář nebyl bezplatný a tak jsem si vybrala jiný, více zajímavý,
- ✓ nepovažuji za důležité se školení účastnit, jde o známé téma,
- ✓ pracuji v sociální oblasti krátce, na semináři jsem ještě nebyla,
- ✓ téma je mi známé ze studií, proto volím jiné semináře,
- ✓ nezajímám se o toto téma.

71 respondentů četlo odbornou literaturu na toto téma. Všichni dotazovaní vědí, kde vyhledat informace o syndromu – všichni respondentů by hledali informace

na internetu, 86 osob by čerpalo z odborné literatury, 23 osob ze semináře, 10 osob by se poradilo se supervizorem.

Hypotéza č. 4 se potvrdila. Respondenti mají přehled o tom, kde lze vyhledat informace o syndromu vyhoření. 75 % dotazovaných se zúčastnilo semináře na toto téma, 64 % dotazovaných četlo odbornou literaturu na toto téma, 100 % dotazovaných také ví, kde hledat informace o syndromu.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat situaci problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách pro duševně nemocné na území hlavního města Prahy. Díky odpovědím na otázky o informovanosti o syndromu (otázky č. 1, 2, 3, 7), na míru ohrožení (otázky č. 4, 5, 6), na prevenci (otázky č. 8, 9, 10, 11, 12) a na povědomí o dalším vzdělávání (otázky č. 13, 14, 15, 16) lze konstatovat, že syndrom vyhoření není pro pracovníky neznámý. Dle autora práce je informovanost velmi dobrá, tedy zmapování situace o tomto syndromu neukázalo žádné překvapivé výsledky nebo neznalost syndromu.

9 DISKUSE

Cílem práce bylo zmapovat situaci problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách pro duševně nemocné na území hlavního města Prahy. Za účelem výzkumného šetření byl sestaven dotazník o 19ti otázkách. Odesláno bylo celkem 182 dotazníků. Návratnost činila 65 %, tj. 117 dotazníků. Pro zpracování dat bylo použito 111 dotazníků, jelikož zbylých 6 bylo vyřazeno.

Pokud by měl autor práce znovu zvolit techniku sběru dat, zvolil by znovu techniku dotazníku. A to proto, že díky němu získal větší množství dat.

Hlavním cílem bylo zmapovat situaci problematiky syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách pro duševně nemocné. K tomuto cíli byly stanoveny 4 dílčí cíle, ke kterým byly následně určeny 4 hypotézy. Dílčím cílem 1 byla zjišťována informovanost o syndromu. Ukázalo se, že všichni dotazovaní o syndromu vyhoření mají nějaké vědomosti. Dílčím cílem 2 bylo zjistit míru ohrožení u pracovníků. Všichni dotazovaní byli toho názoru, že jsou pracovníci v sociálních službách, výběrová skupina dotazování, ohroženi tímto syndromem. Dílčí cíl 3 byl zaměřen na prevenci proti syndromu. Ukázalo se, že všichni dotazovaní vědí, že lze syndromu předcházet, a že znají nějaké možnosti prevence. Dílčí cíl 4 se zaměřil na další vzdělávání o syndromu. Respondenti o dalším vzdělávání vědí.

Důležitá se dle autora práce jeví skutečnost, že jen 9 dotazovaných proti syndromu nic nečiní, tedy že je 102 osob proti syndromu vyhoření aktivní. Kriticky autor práce hodnotí důvody, proč proti syndromu nic nedělat. Např. nemám čas, jsem ráda, že jsem v klidu doma; nevím, nikdy jsem o tom nepřemýšlela; když přijdu domů, věnuji se domácnosti a dětem, nemám na sebe a své aktivity čas; nemám čas (uvedeno 2x); neřeším to nijak, syndrom vyhoření se mě netýká; zatím jsem nemusela řešit, v práci jsem spokojená/y (uvedeno 2x); neřeším to, a kdyby něco, změním práci. Autor práce se domnívá, že některá tvrzení dotazovaných mohou být jedním z příznaků toho, že by osoby mohly být ohroženy syndromem vyhoření, nebo že jím již trpí.

10 ZÁVĚR

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Teoretická část popisuje historický vývoj syndromu vyhoření, jeho vymezení a rozpoznání od jiných stavů, projevy a fáze syndromu. Dále pak autor práce seznamuje čtenáře s rizikovými faktory, formami prevence, které jsou velmi důležité proto, aby na straně pracovníka nevznikla újma. Nakonec teoretické části práce se autor zabývá pracovníky v pomáhajících profesích a etickými zásadami, kterými se má člověk řídit. Autor se domnívá, že pouhé předepsané respektování lidských práv zdaleka nestačí; dobrý pracovník musí neustále sám sebe kontrolovat, zda nezneužívá svého postavení ve vztahu ke klientovi a nevnučuje mu nadbytečně svůj vlastní náhled a nevhodným způsobem ho nemanipuluje. Měl by se oprostít od případných antipatií a vnitřně uznávat svébytnost a jedinečnost každého klienta. Jediná spolehlivá kontrola existuje v osobnosti člověka s nimi pracujícího, v jeho vnitřní sebekontrolole, svědomí, mravní čistotě a v jeho odhodlání dodržovat zásady etiky. Hodnoty mezilidských vztahů, kam patří láska, empatie, přátelství, kdy podtextem každého chování v sociální práci by mělo být biblické „miluj bližního jako sebe sama“, vidět očima druhého a vcítit se do jeho problémů. Vykonávat sociální práci bez lásky k člověku, dle autora nelze.

Autor práce se domnívá, že syndrom vyhoření je v dnešní době hojně používán, ale ne každý dokáže vysvětlit, co tento pojem znamená. V diplomové práci je syndrom vyhoření popsán a odlišen od jiných psychických stavů. Nejrozšířenější je tento syndrom v zaměstnání, kde jsou pracovníci v přímé péči s klienty. Rizikem je osobnostní nastavení pracovníka, jak je schopen zvládat zátěž. Mezi nejrizikovější profese jsou udáváni např. lékaři, učitelé, sociální pracovníci, zdravotní sestry.

V praktické části autor použil techniku dotazování, kdy zjišťoval informovanost o tomto syndromu u pracovníků sociálních služeb na území hl. města Prahy. Ke sběru dat byla použita technika dotazníku, který byl zaslán emailovou poštou mezi pracovníky sociálních služeb s osobami s duševním onemocněním např. sociální pracovníci v psychiatrických léčebnách, pracovníky v neziskových organizacích a mezi veřejné opatrovníky na městských částech pražského správního obvodu.

Hlavní cíl práce, tedy zmapování situace problematiky syndromu vyhoření, byl dle názoru autora práce splněn. Díky dotazníku a následné interpretaci dat autor práce popsal, jaká je informovanost o syndromu, zda mu pomáhající pracovníci předcházejí, jaké jsou další možnosti vzdělávání o syndromu.

Autor práce se domnívá, že kladem této práce by mohl být také fakt, že se přinejmenším o syndromu vyhoření začalo mezi oslovenými respondenty hovořit. Pracovníci si mohli uvědomit, zda se jich tento problém týká, i to, jak s tímto stavem začít pracovat. Výsledky výzkumu byly poskytnuty spolupracujícím organizacím k jejich dalšímu využití a zamyšlení.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

Autogenní trénink. 1. vydání. Praha: Svojtka & Co., s. r. o., 2008. ISBN: 978-80-7352-818-8.

ASSLÄNDER, F. *Time management jako duchovní úkol*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2010. ISBN: 978-80-7195-338-8.

Bible. Praha: Česká biblická společnost, 1995. ISBN 80-85810-08-5.

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HELLER, J. *Hlubinné vrty*. 1. vyd. České Budějovice: Kalich, 2008. ISBN 978-80-7017-083-3

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-429-X.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. 1. vyd. Kostelní Vydří: Karmelitánské naklad., 2012. ISBN: 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-551-3.

MATOUŠEK, O. *Potřebujete psychoterapii?* 2. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN: 80-7178-314-5.

MATOUŠEK, O., A KOL. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN: 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O., A KOL. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN: 978-80-7367-310-9.

MUSIL, L. *Ráda bych Vám pomohla, ale...* Brno: Marek Zeman, Absolonova 35b, 2004. ISBN 80-903070-1-9.

NOHAVICA, J. *Desatero*. Brno: Trans World radio, 1997

NOVOTNÝ, A. *Biblický slovník*. Praha: Kalich, 1992. ISBN 80-7017-528-1

NYTROVÁ, O. *Etické aspekty práce s osobami s progresivním onemocněním*. In HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I. eds. *Zředený život*. Praha: Somatopedická společnost, 2011. ISBN 978-80-904464-1-0.

NYTROVÁ, O., PIKÁLKOVÁ, M. *Etika a logika v komunikaci*. 1. vyd. Praha: UJAK, 2007. ISBN 978-80-86723-45-7.

SOKOL, J. *Etika a život. Pokus o praktickou filosofii*. 1. vyd. Praha: Vyšehrad, spol. s r. o., 2010. ISBN: 978-80-7429-063-3.

STOCK, Ch. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a. s., 2010. ISBN: 978-80-247-3553-5.

STYX, P. *O psychiatrii. Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. ISBN: 80-7226-828-7.

SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R., KAŠPAROVÁ, E. *Metody sociologického a sociálně psychologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická, 1999. ISBN 80-7079-203-5.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. ISBN: 80-86429-36-9.

VACÍNOVA, M., LANGOVÁ, M. *Vybrané kapitoly z psychologie*. 1. vyd. Praha: Československý spisovatel, s. r. o., 2011. ISBN: 978-80-7459-014-6.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN: 80-7178-678-0.

VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN: 978-80-262-0088-8.

VOSEČKOVÁ, A., HRSTKA, Z. *Kapitoly z psychologie zdraví. 4. díl, Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Univerzita obrany, 2010. ISBN: 978-80-7231-344-0.

Seznam použitých internetových zdrojů

Etický kodex sociálních pracovníků [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupný z: <<http://www.eticky-kodex.cz/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-cr/>>

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky [online]. [cit. 2013-01-15]. Dostupný z: <<http://socialnirevue.cz/item/eticky-kodex-socialnich-pracovniku-ceske-republiky>>

TYL, J. *Úvod – základní informace pro veřejnost*. [online]. [cit. 2013-01-20]. Dostupný z: <http://www.eegbiofeedback.cz/uvod/zakladni_informace>

Seznam ostatních zdrojů

Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: Základní faktory syndromu vyhoření.....	17
--	----

Seznam grafů

Graf 1: Věk respondentů.....	61
Graf 2: Délka praxe.....	63
Graf 3: Souvislost se setkáním se syndromem vyhoření	64
Graf 4: Projevy syndromu vyhoření	66
Graf 5: Ohrožení lidí dle profese	67
Graf 6: Vliv cílové skupiny na syndrom vyhoření 2	70
Graf 7: Možnosti prevence syndromu vyhoření	71
Graf 8: Prevence syndromu vyhoření u dotazovaných.....	74
Graf 9: Zdroje informací o syndromu.....	77

Seznam tabulek

Tabulka 1: Správný přístup k naléhavým a důležitým úkolům	31
Tabulka 2: Pohlaví respondentů	60
Tabulka 3: Věk respondentů	61
Tabulka 4: Délka praxe.....	62
Tabulka 5: Souvislost se setkáním se syndromem vyhoření	64
Tabulka 6: Projevy syndromu vyhoření.....	65
Tabulka 7: Ohrožení lidí dle profese	67
Tabulka 8: Vliv cílové skupiny na syndrom vyhoření 1.....	68
Tabulka 9: Vliv cílové skupiny na syndrom vyhoření 2.....	69
Tabulka 10: Možnosti prevence syndromu.....	71
Tabulka 11: Aktivita dotazovaných v prevenci	72
Tabulka 12: Prevence syndromu vyhoření u dotazovaných.....	73
Tabulka 13: Účast na semináři.....	75
Tabulka 14: Odborná literatura.....	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Etický kodex sociálních pracovníků ČR I

Příloha B - Dotazník V

PŘÍLOHY

Příloha A – Etický kodex sociálních pracovníků ČR

Etický kodex sociálních pracovníků ČR

1. Etické zásady

I. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

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

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

IV. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

V. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

I. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

II. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

III. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

IV. 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 a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

V. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

VI. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

VII. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

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

II. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

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

Ve vztahu ke kolegům

I. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

II. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

III. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

I. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

II. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

III. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

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

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

VI. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

Ve vztahu ke společnosti

I. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

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

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

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

V. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

VI. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Příloha B – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Petr Šůcha a jsem studentem 2. ročníku magisterského studia na Univerzitě J. A. Komenského, obor andragogika. Chtěl bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude sloužit pro účely mé diplomové práce na téma Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích se zaměřením na klienty s duševním onemocněním. Nezabere Vám více jak 10 minut.

Vaše odpovědi, prosím, kroužkujte. Není-li uvedeno jinak, zvolte vždy jen jednu z nabízených možností.

Vyplněný dotazník mi, prosím, zašlete na adresu: petrsucha@seznam.cz, nejdéle do 10. 2. 2013.

Dotazník

1. Slyšel/a jste někdy pojem syndrom vyhoření?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, nejsem si jistý/á

V případě, že jste na první otázku odpověděl/a „ne“, nepokračujte v dalším vyplňování dotazníku.

2. Pokud ano, v jaké souvislosti? (označte max. dvě možnosti)

- a) na školení
- b) v práci
- c) při studiu
- d) známý tento syndrom měl

e) sám/sama jsem jím trpěl/a

f) jiné.....

3. Víte, co tento pojem znamená?

a) ano

b) ne

4. Kteří lidé jsou, dle Vás, tímto syndromem nejvíce ohroženi? (můžete vybrat nejvíce dvě možnosti)

a) lékaři, zdravotnický personál

b) pedagogové

c) sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách

d) prodávající

e) stavbaři

f) manažeři

g) zemědělci

h) jiné.....

5. Pokud se jedná o tzv. pomáhající profese, domníváte se, že má nějaký vliv to, s jakou cílovou skupinou člověk pracuje?

a) ano

b) ne

c) nevím, nedovedu posoudit

6. Pokud ano, kteří pracovníci jsou, dle Vašeho názoru, nejvíce ohroženi? Ti, kteří pracují s: (označte max. dvě odpovědi)

- a) rodinami s dětmi
- b) alkoholiky, lidmi trpícími závislostmi
- c) duševně nemocnými
- d) umírajícími
- e) vězni
- f) se sociálně slabými, chudými
- g) dětmi
- h) lidmi se zdravotním postižením
- ch) seniory
- i) jiné.....

Odpovídají všichni

7. Jaké mohou být projevy tohoto syndromu? Uveďte alespoň tři.

.....

.....

.....

8. Myslíte si, že lze syndromu vyhoření nějak předcházet?

- a) ano
- b) ne

Pokud jste u předchozí otázky vyplnili ano, pokračujte v otázkách číslo 9 - 12.

Pokud jste uvedli ne, pokračujte otázkou číslo 13.

9. Napište, jak lze syndromu vyhoření předcházet.

.....
.....
.....

10. Děláte Vy osobně něco pro to, aby jste syndromem vyhoření netrpěl/a?

a) ano

b) ne

11. Pokud ano, co?

.....
.....
.....

12. Pokud ne, proč?

.....
.....
.....

13. Účastnil/a jste se nějakého semináře na toto téma?

a) ano

b) ne

14. Pokud ne, proč?

.....

15. Četl jste někdy nějakou odbornou literaturu na téma syndrom vyhoření?

a) ano

b) ne

16. Víte, kde lze vyhledat více informací o tomto syndromu? Pokud ano, kde?

.....
.....
.....

17. Pohlaví

a) žena

b) muž

18. Věk

a) 18 – 20 let

b) 21 – 30 let

c) 31 – 40 let

d) 41 – 50 let

e) 51 a více

19. Délka praxe s duševně nemocnými

a) do jednoho roku

b) 1 – 2 roky

c) 3 - 4 roky

d) více

Děkuji za Váš čas.

Petr Šůcha

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Petr Šůcha

Obor: Andragogika

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích se zaměřením na klienty s duševním onemocněním

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 78

Celkový počet stran příloh: 9

Počet titulů českých použitých zdrojů: 27

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Počet ostatních zdrojů: 2

Vedoucí práce: PhDr. Olga Nytrová