

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

2020

Barbora Herentinová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav pedagogiky a sociálních studií

Bakalářská práce

Barbora Herentinová

Prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků

Olomouc 2020

vedoucí práce: Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

Poděkování

Děkuji velmi Mgr. Dagmar Pitnerové, Ph. D za odborné vedení, poskytnutí cenných rad, za její laskavý přístup a také za její ochotu při vypracování bakalářské práce. Dále děkuji všem respondentům, kteří mi poskytli podklady pro výzkum.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a kolegům z oddělení Státní sociální podpory v Olomouci za podporu a toleranci, kterou mi projevili po celou dobu mého studia a během psaní bakalářské práce.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Barbora Herentinová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Dagmar Pitnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků
Název v angličtině:	Prevention of burnout syndrome in social workers
Anotace práce:	<p>Teoretická část se zabývá charakteristikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků. Pojednává o prevenci syndromu vyhoření, rizikových faktorech příznacích a vývoji. Vymezuje pojem pracovník v sociálních službách a konkrétněji charakterizuje sociálního pracovníka příspěvku na péči. Jsou zde představeni sociální pracovníci příspěvku na péči v Olomouckém kraji. Výzkumná část obsahuje výzkumné šetření, které se týká prevence syndromu vyhoření a míry vyhoření sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji.</p>

<p>Anotace v angličtině:</p>	<p>The theoretical part deals with the characteristics of the burnout syndrome in social workers. It deals with the prevention of burnout syndrome, risk factors for symptoms and development. It defines the term worker in social services and more specifically characterizes the social worker's care allowance. There are introduced social workers of the care allowance in the Olomouc region. The research part contains a research survey concerning the prevention of burnout syndrome and the rate of burnout of social workers in the care allowance in the Olomouc region.</p>
<p>Klíčová slova:</p>	<p>syndrom vyhoření, burnout syndrome, prevence, rizikové faktory, stagnace, frustrace, celkové vyčerpání, relaxace, příspěvek na péči, sociální pracovník příspěvku na péči, kompetence sociálního pracovníka</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>Burnout, burnout, prevention, risk factors, stagnation, frustration, high exhaustion, relaxation, care allowance, social worker care allowance, social worker competence</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>Příloha 1 Dotazník BM (Burnout Measure) Příloha 2 Rozhovor Příloha 3 Vzor standardizovaného záznamu sociálního pracovníka Příloha 4 Vymezení schopností zvládat životní potřeby</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>64 (bez příloh)</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>

OBSAH

ÚVOD	7
1 SYNDROM VYHOŘENÍ	9
1.1 Vývoj syndromu vyhoření	10
1.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	12
1.3 Rizikové faktory	14
1.4 Ohrožené skupiny	17
2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	18
2.1 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka	19
2.2 Vybrané metody a typologie práce s klientem	22
2.3 Kompetence sociálního pracovníka na oddělení příspěvku na péči na ÚP	23
3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ	29
3.1 Techniky Prevence	29
3.2. Prevence v zaměstnání.....	34
3.3 Prevence na oddělení příspěvku na péči	36
4 VÝZKUMNÁ ČÁST	38
4.1 Hlavní a dílčí cíle.....	38
4.2 Metodologie, charakteristika cílové skupiny a organizace výzkumu.....	39
4.3 Rozhovor	42
4.4. Vyhodnocení získaných dat.....	45
4.5 Závěry výzkumného šetření.....	52
ZÁVĚR	54
SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ	56
SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ	60
SEZNAM GRAFŮ	61
SEZNAM TABULEK	62
SEZNAM OBRÁZKŮ	63

ÚVOD

Pracuji na odboru nepojistných sociálních dávek, jako pracovník dávek státní sociální podpory a pěstounské péče, je to pomáhající profese. A profese tvoří nedílnou součást života téměř každého z nás, pomáhá nám vytvořit pohled na sebe sama, zároveň může být i příčinou syndromu vyhoření.

V zaměstnání se setkávám s nespokojenými klienty, kteří mají nejen jeden problém. Problémy nejsou většinou schopni sami zvládat, často od nás čekají více, než jsme schopni poskytnout. Pracoviště doprovází většinou chronický stres, špatné vztahy na pracovišti, vůči nadřízeným, velmi podrážděné chování klientů, neutichající přidávání práce, přeplněné chodby klientů před kanceláří a málo pracovníků na pracovišti. Po každém dni v práci nastávají běžné starosti každého z nás. Starost o děti, problémy v rodině, nedostatek času na své koníčky, sebe samotného, odpočinek či další vzdělání. Všechny skutečnosti, které jsem zmínila, mohou být příčinou tlaku a vyhoření, které narušuje zdraví.

Vyhoření, dle mého názoru, je aktuální problém dnešní doby hlavně u pomáhajících profesí, což je povolání, které vyžaduje empatii, cit pro pochopení a porozumění. Často vkládáme do svého zaměstnání část sebe samého. Profese sociálního pracovníka, jak často můžeme slyšet, je pro daného člověka spíše posláním než povoláním. Důležité je vymezení mantinelů, které by neměl překročit pracovník ani klient. Kladu si otázku, kde je hranice mezi profesním přístupem pracovníka a jeho osobním životem. V případě narušení oddělování profesního a soukromého života se můžou objevit psychické potíže, v této fázi je důležité vyhledat odbornou pomoc.

Hlavním cílem bakalářské práce je charakterizovat syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a prostřednictvím výzkumného šetření analyzovat na jaké úrovni syndromu vyhoření jsou sociální pracovníci příspěvku na péči v Olomouckém kraji.

Dílními cíli jsou:

- Popsat syndrom vyhoření
- Seznámit s profesí sociálního pracovníka příspěvku na péči ohroženého syndromem vyhoření
- Charakterizovat prevenci syndromu vyhoření
- Zkoumat, jaká je prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků v agendě příspěvku na péči v Olomouckém kraji

- Zjistit, co by se dalo zlepšit pro sociální pracovníky příspěvku na péči v rámci prevence syndromu vyhoření

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a empirickou. V teoretické části popíšu základní pojmy – syndrom vyhoření, jeho vývoj, příznaky, rizika a profese ohrožené syndromem vyhoření. Dále se zaměřím na profesi sociálního pracovníka. A nakonec se zaměřuji na prevenci syndromu vyhoření, která je velmi důležitá, tvoří ochranný štít před celkovým vyčerpáním. Pokud je prevence nedostatečná, dojde k porušení štítu – k syndromu vyhoření.

Empirická část je zaměřena na samotný výzkum. Zde představuji Úřad práce, odbor nepojistných sociálních dávek – oddělení příspěvek na péči. Dále služby, které příspěvek na péči nabízí. Popíšu zvolenou metodologii a charakterizuji výzkumný soubor. Pro účely výzkumného šetření jsem si zvolila kombinované výzkumné šetření, metodu rozhovoru a kvantitativní průzkum, metodou dotazníkového šetření.

Při tvorbě mé bakalářské práce jsem čerpala z odborné literatury. Zvoleným tématem se zabývá řada odborníků. Z České republiky můžeme jmenovat například Jaro KŘIVOHLAVÝ, Karel KOPŘIVA, Iva ŠOLCOVÁ, Martina VENGLÁŘOVÁ a další. V zahraničí se problematikou syndromu vyhoření zabývají mnozí autoři například Istifan MAROON nebo Christian STOCHK.

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Stav celkového vyčerpání byl nazván syndrom vyhoření. Můžeme také říct syndrom vypálení nebo vyhaslosti. Jeden z nejpoužívanějších pojmů je syndrom burnout, pochází z anglického jazyka, a to ze slov: „to burn“ znamená „hořet“ či být pro něco zapálený. Slovo „burn out“ značí „dohořet“, „vyhořet“ či „vyhasnout“. „Syndrom burnout“ poprvé použil Herbert J. Freudenberger (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 16).

MAROON (2012, str. 13) uvádí, že syndrom vyhoření je ukrutná zkušenost, ale pokud se včas pozná, dá se tomu předejít či zmírnit a snížit škody. Tato zkušenost může být pro postiženého důvodem, aby začal více vnímat sám sebe, udělal rozhodné změny ve svém životě a podpořil svou osobnost.

V odborné literatuře najdeme o syndromu vyhoření různorodé poznatky, rozdílné úhly pohledu a rozmanité prvky tohoto jevu, a jejich nepostačující srozumitelné popisy a definice. Některé definice jsou pojaté zeširoka, jiné jsou značně zúženy.

FREUDENBERGER (1980, str. 30) zavedl pojem vyhoření do vědecké diskuse. Pracoval v rehabilitačních centrech pro drogově závislé, když pojem vznikl. Vylíčil u lidí, kteří pracovali v pomáhajících oborech, jejich fyzické, intelektuální a emocionální vyčerpání. Vyčerpání bylo vyvolané neustálou mentální zátěží, projevovalo se jako chronická únava, nespokojenost a pocit selhání, sklony k nemocem, nemohoucnost, zoufalost a silící odpor ke své vlastní práci a k životu všeobecně (MAROON, 2012, str. 16).

FREUDENBERGER (1980, str. 30) řekl *„Jestli jste někdy viděli dům, který shořel až do základů, pak víte, že to není žádný příjemný pohled. Z kostry, kdysi plné vitality a konání, teď nezbylo nic jiného než drolicí se memento bývalého života a síly. Možná uvidíte nějaké panely a okenní rámy, konstrukce domu je ještě neporušená, Když však vejдете dovnitř, spatříte skutečnou sílu ohně a zkázy.“* (MAROON, 2012, str. 20).

Syndrom burnout je stav celkového vyčerpání člověka, v důsledku dlouhodobého naprostého stresu. Ti z nás, co se pravidelně setkávají v zaměstnání s lidmi, jsou nejvíce ohroženi. Odhadem 20 až 30 % profesionálů, kteří pracují s lidmi, se v životě setká s vyhořením (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 15).

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace [WHO] je vyhoření řazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy popisována jako nemoc. Již mnoho let se uvádí známá diagnóza, neurastenie, jež se vyznačuje stavy únavy a vyčerpání. Ovšem symptomy, které jsou typické pro syndrom vyhoření, pokrývá jen z malé části. To znamená, že z jedné půlky jsou lidé trpící burnout syndromem znevýhodněni, protože jejich zdravotní

problémy nejsou brány jako nemoc, což se pak v nejhorším případě může projevit třeba tak, že pojišťovny pacientům nehradí léčbu. A z druhé poloviny se pojem používá příliš velkoryse. Podle STOCKA (2010, str. 14) je „syndrom burnout“ dobový jev, který se rozmohl v důsledku změn v práci, rozpadu rodin či globalizace a demografického vývoje. Vysvětluje to, že u vyhoření může jít o doposud relativně neznámý syndrom, který zatím nebyl popsán v žádné diagnostické příručce.

KOPŘIVA (2011, str. 101) uvádí, že pokud naše energetická bilance dlouho přetrvává ve stavu negativním, postrádáme radost ze života. A nejsme-li spokojeni vnitřně sami se sebou, dostaneme se do stavu, pro který je známý termín syndrom vyhoření. Předskokanem syndromu vyhoření je častá deprese, cynismus, netečnost, bezcitnost, ztráta důvěry, časté nevolnosti či tělesné postižení.

1.1 Vývoj syndromu vyhoření

Vývoj syndromu vyhoření popisujeme ve fázích. Syndrom burnout nevznikne ze dne na den, ale musíme k němu postupně dojít. Nejjednodušší model se skládá ze tří a nejsložitější z dvanácti fází. Fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského obsahuje idealistické nadšení, stagnaci, frustraci, apatii a v konečné fázi je syndrom vyhoření.

První fáze se jmenuje **idealistické nadšení**. Typické myšlenky mohou být například: jdu do toho na plný plyn nebo těším se na skvělou seberealizaci, klientům je třeba co nejvíce pomáhat, jsem velmi empatická osoba a budu pomáhat co nejvíce. Ve stavu idealistického nadšení většinu času plýtváme energií, přeceňujeme své síly a žijeme hlavně zaměstnáním (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 19). Idealistické nadšení je počátek jedné cesty, která může skončit syndromem vyhoření. Na začátku může být mladý pracovník, plný síly, těšící se na nové zaměstnání, naplněný odhodláním ze studia. Ztotožní se s novými úkoly a s kolegy. Práce přesčas mu není cizí, zároveň je pro něj práce zábavou (KOPŘIVA, 2011, str. 101). Po idealistickém nadšení přichází období **stagnace**, pro niž jsou typické myšlenky: proč bych se měl honit, určitě to nějak dopadne. Dělán do výše svého platu, požadavků je moc, stihnu, co stihnu. Stagnace je fáze, ve které jsme již zažili určitá zklamání, dostatečně se seznámíme s realitou a zjistíme, jaká je práce s klienty v sociální tísní (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 19). Například pro mě už není práce tak vzrušující jako na startu cesty. Dostávají se do popředí věci, které jsem ze začátku v zaměstnání neřešila, a to plat, kolegové, možnosti kariérního růstu. Stagnace mi připadá jako zdravý pohled na práci v dnešní době. V této fázi ale narůstají i potíže. (KOPŘIVA, 2011, str. 101).

Ke stagnaci má velmi blízko **frustrace**, můžeme ji přiblížit k bruslení po tenkém ledě. Pro frustraci jsou typické myšlenky: všechno mě tady šve, klienti si vymýšlí, jsou zbytečně agresivní. Fráze typu: „Vše mě štve, klienti jsou agresivní, práce mě nebaví a je monotónní.“ dost často slýchávám na Úřadu práce od kolegyň. Plné chodby klientů, kteří jsou většinou nepříjemní, vyvolají u většiny z nás pocit frustrace (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 20).

„U sociálních pracovníků zjišťujeme, jak jsou jeho možnosti ve skutečnosti omezené. Začíná pochybovat o smyslu svého snažení. Uvědomuje si vlastní bezmocnost. Zpochybňuje význam i výsledky své práce. Přibývají problémy s byrokracií a nedostatkem uznání ze strany klientů a nadřízených. V důsledku propastného rozdílu mezi tím, co by chtěl udělat, a tím, co lze reálně provést, vzrůstá jeho zklamání“ (STOCK, 2010, str. 24) .

Apatie je obrana proti frustraci s konečným výsledkem nástupu vnitřní rezignace. Hovoříme zde o opaku nadšení. Apatii můžeme nazvat nezájmem. Dotyčný je otupělý, strnulý či lhostejný ke všemu, co se kolem děje. Neřeší nic kolem sebe. Je jako „tělo bez duše“ (KŘIVOHLAVÝ J. , 1998, str. 16). Nemá žádné vyhlídky na změnu ve svém zaměstnání, jeho profese se stala zásobou zklamání. Zabývá se jen nevyhnutelným pracovním úkolům. Straní se náročných úkolů i setkání s klienty. Vše vyřizuje co nejrychleji. Pocit rezignace a zoufalství tyto situace většinou doprovází (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 20). Pracovní zatížení stále více a více vyčerpává, až nakonec vede k celkovému vyčerpání dotyčné osoby. Vytrácí se smysl života. Burnout syndrom, můžeme přirovnat i k manželství. Protože první fáze zamilovanosti, velkého dobrodružství a očekávání, střídá realita plná rozepří, zklamání a stavu vystřízlivění (KOPŘIVA, 2011, str. 101).

1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření má tři základní symptomy, a to vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. **Prvním základním symptomem je vyčerpání.** Můžeme ho rozdělit na fyzické, emocionální a mentální (KŘIVOHLAVÝ J. , 1998, str. 11).

S vyčerpáním fyzickým mám zkušenost já sama. Pamatuji na své začátky s cvičením. Věnuji se silovým tréninkům, fit boxu, běhu, a občas lezení na stěnu. Nejraději bych k těmto aktivitám přidala ještě vzpírání. Začátky, jak skloubit veškeré aktivity s prací a školou dohromady, byly opravdu těžké, nechtěla jsem se ničeho vzdát. Projevem byla únava, svalové křeče, hodně velký nedostatek energie, a hlavně problém s jídlem. Místo abych nabírala svalovou hmotu, byla změna tělesné váhy směrem dolů. Doprovázela mě nevrlost, slabost a časté bolesti hlavy. Kolapsem na rodinné oslavě mi došlo, že jedním se svým tělem, a hlavně zdravím, špatně. Příznaky fyzického vyčerpání mohou být tedy bolesti hlavy, problémy s váhou, nedostatek energie, svalové křeče, chronická únava, problémy s jídlem. Vyčerpání fyzické může potkat již děti v nízkém věku, například hokejisté začínají na ledě zhruba v pátém roce svého života. Tréninky mívají brzy ráno, třeba i 5xkrát do týdne, za dva roky se přidá povinná školní docházka – škola, ve které se nároky stejně jako v hokeji stupňují. Může nastat tedy fyzické vyčerpání, které způsobuje veliké nepříjemnosti. Jak se říká, nic se nemá přehánět.

Vyčerpání Emocionální „je spojeno s depresí, bezmocí a beznadějí, s pocitem uvěznění v pasti a s nebezpečím sebevraždy. V tomto stavu má postižený neustálou potřebu plakat, domnívá se, že ztratil veškerou kontrolu. Pociťuje emocionální prázdnotu, domnívá se, že už nemůže nic dát, a poslední zbytky síly používá k tomu, aby se vlekl světem, jímž je znechucen“ (MAROON, 2012, str. 22). Dostat se do tzv. emoční krize, může každý z nás. Je to stav, ve kterém si člověk připadá beznadějně či sklíčeně. Na vině může být rozpadlý vztah, problémy v zaměstnání nebo vážná nemoc člena rodiny, či osoby, kterou milujeme. To všechno může dostat osobu do situace, kdy pro něj všechno ztrácí smysl, je podrážděný, výbušný nebo naopak se cítí prázdny (STOCK, 2010, str. 20).

Vyčerpání mentální souvisí s negativním postojem a vztahem postiženého ke své práci, k jiným lidem a k životu obecně. Pracovník má komplex méněcennosti a nízké sebehodnocení, dojem vyloučenosti a nekompetentnosti. Například sociální pracovník pociťuje dříve nepoznaný chlad a nevraživost vůči jiným klientům, což je velmi nebezpečná situace a proces, neboť daná osoba nemusí vnímat hodnotu svých klientů a může nastat bezcitné chování. Kromě toho přestane vnímat klienty okolo s citlivostí, impulzy a

vlastnostmi jako sobě rovné. Postižený své pocity vyhrazuje pouze pro sebe, má jen málo empatie a klient je pro něj jen sbírka problémů (MAROON, 2012, str. 22). Například: „Už nechci řešit navyšování rodičovského příspěvku, matky chtěly děti, tak ať se o ně postarají a neustále „nekřičí“, že mají málo.“ Nebo „On začal pít alkohol, tak si teď zaslouží nemít domov.“

Druhým příznakem syndromu vyhoření je odcizení. „Pod pojmem odcizení rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus“ (STOCK, 2010, str. 20). Situaci odcizení popíšu na zkušenosti, která se stala na jednom oddělení. V posledním roce se zde vystřídaly tři nové kolegyně. Ze začátku rády chodily na příjem nabírat nové žádosti, rády se bavily s klienty, provázelo je vzrušení a práce jim přišla rozmanitá. Po chvílce začaly klienty vnímat jako přítěž, nadřízení jim přišli jako zdroj ohrožení a na nás, na kolegy, pohlížely z patra. Nelíbilo se jim „malé“ finanční ohodnocení, práce navíc, odcizily se od kolegů i od nadřízených. Tvrdily, že přenáší pracovní problémy domů, na rodinu a přátele. Byly většinou podrážděné, hned našťvané, posléze odešly.

V extrémních případech u odcizení dochází k přerušení všech existujících sociálních vazeb a k nepovinné izolaci, například: ozvou se přátelé a dotyčný nemá zájem cokoli s nimi společně podnikat. Může to přerůst v krajním případě až v opovrhující, sarkastické a útočné chování (STOCK, 2010, str. 20).

Projevy odcizení při burnout syndromu: „*negativní postoj k sobě samému, negativní postoj k životu. Negativní vztah k práci, negativní vztah k ostatním, ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy, ztráta sebeúcty, pocit vlastní nedostatečnosti, pocit méněcennosti*“ (STOCK, 2010, str. 21).

Snížení či pokles výkonnosti je třetí příznak syndromu vyhoření. Nízká efektivita spočívá v tom, že osoba ztratila víru ve vlastní vložky a z profesního hlediska se považuje za nevýkonného či nekvalifikovaného. Jde sice jen o jeho osobní hodnocení, však k jistému zeslabení výkonu většinou vskutku dochází. Z toho vyplývá, že danému trvá práce déle, než bývalo zvykem. Potřebuje více energie a více času. Dalším znakem může být prodlužování doby nutné k regeneraci organismu. Projevy při snížení výkonnosti jsou například nespokojenost s vlastním výkonem či vyšší spotřeba času a energie anebo ztráta nadšení (STOCK, 2010, str. 22).

1.3 Rizikové faktory

Rizikové faktory si můžeme rozdělit na rizikové faktory ze zaměstnání a rizikové faktory osobnostní. Častý původ vzniku syndromu vyhoření pochází z pracovní oblasti. Vyčerpávající podmínky, soutěživá společnost nebo obava o pracovní místo, vedou u mnoha postižených k napětí. **Rizikové faktory ze zaměstnání** dělíme na obecné rizikové faktory, zvýšená pracovní zátěž, nedostatek uznání, špatný kolektiv, nespravedlnost a konflikt hodnot. **Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu při práci (OSHA) vydala obecné rizikové faktory.** Příkladem uveďme nejistotu pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce a obavy ze ztráty zaměstnání. V dnešní době už dostane člověk málokde hlavní pracovní poměr na dobu neurčitou. Setkáváme se častěji s krácením dovolené, s více přesčasů a prací na zkrácený úvazek. Roste náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací. Práce je více emocionální, náročná a je pro hodně lidí málo slučitelná se soukromým životem. V poslední době se setkáváme s názory, že většinu života prožíváme v práci, místo s rodinou a přáteli. Pro mladé a začínající zaměstnance je velmi těžké a deprimující poslouchat od starších kolegů či kolegyně, názory typu: důchodu se mladí nedožijí, stát chce vidět občany pouze v práci, zvykněte si, tři čtvrtě života prožijete pouze v zaměstnání. Tím jsme se dostali k dalšímu obecnému riziku-dlouhé pracovní doby a rostoucí intenzita práce (www.OSHA.cz).

HORNEYOVÁ (2000, str. 279) uvádí, že: „*díky náročným požadavkům na sebe je jedinec snadno přepracovaný a vyčerpaný a následkem toho trpí ostatní lidé.*“

Když se zaměříme na **zvýšenou pracovní zátěž**, zjistíme, že je dalším charakteristickým rysem spadající do rizikového faktoru ze zaměstnání. Vede ke vzniku syndromu burnout, jelikož zaměstnavatel klade na zaměstnance vysoké požadavky. Nadměrná výkonnost pracovníka, je v dnešní době chápána jako standardní. Zaměstnavatelé nám moc často neakceptují úlevy ani výhody. Provedená chyba značí závažný postih a důsledek, který vyvodí nadřízený pracovník (KEBZA & ŠOLCOVÁ, 2008). V momentě, kdy nároky na sebe samé překročí míru toho, co zvládáme, zažijeme stres. Nadměrné zatížení docílí vzniku syndromu vyhoření. Problémem může být i neustálé vyrušování pracovníka při práci, a to telefonáty, nebo kontrolou nadřízeného. Řada z nás je vystavována vyrušováním množstvím vnějších faktorů. Tyto příčiny patří mezi stresory a rizikové faktory vedoucí ke vzniku syndromu vyhoření (STOCK, 2010, str. 34).

Dostaví-li se **nedostatek uznání**, tak „*Výsledky motivačních výzkumů ukazují, že nejsou-li lidé za svůj výkon dostatečně odměněni, pracují bez potřebné motivace. Tím není myšleno*

jen finanční ohodnocení, ale také pocit, že si jejich úsilí někdo váží a dovede je ocenit. Práce by nám měla dávat možnost rozvíjet a zdokonalovat naše dovednosti. Pokud tuto příležitost nemáme, brzy se dostaví zklamání. A máme tu další stresový faktor, který ovlivňuje celou bilanci“ (STOCK, 2010, str. 36).

Nemusíme být stále chváleni, ale nedostatečná míra uznání nebo omezení kariérního růstu či nespravedlivé hodnocení nás spíše demotivují, a tím pádem se stáváme nespokojení.

Asi nám v práci nikomu nepřidá, když se setkáme se špatným kolektivem. Na pracovišti se můžeme setkat s různými typy osob, pokud narazíme na špatný kolektiv, nebývá to nic příjemného. Špatnými vztahy mezi lidmi myslíme například: existence nedorozumění, sporu, rozporu, konfliktu. Je možné hovořit i o hádkách na pracovišti. Urážení slovní či napadnutí fyzické. Může zde fungovat přehnaná asertivita, agrese a nepřátelství. Ve špatném kolektivu je malá míra vzájemné úcty či respektu (KŘIVOHLAVÝ J. , 1998, str. 41).

STOCK (2010, str. 38) udává, že je důležité si položit následující otázky: Vznikají na vašem pracovišti zneprátelené tábory, např. mezi pobočkami či odděleními? Panuje ve firmě nevraživost nebo dochází často ke konkurenčním bojům mezi jednotlivci? Převládá mezi zaměstnanci nedůvěra? Dochází k četným nedorozuměním, ztrátám informací nebo k jejich předávání v neúplné formě? Ztotožňujete se vy a vaši kolegové alespoň trochu se záměry firmy? Stalo se vám nebo více vašim kolegům, že jste vnitřně rezignovali? Už jste někdy vy nebo vaši kolegové pracovali tak, že jste vykonávali jen to nejnutnější a ostatní vás nezajímalo?

Zdrojem ohrožení při burnout syndromu může být i **nespravedlnost** aneb všichni jsme si rovni, ale někteří jsou si rovnější. V dnešní době se relativně často setkáváme s nadřováním na pracovišti nebo vyloučením některého z kolegů z pracovního kolektivu. Je to další stresor, který můžeme chápat jako ponížení a může být zdrojem další psychické zátěže. Také zde hraje roli **konflikt hodnot**, je to něco, co je pro nás v životě důležité, hodnoty nás motivují k výkonu. „*Podobají se zásadám, které našemu životu dávají smysl. Hodnoty samy o sobě ovšem nemusí být automaticky pozitivní. Vždy záleží na úhlu pohledu – například maximalizace zisku může být špatná z pohledu člověka, který kvůli ní přijde o práci, a naopak dobrá pro firmu a její akcionáře“ (STOCK, 2010, str. 39).* Stálá snaha konflikt vyřešit nám ubližuje, neboť možnost na změnu hodnot společnosti jsou velmi malé, proto jsme nuceni jednat neustále pod tlakem a v rozporu s vlastními zájmy. Důsledkem vzniká jev, který psychologové označují jako inkongruence neboli vnitřní rozpor (PROCHASKA & NORCROSS, 1999).

KEBZA (2013, str. 95) uvádí, že: „výzkumy též postupně prokázaly, že právě kombinace vysokých pracovních nároků s nízkou autonomií pracovní činnosti je okolností, jež pravděpodobně sehrává rozhodující roli jako potencionální rizikový faktor nejen pro vznik syndromu vyhoření, ale i z hlediska rizika vzniku různých chronických neinfekčních onemocnění.“

Důležité je vědět, zdali vaše kvality jsou ve vašem zaměstnání uznávány, pokud zde panuje nesoulad a výsledky v práci vám připadají bezvýznamné nebo dokonce zbytečné, je pravděpodobné, že nastane fáze odcizení, což, jak jsme si již výše popsali, je jeden ze tří hlavních příznaků syndromu vyhoření (STOCK, 2010, str. 39).

Spouštěč syndromu vyhoření se může ukrývat i v charakterových vlastnostech postiženého a každý z nás má své charakteristické rysy.

Pro burnout syndrome, rozdělíme dva typy osobností: typ chování A, typ chování B.

Typem „A“ jsou tzv. „rychlí a dokonalí“ jedinci. Osobnost byla popsána už v 50. letech 20. století. Charakteristika dvou typů osobnosti vznikla díky Americkým kardiologům M. Friedman a R. Rosenman. I když je tento koncept kontroverzní a je často kritizován pro příliš malou vědeckost, zejména co se týče spojitosti s kardiovaskulárními nemocemi, může být v mnoha směrech prakticky nápomocný (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 30). Dle výzkumu dvojice M. Friedmana a R. Rosenmana (1974) je možnost infarktu u tzv. typu „A“ dvakrát vyšší než u ostatních lidí. Typ „A“ zaškatalkovali oba lékaři ty jednice, kteří mají obrovské ambice a silně vyvinutý smysl pro povinnost a pořádek. Později byl pojem použit pro označení osob závislých na práci, tzv. workoholiků. Workoholici mají velmi společného s jedincem, který je typem „A“ (STOCK, 2010, str. 42).

Osobnost typu „A“ je přehnaně zodpovědná, cílevědomá, často bývá přepracovaná, touží po úspěchu, trápí ji ale věčný neklid a potlačují v sobě zlost.

O typu osobnosti „B“ můžeme říct, že je opakem typu osobnosti „A“-kardiologové, díky kterým tato klasifikace typů osobností vznikla, hovoří o souvislosti pravého opaku chování „A“. Typ „B“ je typický pro osoby s nižší mírou nepřátelského chování, a naopak větší mírou trpělivostí. Je to osoba klidná a uvolněná. Lze tedy říct, že se jedná o předpoklad pro ochranu před syndromem vyhoření. Ale údajně trvale nízké vytížení a volnější přístup snižuje produktivitu a efektivitu práce „V extrémním případě chování typu B – při nízké angažovanosti, iniciativě, motivaci i cílech – může dojít až k permanentní nečinnosti a z dlouhodobého hlediska i k hluboké nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v osobním životě, nikoli však k vyhoření“ (STOCK, 2010, stránky 42-43).

1.4 Ohrožené skupiny

Mezi nejvíce ohrožené skupiny patří pomáhající profese. Lidé, kteří denně pracují s lidmi, s tím souvisí neustálá pozornost druhých lidí či zodpovědnost za jiné osoby. Vysoká míra ohrožení je tam, kde se člověk setkává se smrtí, zde je riziko syndromu vyhoření obrovské. Spadají sem profese jako lékaři, psychiatři, sociální pracovníci, ošetrovatelé, pečovatelé, osobní asistenti, psychologové a psychoterapeuti, úředníci na úřadech a v bankách, učitelé, právníci, pracovníci pošt a policisté. Můžou sem spadat i špičkoví sportovci či studenti. Dále do ohrožené skupiny patří prodavači, instruktoři, žurnalisté či číšníci. Lidé trpící syndromem vyhoření jsou většinou schopní, ambiciózní a zodpovědní. Do skupiny ohrožených můžeme zařadit i rodiče, kteří se starají o své vlastní děti, v tomto pohledu myslíme hlavně ženy, tedy matky. Ženy musí zastat více rolí najednou a většina z nich se snaží všechny role zvládat perfektně. Rolí myslíme – role matky, manželky, zaměstnankyní (MATOUŠEK O. , 2012). KŘIVOHLAVÝ (2012, str. 30) uvádí, že ohrožení jsou zejména lékaři, kteří pracují v hospicích, na onkologických odděleních, jednotkách intenzivní péče, také zubní lékaři, zdravotní sestry či zdravotnický personál. Nebo také poradci ve věcech sociální péče, kteří se starají o děti, dospívající, rodiny v krizi nebo propuštěné vězně. Do ohrožené skupiny může spadat i pilot letecké dopravy, podnikatelé nebo pracovníci exekutivy. Odhadem syndromem vyhoření trpí 20 až 30 % profesionálů, profesí, kteří pracují s lidmi. Je dohledatelné, že tímto syndromem trpí až 45 % lékařů a podle zahraničních výzkumů je vyhořelých až 40 % učitelů. Některé studie uvádí, že syndrom vyhoření je běžnější u mladých, svobodných a méně vzdělaných sociálních pracovníků a frekvence klesá s věkem (PEŠEK & PRAŠKO, 2016, str. 17).

2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Sociální práce je vědní disciplína i oblast praktické činnosti. Cílem sociální práce je snaha řešit, zmírnit nebo vysvětlit sociální problémy. Sociálním problémem myslíme například chudobu, zanedbávání výchovy dětí, delikvence, nezaměstnanost, ale i diskriminaci menšin. Práce sociálních pracovníků spočívá v tom, že se snaží pomoci rodinám, skupinám, komunitám či jednotlivcům dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět, dále se snaží utvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. A v konečné fázi, pokud je to jedinec, který se nezvládne společensky uplatnit, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života (ČAMSKÝ, SEMBDNER, & KRUTILOVÁ, 2011).

„Sociální práce je součástí státem organizovaného a zabezpečovaného systému redistribuce zboží a služeb. Jejím cílem je uspokojování sociálních potřeb klientů a zajištění kontroly, případné změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní. Sociální stát organizuje i jiné oblasti (např. školství, zdravotnictví, bydlení.) Sociální práce však má výlučné postavení v tom, že se jejím prostřednictvím transferují zdroje k závislým lidem (stáří, lidé nezaměstnaní, děti, lidé s mentálním či tělesným postižením apod.)“ (MATOUŠEK & kol., 2003, str. 25).

Podle zákona č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách §2 je základní zásadou bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství. Rozsah a formu pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb zachovává lidskou důstojnost osob. Je potřeba aby pomoc vycházela z určitých individuálně určených potřeb osob, musí cílit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání a prohlubování nepříznivé sociální situace a posiluje jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (§2, zákon č. 108/2006 Sb., v z.p.p.).

Státní správu podle zákona č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách § 5 vykonávají ministerstvo práce a sociálních věcí, krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, okresní správy sociálního zabezpečení, Úřad práce České republiky – krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu. Výkon působnosti obecních úřadů obcí s rozšířenou působností a krajských úřadů podle tohoto zákona je výkonem přenesené působnosti. V oblasti sociálních služeb vykonávají působnosti podle tohoto zákona také obce a kraje. Poskytovatel sociálních služeb dle §6 zákona č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách při splnění podmínek stanovených tímto zákonem územní a

samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami (§5 - §6, zákon č. 108/2006 Sb., v z.p.p.).

„V sociálních službách vykonávají odbornou činnost (§ 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách): sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí 32 pracovníci, pedagogičtí pracovníci, další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby“ (§ 115 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

2.1 Předpoklady a dovednosti sociálního pracovníka

Kvalita sociální služby je přímo závislá na sociálních pracovnících, a to zejména na jejich dovednostech, schopnostech, vedení, vzdělávání, podpoře a také na pracovních podmínkách, které na pracovišti mají.

Sociální pracovník je charakteristický pro svou profesionalitu, kterou dokazuje svým vzděláním v oboru a dále se řídí etickým kodexem své profese. Respektuje práva a potřeby uživatele služby, který je jeho klientem. Jeho profese je poslání. Uživatele služby vnímá jako aktivního spolupracovníka, který má kromě práv také své povinnosti. Jedním z práv klienta je například volba si stěžovat. Sociální pracovník se tedy řídí povinnostmi, právem a právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Důležitý je institucionální rámec, jelikož sociální pracovník zasahuje do života klientů, je tedy potřeba aby jeho právo vstoupit bylo legitimní (CHARITA OPAVA).

Obecné dovednosti a předpoklady pomáhajících profesí zejména sociálních pracovníků jsou nezbytné. Sociální pracovník by měl být **empatický** a **spolehlivý**. Empatie je způsob lidské komunikace, tvoří prvky naslouchání a porozumění, včetně sdělování porozumění samotnému klientovi (MATOUŠEK O. , 2012, stránky 50-52). Dále by měl sociální pracovník disponovat **komunikačními dovednostmi**, ale i **emoční a sociální inteligencí**. Při této pracovní pozici bývá potřeba **fyzické zdatnosti** i osobní angažovanosti. **Důvěryhodnost** je hlavním předpokladem pomáhající profese. Je velmi důležité, aby se klienti cítili v bezpečí, vnímali, že řeší své životné situace či problémy s někým, komu mohou věřit.

Mezi **osobnostní předpoklad** patří **bezúhonnost** sociálního pracovníka nebo schopnost týmové spolupráce. Osoba vykonávající pomáhající profesi v oblasti sociální práce by měla být vstřícná a psychicky odolná.

Z pracovního hlediska v dnešní době požaduje zaměstnavatel i řidičský průkaz, znalost práce na PC. Disponovat znalostí znakového jazyka či cizího jazyka (ČAMSKÝ, SEMBDNER, & KRUTILOVÁ, 2011, stránky 192-193).

Dle KRAUSE a POLÁČKOVÉ (2001, str. 178) je ideálem pomáhající profese prosociálně orientovaná osobnost, která je plně uvědomělá z pohledu svého životního směřování. Dále disponuje realistickým pohledem na svět. Nemá neurotické ani psychopatické rysy. Má předpoklady pro sebereflexi. Osoba sociálního pracovníka má být otevřená podnětům a ochotna se dále vzdělávat. Měla by znát **normy**, jako jsou například ochrana práv na soukromí a důvěrnost ze strany klienta. Respektovat, pokud chce klient účast ukončit. Být odpovědný za své rozhodování, nemanipulovat s klienty.

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v z.p.p (§110-111) jsou uvedeny předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka takové: **svéprávnost**, bezúhonnost, **odborná a zdravotní způsobilost**. Bezúhonnost znamená, že bezúhonná je osoba sociálního pracovníka, která nebyla odsouzena pro úmyslný trestný čin ani pro trestný čin z nedbalosti, který by byl spáchán v souvislosti s výkonem poskytování sociálních služeb či srovnatelných činností. Lze ji doložit výpisem z Rejstříků trestů. Zdravotní způsobilost dokládáme lékařským posudkem o zdravotní způsobilosti. Dopodrobna se zákon věnuje **způsobilosti odborné**, kterou se dle zákona o sociálních službách rozumí úroveň dosaženého vzdělání. Vzdělání sociálního pracovníka je minimálně vyšší odborné nebo vysokoškolské. Vysokoškolské vzdělání je zaměřeno na sociální práci, sociální politiku, sociální patologii či sociální péči atd. Sociální pracovníci se vzdělávají i po škole, a to v zaměstnání, kdy se účastní v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok konferencí, odborných stáží, akreditovaných kurzů nebo školení. Tímto si obnovuje informace, a doplňuje kvalifikaci.

Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR je dokument, který byl schválen 19. 05. 2006 a nabyl účinnosti od dne 20. 05. 2006. Pojednává o tom, jaký by měl sociální pracovník být. Uvádíme některé charakteristiky, které by měl mít sociální pracovník na úřadech práce. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, původ nebo mateřský jazyk. Dále bez ohledu na jeho věk, rodinný stav, sexuální orientaci, zdravotní stav, ekonomickou situaci a politické přesvědčení. Pomáhá jednotlivcům, skupinám svými znalostmi, zkušenosti a dovednostmi při jejich osobním rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců ve společnosti a jejich následků. Sociální pracovník upřednostňuje profesionální dovednosti před soukromými zájmy a své služby poskytuje na vysoké odborné úrovni (SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR, 2006).

MATOUŠEK a kol. (2003, str. 46) uvádí čtyři typy sociální pracovníků: Angažovaný sociální pracovník, radikální, byrokratický a profesionální sociální pracovník.

U angažovaného sociálního pracovníka předpokládáme, že bude jednat s klienty jako s lidskými bytostmi. Je velmi empatický, pečuje a jedná s klienty, jako s přáteli. Buď tímto stylem dojde k vytvoření osobního vztahu s klientem anebo také k syndromu vyhoření.

Radikální sociální pracovník dává do praxe osobní hodnoty, kvůli změně zákonů, praxe a politice, které jsou pro něj nespravedlivé. Jedná se tedy o politiku a zájem sociální změny.

Byrokratický sociální pracovník odděluje osobní hodnoty od profesních a od hodnot zaměstnavatele. Manipuluje s klienty v zájmu jejich změny.

Profesionální sociální pracovník je pracovník vzdělaný v oboru, řídí se etickým kodexem, upřednostňuje zájem a práva klientů, vede s nimi individuální vztah a bere své klienty jako spolupracovníky.

2.2 Vybrané metody práce s klientem

Metoda je způsob k dosažení předem stanoveného cíle prostřednictvím plánovité, svědomité činnosti v sociální práci s **jednotlivcem, skupinou, komunitou a v pozdější době i sociální práce s rodinou** (STRIEŽENEC, 2005, str. 85).

Metoda sociální práce vyznačuje specifické postupy sociálních pracovníků charakterizované cílovou skupinou či daným cílem. Daným cílem může být příkladem poskytnutí poradenství nebo u příspěvku na péči úřednický úkon. Metody se řídí legislativou. Možnost využití metod sociální práce se odlišuje podle toho, zda se jedná o úroveň mikropraxe v rámci práce s jednotlivcem, mezopraxe, kde řešíme menší skupiny např. rodinu, anebo makropraxe, ve které se zabýváme malou skupinou, např. komunita (MATOUŠEK, 2008, str. 100).

MATOUŠKEK a kol. (2003) rozděluje metody sociální práce na:

- **Cílový subjekt** – práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou, komunitou
- **Aktuální situaci** – sociální znevýhodnění na začátku života třeba postižení, předvídatelné a nepředvídatelné sociální události
- **Relevantní vztahový kontext** – vrstevnická skupina, rodina, organizace
- **Systemová vazba** – regionální, národní nebo nadnárodní sociální politika

Zaměříme-li se na **metodu jednotlivce**, zjistíme, že jde o individuální podporu klienta s vypořádáním se s problémem. Základ zde tvoří poradenství a koordinační a mediační činnost sociálního pracovníka. Je to nejčastěji uplatňovaný směr, náročný z hlediska spektra potřebných profesních dovedností. Cílem je, aby klient v budoucnosti zvládal obtížné situace, podstatným prvkem je zde vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem, měl by být založen na důvěře. Užívané postupy jsou: poskytnutí podpory, explorační práce, přímé ovlivňování a reflexe. Pokud je **sociální práce se skupinou**, vidáme většinou aktivity ve skupině, terapie, která poskytuje klientům zpětnou vazbu. Důležitou roli zde hrají i vztahy mezi členy skupiny. Klienti zde zjišťují, jaký mají náhled na danou situaci, jak působí na lidi. Skupinová terapie dodává také naději na řešení těžkostí. U skupinové terapie je potřeba, aby sociální pracovník byl charakteristický znalostí principů fungování skupin a skupinových procesů. Dále zodpovídá za bezpečí členů skupiny v rámci skupinových aktivit. **Práce s rodinou** se může organizovat se zaměřením na jednu danou rodinu nebo skupinu rodin. Spadá sem rodinná terapie, vyjasnění rodinné komunikace či vymezení rolí v rodině. V poslední řadě je **zde komunitní sociální práce**, která se zaměřuje na řešení místních

problémů a potřeb. Potřeba se zanalyzuje, sociální pracovník naplánuje postup, vytvoří se akce a následně zhodnotíme její účinky (MATOUŠEK a kol., 2003, s. 14-15).

Typickou metodou používanou na oddělení příspěvku na péči je mikropraxe v rámci práce s jednotlivcem. Radíme zde zejména poradenství příspěvku na péči, úřednické úkony, terénní šetření. Důležitou roli zde hraje práce s jednotlivcem, a tedy nástroj individuálního plánování, který je zakotven v zákoně č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách. Smyslem práce s jednotlivcem je poskytovat uživateli podporu v tom, co potřebuje. Klademe vysoké nároky na proces kontinuální a strukturovaný, jehož dominantou je vlastní průběh. Můžeme jej shrnout do 4 etap, a to: vyjádření přání a potřeb uživatele, stanovení cíle, učení jednotlivých kroků a zhodnocení spolupráce. K efektivitě práce pomáhá systém pravidel, směrnic a metodik, základní metodou sociální práce s jednotlivcem je pozorování a především rozhovor. Pokud osoba nezvládá rozhovor s daným pracovníkem příspěvku na péči mluvenou formou, využívá se forma alternativní a augmentativní komunikace. Rozhovor je nedílná součást vyřízení příspěvku na péči i daného šetření (MILLER a ROLLNICK, 2002, str. 16, 41).

2.3 Kompetence sociálního pracovníka na oddělení příspěvku na péči na ÚP

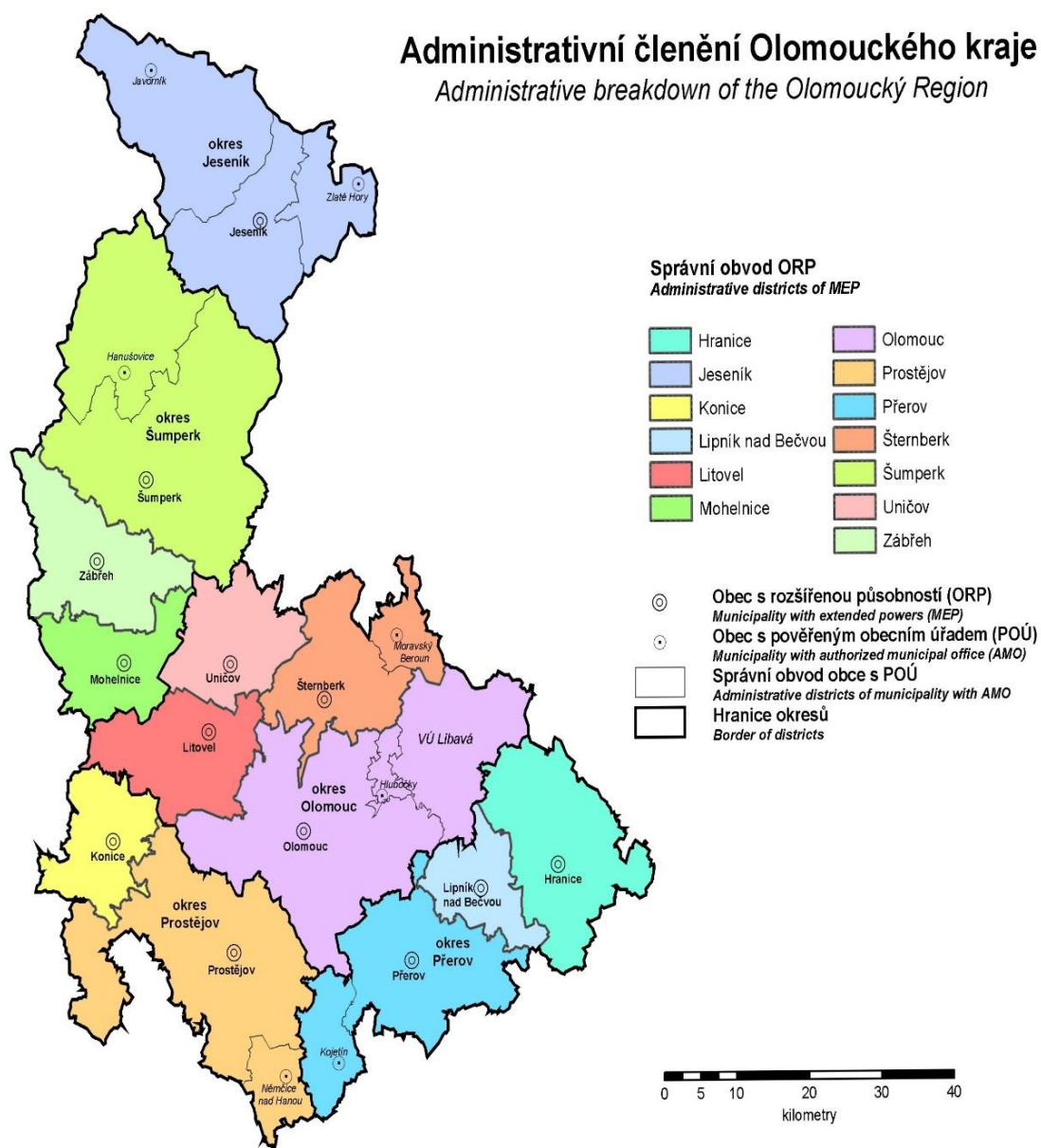
HAVRDOVÁ (1999, str. 42) charakterizuje **kompetenci sociálního pracovníka** jako *„funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.“*

Dle MATOUŠKA a kol. (2008, str. 16) by měl být schopen sociální pracovník zapojit různé druhy zdrojů svých klientů, a to jak lidských, tak materiálních. Rodina, přátelé, komunita či zaměstnavatel i stát jsou přirozenou podporou.

V pomáhající profesi, zejména u sociálních pracovníků je v povolání vykonáváno více rolí, které se proplétají. V praxi to znamená, že jeden nebo druhý přístup může vyhrávat. Záleží na pracovní náplni a charakteru zařízení, ve kterém sociální pracovník pracuje. Dalšími aspekty mohou být styl vedení organizace, cíle a prostředky jejího programu (ŘEZNÍČEK, 1994, str. 57).

Administrativní členění Olomouckého kraje

Administrative breakdown of the Olomoucký Region



Obrázek 1 Mapa Olomouckého kraje (<https://kapselshalflanghaarz.blogspot.com>)

Město	Olomouc	Prostějov	Přerov	Šternberk	Šumperk	Uničov	Zábřeh
Počet	17	17	12	6	13	5	2
Město	Hranice	Jeseník	Konice	Lipník n. Bečvou	Litovel	Mohelnice	Hanušovice
Počet	6	3	2	3	2	4	2

Tab. 1 Počet sociálních pracovníků příspěvku na péči (na jednotlivých kontaktních pracovištích Úřadu práce Olomouckého kraje)

Na obrázku 1 vidíme zaznačená kontaktní pracoviště Úřadu práce Olomouckého kraje, ještě k nim patří Kojetín s počtem sociálních pracovníků příspěvku na péči 3 a Javorník s počtem sociálních pracovníků příspěvku na péči 2. Dohromady v Olomouckém kraji pracuje 99 sociálních pracovníků příspěvku na péči, přesný počet pracovníků na jednotlivých kontaktních pracovištích Úřadu práce nám udává tabulka 1.

Sociální pracovníci příspěvku na péči se řídí **konkrétní legislativou**. Příspěvek na péči je mezi dávkami pro osoby se zdravotním postižením jeden z nejdůležitějších. Právní předpisy upravující poskytování dávek osobám se zdravotním postižením jsou zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů a vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením (www.zakonyprolidi.cz).

Příspěvek na péči upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška MPSV č. 391/ 2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/ 2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (MPSV, 2019)

Dalším zákonem důležitým pro vykonávání profese sociálního pracovníka příspěvku na péči je zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů a zákon č. 73/2004 o Úřadu práce, ve znění pozdějších předpisů. Sociální šetření je upraveno vyhláškou č. 332/2013 Sb., o vzoru standardizovaného sociálního pracovníka. Vzor standardizovaného záznamu sociálního pracovníka uvádíme v příloze 3 (Vyhláška č. 332/2013 Sb., o vzoru standardizovaného sociálního pracovníka).

Sociální pracovník příspěvku na péči se dále řídí instrukcemi MPSV č. 5/2015 o postupu při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči a instrukcemi č. 13/2016 mj. o sociálním šetření v rámci řízení o příspěvku na péči během hospitalizace ve zdravotnickém zařízení (MPSV, 2019).

Nárok na příspěvek má osoba, která dle § 4. odst. 1 zákona o sociálních službách z příčiny déle trvajících nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8 téhož zákona, jestliže pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče, poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo dětský domov či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu. Nárok na příspěvek nemá osoba mladšího jednoho roku (§7, odst. 2, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v z.p.p.).

Při **posuzování stupně závislosti osoby** se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: orientace, komunikace, mobilita, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena,

výkon fyziologické potřeby, osobní aktivity, péče o domácnost a péče o zdraví. U péče o domácnost neposuzujeme u osob do 18 let. Základní životní potřeby jsou vymezené v příloze 4 (§9, odst. 1, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v z.p.p.).

Dle § 11 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v z.p.p. výše příspěvku se dělí do čtyř stupňů. Podle věku: a to do 18 let a od 18 let

Příspěvek pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

1. 3 300 Kč, pokud je zde lehká závislost = I. stupeň
2. 6 600 Kč, pokud je zde středně těžká závislost = II. Stupeň
3. Pokud se jedná o třetí stupeň III. – středně těžká závislost
 - 9 900 Kč v případě, že osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb nebo dětský domov či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu
 - 13 900 Kč v ostatních případech
4. Pokud se jedná o čtvrtý stupeň IV. – úplná závislost
 - 13 200 Kč, v případě, že osobě poskytuje pomoc poskytovatel pobytových služeb nebo dětský domov či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu
 - 19 200 Kč v ostatních případech

Příspěvek pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

1. 880 Kč, pokud jde o stupeň I – lehká závislost
2. 4400 Kč, pokud jde o stupeň II. – středně těžká závislost
3. V případě, že jde o třetí stupeň III. – středně těžké závislosti
 - 8 800 Kč, v případě, že se jedná o poskytovatele pobytových sociálních služeb nebo dětský domov či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu
 - 12 800 Kč, v ostatních případech
4. Čtvrtý stupeň IV. – úplná závislost
 - 13200 Kč, v případě, že se jedná o poskytovatele pobytových sociálních služeb nebo dětský domov či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu
 - 19 200 Kč v ostatních případech

O příspěvku na péči **rozhoduje** krajská pobočka Úřadu práce České republiky. **Vyplácí** se měsíčně (§18, zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v z.p.p.).

Když se zaměříme na **kompetenci sociálního pracovníka příspěvku na péči**, zjistíme, že provádí pro účely rozhodnutí **sociální šetření**. Cílem sociálního šetření je získat informace o žadateli a jeho životní situaci, seznámit se s jeho přirozeným prostředím a domovem. Dalším úkolem sociálního šetření, je vytyčit cíl pomoci poskytované rodině/jedinci sociálním pracovníkem při řešení jejich těžké situace s použitím i jiných činností sociální práce či metod. Samotné sociální šetření je také jednou z metod sociální práce, kterou v rámci řízení o PnP vymezuje zákon 108/ 2006 Sb., §25. Žadatel, který je povinen podrobit se sociálnímu šetření kvůli PnP je vymezen v zákoně 108/2006 Sb., § 21 odst. – 1, písm. a) U sociálního šetření sledujeme především tyto cíle: Objektivně posoudit životní situaci žadatele, zdali jsou zajištěné každodenní základní životní potřeby, a díky těmto informacím sociální pracovník zpracuje hodnověrný podklad pro posouzení stupně závislosti okresní správou sociálního zabezpečení a potažmo pro určení, zda má žadatel na PnP nárok a v jakém stupni. Důležitý cíl je zajistit základní sociální poradenství, případně zprostředkování další pomoci a vymezit ostatní potřeby, které vznikli žadateli o PnP, případně pečující osobě, v návaznosti se zajištěním péče. Z toho plyne, že sociální pracovník získává informace a popisuje, zda žadatel dané potřeby zvládá nebo ne, ale vypracovává hodnocení naplňování potřeb a rizik, jež vyplynou z jejich nenaplnění. Hlavní metodou při práci s klientem je rozhovor, který je buď individuální či skupinový. Při skupinovém rozhovoru se jedná o rodinu žadatele. Metoda pozorování je zde důležitá, může sociální pracovníky navést na otázky, které vede posléze s žadatelem nebo k pochopení informací či zjištění, jak je byt situován a jaké pomůcky zde jsou (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2015, str. 11). Ze sociálního šetření se **vypracuje písemný posudek**, který zašle spolu s kopií žádosti o příspěvek na péči na příslušnou lékařskou posudkovou službu Okresní správy sociálního zabezpečení. Výsledkem posuzování je posudek, který se zašle na úřad a je zpracován. V posudku jsou popsány základní životní potřeby, které žadatel nezvládá a stupeň závislosti, který mu tímto sociální pracovník navrhuje. Lhůta pro vydání posudku činí 45 dní. Zde vzniká konfrontace mezi sociálním pracovníkem příspěvku na péči a posudkovým lékařem. Jejich práce je vyznačována vyvyšující se kompetencí posudkového lékaře nad odbornost sociálního pracovníka (JANEBOVÁ, SMUTEK 2008, str. 195). Pokud sociální pracovník vyhodnotí vyšší stupeň a posudkový lékař nižší, tak se bere v potaz výsledek posudkového lékaře. Je jasné, že ideální stav by byl, kdyby se sociální pracovník s lékařem shodli, ale moc často se to neděje. Čímž se dostávám k otázce, jak má potom své kompetence chápat sociální pracovník, pokud posudkový lékař bere v potaz pouze své šetření. Sociální pracovnice, které spadají pod úřad práce jsou v roli posuzovatelů životní

situace klientů, rozhodujících o přiznání, či nepřiznání dávky (Zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách v z.p.p.).

Sociální pracovník příspěvku na péči kromě častého kontaktu s klientem je i oprávněnou úřední osobu, která vede správní řízení a spisový přehled jednotlivých dokumentů. Do spisů vkládá všechny získané informace týkající se řízení metodou protokolu. Sociální pracovník musí dbát řídicí se metodiky ÚP, tzn. ví, jak nakládat s dokumenty a razítky. Musí vše podložit písemně a posléze zavést do informačního systému. Sociální práce na ÚP je omezena zákonem a jsou stanovené podmínky nároku na dávku a jeho výplatu. Je charakterizován postup a průběh správního řízení. Vypracovává se rozhodnutí o stupni závislosti a výši příspěvku či zamítnutí dávky. Dalším z úkolů sociálních pracovníků je i kontrola využívání daného příspěvku na péči (Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů).

3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Osoba, která trpí symptomy celkového vyčerpání, není považována za nemocného, ale pokud pocity s vyhořením přetrvávají déle, může dotyčná osoba opravdu onemocnět. Rozvinutý stav můžeme považovat za krizový, zdravý ohrožující a vyžadující řešení. Je nutná rychlá, včasná léčba a prevence. „*Prevence (z lat. Praevenire, předcházet) je soustava opatření, která mají bránit výskytu nějakého nežádoucího jevu, snižovat jeho pravděpodobnost, předcházet například nemocem, drogovým závislostem, zločinům, nehodám, neúspěchu ve škole, sociálním konfliktům, násilí, ekologickým katastrofám a podobně*“ (<http://cs.wikipedia.org/wiki/Prevence>.)).

Život každého z nás by měl obsahovat tři světy: vztahový, soukromí a pracovní. Mezi sousedními světy by měla panovat rovnováha, jakmile začne převažovat pracovní svět na úkor ostatních, jsme jednou nohou na cestě za syndromem vyhoření. Je dobré vnímat všechny tři světy, brát ohled na vlastní potřeby a spokojenost. V rovnováze vnímat a prožívat také zájmy a potřeby ostatních lidí, zejména těch, s nimiž sdílíme společný život. Zájem o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje, a tím, co nám dodává zdraví a energii je jednou z prevencí syndromu vyhoření. O stresory a stresy se nemusíme starat, ty k nám v rámci života přicházejí samy. Pro nás je důležité zaobírat se tím, co nám přináší energii a trvalou radost ze života. O to usilujeme, protože to nepřichází jako samozřejmost (KŘIVOHLAVÝ & PEČENKOVÁ, 2004, str. 28).

3.1 Techniky prevence

KOPŘÍVA (2001 str. 100) uvádí následující oblasti nástrojů prevence: životní styl, mezilidské vztahy a přijetí sama sebe.

Životní styl je souhrn všeho, jak žijeme. Má vliv na naše zdraví, životní spokojenost a štěstí. Souhrnem myslíme vše, co ve svém životě děláme, jak se stravujeme, jestli kouříme cigarety, pijeme hodně alkoholu či abstinujeme, v jakém prostředí žijeme a například jakou pohybovou aktivitu máme. Pokud chcete udržovat správný životní styl, neměli byste kouřit, nadměrně užívat alkohol, jíst pestrou a vyváženou stravu, neužívat drogy a dodržovat pravidelný pohyb. Dobře spát, doporučuje se osm hodin denně a vyvarovat se působení škodlivých látek. Naše tělo jest to, co jíme. George Coevoet uvádí, že: „*budete-li dobře pečovat o své tělo, vydrží Vám po celý život.*“ Moudro, kterým se řídím já sama. Důsledkem zdravého životního stylu může být například dobrá tělesná kondice, nízká unavenost či dobrý

psychický stav. Pokud nedodržíme správný životní styl, nastupuje porucha životního stylu a neschopnost sebeovládat se (NEŠPOR, 2013, str. 96).

Zaměříme-li se na pohybovou aktivitu, zjistíme, že pohyb je všude kolem nás, hýbeme se jak v práci, tak mimo ni. Sportujeme, chodíme na túry, uklízíme, a mohli bychom jmenovat další a další aktivity, u kterých vyvíjíme pohyb.

Po dokončení pohybové aktivity dochází ke snížení krevního tlaku pod úroveň, na které byl před tělesným cvičením. Fyzické cvičení má za důsledek zmírnění úzkosti, deprese, odbourávání látek uvolněné ve stresu, a tím dochází k vnitřnímu klidu. Pohybové cvičení je prevence i důležitý prvek léčby několika desítek onemocnění. Například jater, cév, prevence nádorů i srdce. Díky pohybové aktivitě se zlepšuje, posiluje imunita. Ale je třeba dbát opatrnosti a dělat pohyb s mírou, nic se nemá přehánět, protože nadměrná aktivita může mít za příčinu snížení imunity, a tím spojitost s častým onemocněním. Po dokončení tělesné aktivity přichází na řadu relaxace (NEŠPOR, 2013, str. 57). V práci ani doma nemáme čas na tělesné cvičení různého druhu, není zde pro to možnost. Často je pohybová aktivita důsledek radosti, z toho, co nám v těle ještě funguje a ne nářkem, co musíme ještě udělat (KŘIVOHLAVÝ & PEČENKOVÁ, 2004, str. 16). V dnešní době je velmi oblíbená chůze a výlety do hor. Je to v důsledku toho, že velká populace z nás má sedavé zaměstnání, čím více sedíme, tím více potřebujeme čerstvý vzduch s dobrou společností, anebo sami.

Pohybová aktivita nemá jen výhody, setkáme se i s negativními zkušenostmi. Sportovci nejsou vždy příkladní ba naopak. „*Sportovní funkcionáři s oblibou zdůrazňují, že sportem lze předcházet drogovým závislostem. Nic takového se neprokázalo, Zdá se, že někdy je to právě naopak. Původní data z české populace svědčí o tom, že fotbal, zápas, box nebo kickbox, posilování a tanec byly spojeny s vyšším rizikem zneužívání alkoholu u žáků devátých tříd. Box či kickbox byly navíc spojeny s vyšším rizikem zneužívání marihuany*“ (NEŠPOR, 2013, str. 58). Musíme tedy rozlišovat vrcholový sport a rekreační či rehabilitační cvičení. Rehabilitační cvičení s rekreačním sportem je za účelem, odpočinku, předpokládáný je zde pozitivní účinek. U vrcholových sportovců je objevujícím se faktorem stres, vyčerpání, vyšší riziko úrazu, doping či časté cestování.

Zajímavá pohybová aktivita může být léčba úklidem. Aneb malý úklid – malý stres. Velký úklid – velký stres. Ano, u úklidu můžeme relaxovat. Mírní negativní emoce, agresi, vztek i stres.

Relaxační metody slouží jako prevence a léčba množství onemocnění a šetří nám energii, kterou vydáváme. Je to protipól stresu a napětí. Relaxační technikou lze tišit utrpení či bolest, defekt spánku, úzkostné nálady, depresi, hněv a řadu dalších poruch. Smyslem relaxační

techniky je dosáhnout psychické pohody uvolněním se. Mezi duševním a tělesným napětím je velmi blízký vztah. Jeden ovlivňuje druhý, pokud se nám tedy podaří při relaxaci dosáhnout uvolnění těla, přemístí se uvolnění i do pole psychiky. Svaly nám jdou ovlivnit lépe než psychika. Umožňuje centrální nervové soustavě a organismu uzdravení a regeneraci. Je popisována fyziologickým poklesem množství impulsů, které přicházejí do mozku z periférie, ze smyslových orgánů a ze svalů (STOCK, 2010, str. 71).

Je mnoho možností, jak se uvolnit a relaxovat. Jednou z technik je jóga. Pokud jógu provádíme jako mechanický sportovní výkon, jedná se o tzv. jógovou gymnastiku, oživí a vzbudí tělo. Má velmi příznivý vliv na mysl a uvolňuje energii, která se rozkládá uvnitř těla bez emočních projevů (KOPŘIVA, 2011, str. 90).

Dalším důležitým aspektem pro relaxaci je mít bezpečný a klidný domov nebo jiné vhodné prostředí. Uklidňovat a relaxovat bychom měli tam, kde žijeme. Tradiční čínská nauka, která se nazývá feng-šuej říká „energie by měla dobře proudit“. To znamená, že doma nenechávejte zbytečné věci, raději je rozdejte, prodejte či vyházejte a vytvořte si přiměřený pořádek. Do domácnosti si umístěte uklidňující obraz či si zvolte uklidňující hudbu, kterou si můžete pouštět.

Další a také jednou z nejúčinnějších a nejpraktikovanějších relaxačních metod je dýchání do břicha s prodlouženým výdechem. Když jste ve stresu, tak vaše břicho je napjaté a nehybné. Břišní svaly tím chrání útroby a stres připravuje tělo na útěk nebo boj. Dech je mělký a rychlý. Dýchání se děje především do horní části hrudníku, to je neefektivní a namáhavé. Nádech často bývá delší než výdech. Při dýchání u relaxace je břicho pohyblivé a ve svislé poloze trupu se rytmicky stahuje a uvolňuje. Stažení břišních svalů pomáhá výdechu, jejich uvolnění umožňuje nadechovat se za pomoci bránice. Vleže na zádech se břicho může uvolnit docela, protože výdech z velké části obstará hmotnost útroby, které vytlačují bránici nahoru. Dech je klidný a pomalý, dýchání se děje především do břicha a dolní částky hrudníku, což je efektivní a zklidňující. Zdůrazněn je výdech, ten bývá delší než nádech. Dalšími relaxačními technikami mohou být například uklidňující představy, meditační techniky vnitřního ticha, úsměv a smích, svalová relaxace a relaxace částečná (NEŠPOR, 2013, str. 53).

Relaxace je snadný a účinný kontakt s tělem. Nejznámější je relaxační technika nazvaná jako autogenní trénink. Vznikla na základě prvků jógy německým lékařem Schultzem, a jednou z dalších technik je Jacobsonova progresivní relaxace. Relaxaci charakterizujeme jako symptomovou úlevu, velmi důležitou při zvýšené zátěži (KOPŘIVA, 2011, str. 100).

Pokud chceme žít zdravě, je důležité mít **pravidelný spánek**. Provádět spánkovou hygienu je nesmírně důležité pro naše zdraví a životní pohodu.

(<http://www.dobry-spanek.cz/desatero.com>) **uvádí desatero Spánkové hygieny:**

1. Večer – 4-6 hodin před spaním, nepijte kávu, kolu nebo různé energetické nápoje, také omezte jejich konzumaci během celého dne. Dále před usnutím nepijte černý ani zelený čaj. Káva i tyto čaje působí povzbudivě a ruší spánek.
2. Večer nejezte těžká jídla a poslední pokrm zařaďte 3-4- hodiny před ulehnutím.
3. Lehká procházka po večeri nám může zlepšit spánek, a naopak cvičení zařaďte do svého režimu nejpozději 3-4 hodiny před ulehnutím.
4. Po večeri již nemyslete na důležitá témata, která vás mohou rozrušit. Naopak snažte se navodit a připravit na spánek, třeba příjemnou činností.
5. Večer již nepijte alkohol, abyste lépe usnuli, alkohol zhoršuje kvalitu spánku.
6. Nekuřte cigarety, zvláště ne před spaním a v noci. Nikotin povzbuzuje organismus.
7. Postel i ložnici užívejte pouze ke spánku a pohlavnímu životu. V ložnici by neměla být televize, v posteli nejezte.
8. V místnosti na spaní minimalizujte světlo a hluk.
9. Jít spát a také ráno vstávat byste měli relativně ve stejnou dobu.
10. Omezte pobyt v posteli na nezbytně nutnou dobu. V posteli se zbytečně nepřevalujte, postel neslouží k přemýšlení.

Mezilidské vztahy

KOPŘIVA (2011, str. 100) uvádí, že osobní život je velmi důležitý, protože dlouhodobě neřešené mezilidské konflikty, například v manželství, partnerství a rodině nám energii vysává. Měli bychom také klást důraz na sexualitu.

Mezilidské vztahy můžeme rozdělit na dobré a špatné. Za ty špatné můžeme považovat nepřátelské chování, agresivní projevy, ponižování, projev zneužití moci, urážky, „nefér“ způsoby jednání, nespravedlnost, povýšenost či projevy nedůvěry. Dále také hádky, krize, konflikty či porušování slibů. A naopak tak jako o špatných vztazích mezi lidmi můžeme hovořit o dobrých vztazích mezi lidmi. Charakteristikou dobrých mezilidských vztahů je spolupráce, u které si všímáme čtyř různých aspektů, kterými jsou: jak vidím tebe a ty mě, můj vztah k tobě a tvůj vztah ke mně, naše vzájemná komunikace, a to, jak spolu mluvíme, a v poslední řadě, jak se díváme na situaci, v níž se společně nacházíme (KŘIVOHLAVÝ J. , 1998, str. 128).

KŘIVOHLAVÝ (1998, str. 134) uvádí, že k dobrým **mezilidským vztahům patří například:**

- Jeden druhému naslouchá
- Jeden druhému je dobrým zrcadlem
- Jeden druhému projevuje uznání
- Jeden druhého povzbuzuje
- Jeden druhému poskytuje emocionální vzpruhu
- Jeden s druhým si práci rozdělují
- Jeden druhému poskytuje pomoc
- Jeden druhého se zastane

Přijetí sama sebe aneb akceptujme se takoví, jací jsme. Dvojnásob akceptace sebe samého je potřeba u pomáhajících profesí. Pokud zde není, dostává se osoba na šikmou plochu narůstajícího vyčerpání, které končí stavem vyhoření. Pomáhající je v jistém slova smyslu sobě samému nejdůležitějším klientem. Mít se rád a přijmout se takový jaký jsem, tímto heslem se my pomáhající řídíme, protože jestliže se nemáme rádi, spotřebujeme tím více energie, než musíme. Nemít se rád a nepřijmout veškeré vlastnosti, kterými jsem obdařen, znamená to, že těžko zvládnou přijmout tyto rysy u klientů. Neměli bychom být na sebe přísní, snažme se mít rádi a vnímat naše tělo, mysl i duši (KOPŘIVA, 2011, str. 101). Dodala bych, že klást na sebe vysoké nároky i na okolí, nás vystavuje zbytečnému zklamání, přece jen, nejsme dokonalí a je mnohem příjemnější překvapení zjistit dobrý výsledek než očekávat všechno dokonalé už od stratu.

K získávání duševního zdraví a duševní rovnováhy nám slouží **duševní hygiena**. Je to systém pravidel a rad, které slouží k prohloubení či znovuzískání duševní pohody. Cílem duševní hygieny je zejména stmelit psychické zdraví a odolnost vůči různým škodlivým vlivům. Důraz je kladen na úpravu životních podmínek člověka, aby se mohl cítit v pohodě a spokojený, šťastný a plně fyzicky a psychicky zdatný (MÍČEK, 1984, str. 9).

3 2. Prevence v zaměstnání

„Jedním z největších problémů při burnout syndromu je skutečnost, že postižený připomíná křečka v běhacím kole – to znamená, že je zahlcen každodenními povinnostmi, z nichž není snadné se vymanit. Kromě toho je do práce natolik ponořený, že již nevnímá její případné chyby či nedostatky. Jak známo, lidé snadno podléhají svým zvykům a návykům a ani je nenapadne, že by se některé věci mohly začít dělat jinak.“ (STOCK, 2010, str. 59)

Existují **ochranné prostředky** před syndromem vyhoření, které bychom měli znát. Při vysoké pracovní zátěži je dobré naučit se kondičnímu cvičení a vyváženosti. Člověk by se měl naučit přijímat podporu od okolí. Provést rozhovor se svým nadřízeným, vysvětlit mu situaci a tím docílit snížení, zmírnění zátěže, změnit pracovní náplň či pracovní pozici. V konečném důsledku můžeme dát výpověď a změnit zaměstnání. Špatný kolektiv se dá řešit supervizi nad pracovní skupinou, rozhovorem s kolegy nebo navržením změn. Změna časového managementu, organizace a změna přístupu jsou také důležité ochranné prostředky. Důležitá prevence je dobrá **organizace práce** a rozumné plánování času. Tyto složky nám umožní mít kontrolu nad sebou, svými aktivitami a docílí vnitřního klidu. Učí nás disciplíně. Díky organizaci neztrácíme čas věcmi, které nemají smysl. Výborně zorganizovaný čas nám dodává energii, protože máme místo pro odpočinek a zábavu. Na začátku pracujeme s váhami a určujeme důležitost každé aktivity. Podle MÍČKA (1984, str. 59) dosáhneme racionálního času následovně: rozumným rozvrhem práce a povinností, správným posouzením závažnosti úkolů a omezením zbytečností. Zvýšením koncentrace a pořádku. Strízlivým odhadem vlastních časových možností, výběrem úkolů a omezením časových ztrát. Využít ty nejcennější chvíle z celého dne. Využitím volných chvil a vytvořením pravidelného denního režimu.

Když už člověku nestačí ani den dva na zotavení z jeho práce, či dovolená jako prevence. Stratil schopnost regenerace, potřebuje získat také **fyzický odstup**, uniknout z daného prostředí i fyzicky. Doporučuje se odjezd na týden někam pryč, využít čas sám pro sebe, přemýšlet nad problémy o samotě, zamyslet se nad tím, jak by se momentální situace dala vyřešit, co je ze zdravotního hlediska důležité a jak dále pokračovat. *„Až se vrátíte zpět do reality, měli byste již mít jasnější představu o svých cílech týkajících se zdraví a také o svých plánech na další měsíce a roky“ (STOCK, 2010, str. 62).* Je zde také možnost zažádat o léčebný pobyt. Pokud člověk neumí sám odpočívat, a syndrom vyhoření je již rozjetý vlak, kterému se porouchala brzda a jen, tak ho něco nezastaví, bude léčebný pobyt dobrá volba.

Vyřešit pracovní situaci nám může cvičení: „**Take it**“, „**change it**“, „**leave it**“ a zpět k „**Take it**“. V případě burnout syndromu může dojít k působení vnějších vlivů. První alternativou je smířit se s tím tak, jak to je – „**take it**“. Zjistíme-li, že se ocitáme ve stresové situaci, prvně zvážíme, zda je pro nás dostatečně snesitelná. S opovědí ano, přichází tolerování situace či rezignace. Druhou alternativou je vzdát to – „**change it**“. A nástup rezignace, která k nám doputovala po zjištění, že naše situace je nepřijatelná a nezvládneme ji ovlivnit. A v konečné fázi přistupuje „**leave it**“ se svou teorií vzdát to a odejít. Může se ale stát, že musíme v situaci přetrvat, neboť nezvládneme najít novou práci, nedaří se nám změny, tím pádem se vracíme k alternativě „**take it**“. Pokud v zaměstnání zůstaneme, je dobré snažit se hledat řešení a snížit pracovní vytížení. Podněty k zamyšlení by pro vás měly být – omezení pracovní zátěže, kolektiv, uznání, interní či externí změna nebo raději odejít než riskovat zdravím. V úvahu berte i předčasný důchod a nechte si řádný čas na rozmyšlenou (STOCK, 2010, str. 75).

3.3 Prevence na oddělení příspěvku na péči

„Kdo však bude opatrovat a chránit opatrovníky?“

Juvenal Satiry (HAWKINS & SHOHET, 2004, str. 13)

Nejen klienti příspěvku na péči potřebují pomoci, poskytnout poradenství v jejich nepříznivé situaci, ale také sociální pracovníci by si měli být jistí, že jim ze strany zaměstnavatele vznikla určitá podpora, prevence či pomoc v nepříznivé situaci, jako je například syndrom vyhoření.

Jedna z možností, jak předcházet syndromu vyhoření u sociálních pracovníků příspěvku na péči, je **supervize**. Tento význam byl odvozen od anglického výrazu „supervision“, a ten z latinského slova „super“ – nad, „videre“ – vidět, zírat (HAWKINS & SHOHET, 2004, str. 27).

Supervizi charakterizuje i standarda číslo 10 – profesní rozvoj pracovníků, který je obsažen ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Informace nalezneme v 5. kapitole ve výše zmiňovaném standardu.

ČAMSKÝ, SEMBDNER, KRUTILOVÁ (2011, str. 191) uvádějí, že supervize je nejčastější a nejúčinnější nástroj prevence. Musí být prováděna nezávislým externím odborníkem, který není zahlcen „provozní slepotou“ a vidí věci v jiných souvislostech než sociální pracovníci agendy příspěvku na péči. Podpora externích odborníků přináší do organizace vhléd, větší profesionalizaci, a hlavně emoční podporu. Je dobré mít nastavené intervaly supervize, to ale záleží na potřebách organizace a její velikosti. Supervize může být individuální, týmová či skupinová. Slouží především k získání cílů buď krátkodobých-k získání jistoty při práci s klienty, nebo dlouhodobých – osobní rozvoj sociálních pracovníků. Při supervizi je potřeba bezpečného místa a klidu. Je zde podpora učení, změn a prostor pro vyjádření se. Při supervizi podporujeme motivaci a také spolupráci na pracovišti.

Supervize má tři hlavní funkce a to vzdělávací, podpůrnou a řídicí. Může mít také různé druhy, jako výukovou, výcvikovou, řídicí či poradenskou (HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004, str. 27). Může mít i špatné znaky. Například ponižování, zahanbování, špatně vytvořený vztah mezi supervizorem a super vidovaným, nedodržování hranice mezi supervizi a terapií, nejasný a špatně vytvořený kontrakt.

KOPŘIVA (2000, str. 139) popisuje: „*tématem sezení jsou zcela konkrétní problémové situace. Pozornost supervizora je soustředěna na jednání pracovníka, které se přehledně rozkládá na dílčí prvky. Cílem není v první řadě reflektovat, nýbrž dospět ke správnému*

postupu, který ovšem není všeobecně správným postupem, nýbrž postupem pro danou chvíli a situaci.“

Ze strany zaměstnavatele probíhá také **školení** proti syndromu vyhoření, na které se mohou sociální pracovníci příspěvku na péči přihlásit, je jednou ročně a pořádá jej MPSV. Myslím si, že je to velmi malá prevence proti syndromu vyhoření. Školení je pro omezený počet pracovníků, mohou se přihlásit jak pracovníci státní sociální podpory, tak z agendy hmotné nouze. Školení, které proběhlo v roce 2019, bylo pouze pro 30 pracovníků, a z příspěvku na péči byli pouze dva pracovníci. Školení probíhá formou prezentace, vyhotovení testu syndromu vyhoření a probírání zkušeností daných pracovníků, kteří se sešli. Ze strany školitele bylo zjištěno, že dříve se jezdilo na 1 - 2denní workshopy, kde se školilo na téma syndrom vyhoření, vždycky se na daném místě přespalo, stmelovalo to kolektiv, lidé byli více otevření a dokázali o daných problémech hovořit, více se otevřít. Nyní školení trvá pouze 8 hodin (VLASTNÍ ZDROJ)

Další prevencí je sociální opora, dobré pracovní podmínky a kladné hodnocení druhých lidí. Ze strany zaměstnavatele to může být nařízený odpočinek, změna pracovních podmínek nebo vhodné uzpůsobení pracovního kolektivu (STOCK, 2010, str. 76).

Úskali sociálního pracovníka agendy příspěvku na péči. Sociální pracovníci příspěvku na péči jsou v každodenním kontaktu s klienty, kteří mají vliv na jejich životy. Jejich práce je hůře měřitelná. Každý den se setkávají s klienty, kteří přišli nedobrovolně. Obvykle ani nepatří do vrstev, se kterými by pracovníci spojovali své ambice. Sociální pracovník se s těmito podmínkami snaží vyrovnat, vyrovnávají se s tzv. dilematy. Lze se s nimi vyrovnat třemi způsoby a to: zjednodušováním složitých cílů, omezování poptávky a nerovným zacházením s klienty na základě předsudků. Podle MUSILA (2004, str. 35) je těchto dilemat sedm: *„mezi množstvím klientů a kvalitou poskytovaných služeb. Mezi rovnocenným přístupem ke všem klientům a upřednostňováním některých z nich. Mezi jednostranností a symetrií ve vztazích s klienty. Mezi procedurálním a situačním přístupem k problémům klienta. Mezi poskytováním materiální a nemateriální pomoci. A mezi snahou zasáhnout včas a obavou z unáhleného zásahu.“*

4 VÝZKUMNÁ ČÁST

4.1 Hlavní a dílčí cíle

Hlavní cíle:

Hlavním cílem výzkumného šetření je analyzovat na jaké úrovni syndromu vyhoření jsou sociální pracovníci příspěvku na péči v Olomouckém kraji.

S ohledem na výše uvedený cíl byly stanoveny cíle dílčí:

- Zkoumat, jaká je prevence u sociálních pracovníků v agendě příspěvku na péči v Olomouckém kraji a zjistit, co by se dalo zlepšit pro sociální pracovníky příspěvku na péči v rámci prevence syndromu vyhoření
- Zkoumat, jaká je míra tělesného vyčerpání a deprese, u sociálních pracovníků příspěvku na péči

Pro splnění stanovení cílů byly položeny následující výzkumné otázky:

1. Jaká je výsledná hodnota míry vyhoření BQ u respondentů příspěvku na péči v Olomouckém kraji?
2. Jaká je prevence syndromu vyhoření v Olomouckém kraji ze strany zaměstnavatele u sociálních pracovníků příspěvku na péči?
3. Kolik sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji pociťuje míru deprese a tělesného vyčerpání?

4.2 Metodologie, charakteristika cílové skupiny a organizace výzkumu

Sběr dat proběhl v měsíci březnu a v prvním týdnu měsíce dubna 2020. Dotazník byl doručován osobně v papírové podobě, anonymní formou pracovníkům příspěvku na péči v Olomouckém kraji. Celkem byl dotazník doručen pro 99 pracovníků. Z rozdaných dotazníků se vrátilo 77 anonymních dotazníků, jež bylo možné využít pro výzkumné šetření. Míra návratnosti je 77,77 %. Jelikož dotazníky byly shromažďovány v období epidemie covid 2019 nebylo možné získat vyplněné dotazníky od všech sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji.

Sběr dat probíhal v oblastech Olomouckého kraje, a to v Olomouci, Hanušovicích, Hranicích, Javorníku, Jeseníku, Kojetíně, Konice, Lipník nad Bečvou, Litovel, Mohelnice, Prostějov, Přerov, Šternberk, Šumperk, Uničov a Zábřeh.

Metodologie

V rámci výzkumného šetření byla použita metoda kvantitativního výzkumu – dotazník, ale i metoda kvalitativní – polostrukturovaný rozhovor.

Kvantitativní výzkum používá namátkové výběry, experimentů a organizovaného sběru dat. Prostřednictvím dotazníků, testů či pozorování. Statická metoda se využívá pro analýzu získaných dat, cílem je ukázat, popsat či vyjádřit, popřípadě ověřovat, prokazovat souvislosti mezi proměnnými. Předpokladem je zde validita, což je metoda sběru dat, která měří skutečně to, co má. Výsledek výzkumného šetření by měl mířit k teoretické části. Měli bychom zjistit podpůrné argumenty pro platnost teorie. Může se také stát, že nedokážeme její platnost (HENDL, 2016, str. 46).

Pro výzkumné kvantitativní šetření byla zvolena **technika sběru dat dotazníkem**, která je nejvyužívanější metoda pro získávání dat v pedagogickém výzkumu. Dotazníkem zjišťujeme informace od velkého množství respondentů. Metoda dotazníku je písemná a rychlá. Další výhodou je také lehčí zpracování a vyhodnocení získaných dat od respondentů. Dotazník musí být složen z předem připravených otázek, které jsou logicky uspořádané. Podmíněná platnost platí pro všechny data získaná prostřednictvím dotazníku. Měli bychom být objektivní při interpretaci získaných dat (CHRÁSKA, 2007, str. 163–164).

Pro výzkumné šetření byl použit standardizovaný dotazník od autorů Ayala Pines a Elliot Aronson s názvem Burnout Measure (BM) zabývající a zaměřující se na míru syndromu vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 1998, str. 36). Z dotazníku jsme schopni vyhodnotit míru

„celkového vyčerpání“. Dotazník má tři pozitivní složky syndromu vyhoření a to: fyzické, psychické a emocionální vyčerpání (BARTOŠÍKOVÁ, 2006, s. 70). Výsledky dotazníku se shodují i při více opakování. Dotazník je poskládán z 21 tvrzení – ptajících se na pocity a zkušenosti. Dotazovaní respondenti zaznačí své pocity a zkušenosti slovním hodnocením. Na výběr má respondent ze sedmi odpovědí, kterými jsou:

1	Nikdy
2	Jednou za čas
3	Zřídka kdy
4	Někdy
5	Často
6	Obvykle
7	Vždy

Tab. 2 Odstupňování dotazníku Burnout Measure

Hodnota BQ vyznačuje možnost ohrožený syndromu vyhoření. Získáme ji po zodpovězení otázek a **výpočtem**:

1. Výpočet položky A – sečteme hodnoty u otázek 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21
2. Výpočet položky B – sečteme hodnoty u otázek 3, 6, 19, 20
3. Výpočet položky C = 32-B
4. Výpočet položky D= A+ C
5. Výpočet položky BQ= D/21

Výsledná hodnota BQ je rozčleněna do 5 skupin. Skupiny jsou rozčleněny podle určitého stupně syndromu vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 1998, str. 37-38).

Podle KŘIVOHLAVÉHO (1998, str. 39) jsou psychické stavy rozčleněny následovně:

Hodnota BQ	Výsledek z hlediska Psychické stavy
BQ <2	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
2 <B <3	Výsledek ještě uspokojující
3 <BQ <4	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
4 <BQ <5	Je zde přítomnost syndromu psychického vyčerpání
BQ > 5	Stav alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta

Tab. 3 Rozčlenění psychických stavů v dotazníku Burnout Measure

Při zjišťování stanoveného cíle prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji byla použita i **kvalitativní metoda výzkumu** a přesně forma **polostrukurovaného rozhvoru**.

Kvalitativní výzkum je podle HENDLA (2016, str. 40) „*proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

U **polostrukurovaného rozhvoru** si musíme připravit závazné schéma, kde charakterizujeme okruh otázek, na které se budeme tázat. Pořadí otázek můžeme dle potřeby měnit. Pokud chceme, lze využít upřesnění odpovědi účastníka polostrukurovaného rozhvoru. Příkladem se můžeme tázat, jak danou odpověď přesněji myslel, nebo si odpověď můžeme ověřit. Pokud nás napadnou doplňující otázky, položit je můžeme (MIOVSKÝ, 2006. str. 159-160).

Formulace výzkumných otázek probíhala až po charakteristice problematiky tématu prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji v teoretické části. Polostrukurovaný rozhvor probíhal s vedoucím pracovníkem oddělení příspěvku na péči. Dle zákona č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů, který nabyl účinnosti 24. 4. 2019 je rozhvor anonymní. Probíhal za ztížené situace epidemie co-vid 2019 formou telefonního rozhvoru dne 14. 04. 2020 a trval v rozmezí 30-45 min. Polostrukurovaný rozhvor byl zapisován do záznamového archu, poté byl přepsán do textového editoru Word. Abychom zjistili a odpověděli na dané cíle bakalářské práce, stanovila jsem výzkumné otázky, které jsou uvedeny v příloze 2 Rozhvor.

4.3 Rozhovor

Rozhovor byl veden s vedoucím pracovníkem oddělení příspěvku na péči.

1. Jak dlouho pracujete na oddělení příspěvku na péči, co Vás motivuje pro Vaši práci?

„Na oddělení příspěvku na péči pracuji 8 let s roční přestávkou, to znamená, že 7 let. Z toho jsem čtyři nebo pět let na vedoucí pozici. Mou motivací je finanční ohodnocení (směje se), dále určitě práce s lidmi a dobrý kolektiv na oddělení.“

2. Pociťujete v průběhu výkonu Vaší práce negativní pocity? Pokud ano, jaké a jak proti nim bojujete.

„Pokud je hodně práce, mívám špatnou náladu a jsem více podrážděná. Nelze zde říct, kdy je na oddělení více práce, není totiž moc systematická. Negativní projevy jsou tedy důsledky množství práce, která se nahromadí či komunikace s náročnějšími klienty. Pokud nastane kritická a stresově náročná situace zvládne se ovládnout, emoce dát stranou a být profesionální. Jakmile můžu, emoce uvolním. Proti negativním projevům a špatné náladě bojuji spíš než čokoládou, tak pohybem s pejskem venku na čerstvém vzduchu či během.“

3. Všímate si u podřízených negativních projevů?

„Ano, určitě. Samozřejmě je to v návalech, při velkém množství práce si podřízení stěžují, jsou naštvaní, umí i křičet hlavně v situacích, když je množství práce dlouhodobé a nedá se to tzv. už vydržet. Hlavně vidím, že více stresující je práce na pracovišti a papírování, kdežto na sociální šetření si zaměstnanci jezdí „odpočinout“ a jezdí velice rádi.“

Dodává:

„Nyní v situaci epidemie co-vid 2019 již pociťuji na zaměstnancích nervozitu, únavu a stesk po sociálním šetření. Momentálně sociální šetření probíhá pouze telefonicky a v rámci formuláře, je to pro všechny náročné období. Oddělení nyní doprovází stres a vyčerpání.“

4. Vyskytl se syndrom „burnout“ neboli „syndrom vyhoření“ na Vašem pracovišti?

„Za mého vedení na oddělení nikdo do hraniční fáze syndromu vyhoření nedošel, jeden případ, kdy to málem do tohoto bodu dospělo, byl, ale situace se zvládla a z oddělení nikdo neodešel a ani netrpěl syndromem vyhoření.“

5. Pokud ano, jak se příznaky projevovaly?

Na otázku nebylo odpovídáno, z důvodu toho, že na oddělení nikdo syndromem vyhoření netrpěl.

6. Myslíte si, že je ze strany zaměstnavatele dostatečná prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků dané agendy?

„Prevence dostatečná asi není podle mého názoru. Ale nějaká určitě je.“

7. Pokud ano, uveďte, prosím konkrétně.

„Jednou za pár let absolvují sociální pracovníci příspěvku na péči akreditovaný kurz na syndrom vyhoření, který je doporučen ze strany zaměstnavatele. Pokud se sociální pracovník, ale na tento kurz přihlásit nechce, tak nemusí. Účast není povinná. Za mého vedení tento kurz absolvovali všichni, avšak nemohou ho absolvovat vícekrát po sobě.“

„V loňském roce probíhal teambuilding v rámci pracovní doby, bylo to skvělé. Kolektiv se dohodl na společné akci v rámci výletu či komentované prohlídky města Olomouce atd. Jelikož byla akce v rámci pracovní doby, tak byla placená a za další si zaměstnanci nemuseli zařizovat hlídání dětí a všichni měli čas. Letos se akce již nekoná, je to škoda. Myslím, že tuto akci navrhl odbor nezaměstnanosti, poté to prošlo přes personální oddělení Úřadu práce a psychologku Úřadu práce. Akce byla hrazena z FKSP. Dle mě to byl dobrý mechanismus, který slouží jako prevence proti syndromu vyhoření a k uvolnění atmosféry na pracovišti.“

„V nedávné době mi přišel myslím z Generálního ředitelství z Prahy e-mail s prosbou o prvotní monitoring, jak velký by byl zájem o supervize pro sociální pracovníky příspěvku na péči. Více informací k tomu zatím nemáme, zájem byl pouze o počet pracovníků. U nás na oddělení by měla zájem zhruba polovina. Z mého pohledu by prevence v rámci supervize

byla vhodná a určitě je to dobrý nápad. Další prevence ze strany zaměstnavatele myslím není.“

8. Pokud ne, můžete uvést mechanismy, které by minimalizovaly výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníc příspěvku na péči.

„Určitě jako mechanismus vhodný jako prevence proti syndromu vyhoření by byla supervize nebo mimopracovní aktivity. U nás na oddělení je další prevencí třeba pořádání oslav narozenin, kdy se všichni na chvíli sejdou, dají si něco dobrého, chvíli si popovídají a pokračuje se v práci dál. Další prevencí u nás na oddělení je, že kritické a složité situace nebo složití klienti se probírají individuálně se mnou. To stejné se špatnou, negativní náladou chodí podřízený vyloženě za mnou a vše probíráme, vždy se snažíme najít řešení.“

9. Patří podle Vás sociální pracovníci příspěvku na péči mezi nejrizikovější skupiny syndromu „burnout“?

„Myslím si, že určitě patří k více ohrožené skupině, ale podle mě je třeba ještě více ohrožená hmotná nouze, ze které mám také zkušenosti a můžu porovnat. Sociální pracovníci příspěvku na péči jsou ohroženi hlavně skrz nastavený systém a cílovou skupinu PnP.“

10. Co pro Vás znamená prevence proti syndromu „burnout“, a jakou míru by ji měl přikládat zaměstnavatel vůči svým zaměstnancům?

„Podle mého názoru je prevence syndromu vyhoření hlavně na každém z nás, na každém zaměstnanci samostatně. Je to o tom, srovnat si to v sobě, nebrat si práci domů. Dle mě je to individuální. I kdyby se zaměstnavatel snažil sebe víc, je na každém z nás najít si ty správné mechanismy, jak proti vyhoření bojovat. Práce s lidmi, a ještě k tomu s touto cílovou skupinou není pro každého, pokud na to dotyčný nemá je jasné, že brzo vyhoří nebo odejde a bude hledat jiné zaměstnání.“

„Přikládat důraz na prevenci syndromu vyhoření by určitě zaměstnavatel měl, ale je to těžké, nelze přesně říct jakou mírou. Měl by se sám o sebe zajímat spíše dotyčný zaměstnanec. Dle mého názoru je těžké zakomponovat na Úřad práce více prevence proti syndromu vyhoření.“

„Ještě bych, ale ráda zmínila, že školení proti syndromu vyhoření by mohlo být každý rok a povinné, protože pro některé byly výsledky dotazníků překvapivé, tudíž se domnívám, že školit a testovat průběžně by vůbec nemuselo být špatné, ale těžko říct. U nás na oddělení panuje celkem pohodová a přátelská atmosféra, vztahy na pracovišti nejsou dle mě vypjaté, samozřejmě by bylo vhodné se spíše zeptat podřízených, al dle mě je zde situace uvolněná. „Když jedna padá, druhá ji pomáhá, aniž bych musela zasahovat jako vedoucí pracovník, jsou zde pracovníci, kteří si dokážou poradit i pomoci.“

4.4. Vyhodnocení získaných dat

Syndrom vyhoření – celková míra syndromu vyhoření u dotazovaných respondentů

V této části se zaměřujeme na celkové vyhodnocení syndromu vyhoření u anonymních respondentů. Výzkumné šetření zde probíhalo formou Burnout Measure dotazníku. Pro přehlednost byly analyzované výsledky uvedeny v tabulce 1.

Nejvýrazněji zastoupenou skupinou zkoumaných respondentů tvoří míra BQ v rozmezí 2, 0 až 3, 0 to znamená, že výsledek je ještě uspokojivý, takto odpovědělo 36 osob, tedy 47 %.

Míra BQ v rozmezí od 3, 0 až 4, 0 tzn., doporučuje zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života. Z dotazovaných odpovědělo 23 respondentů v tomto rozmezí, což je 30 %.

Skupina tvořící míru BQ v rozmezí od 1, 0 až 2, 0 obsadila třetí místo. Počet, který odpovídal hodnotě je 12, tedy 15 % ze zkoumaných respondentů.

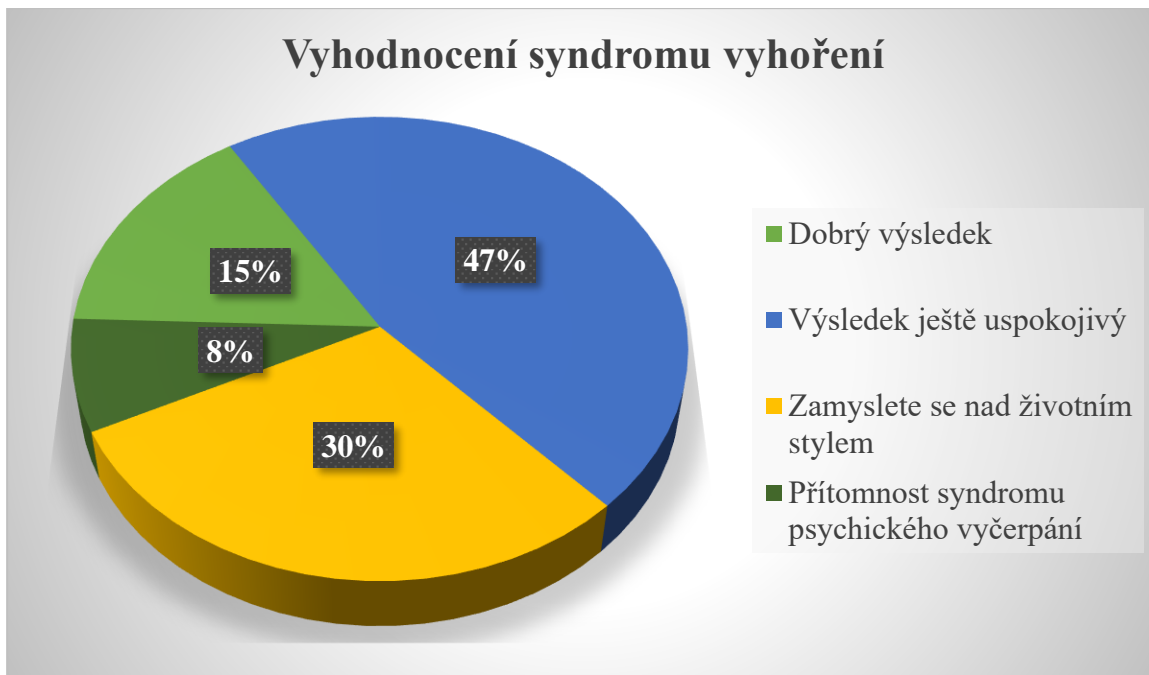
Pouze 6 respondentů, představujících 8 % jsou v rozmezí BQ od 4, 0 až 5, 0. U těchto respondentů je prokázané psychické vyčerpání.

Nikdo z respondentů nedosáhl hodnoty BQ 5, 0 a více, což znamená, že nikdo ze zkoumaných respondentů netrpí akutním stavem syndromu vyhoření (viz tab. 1 a graf 1). Pokud by někdo takový byl, doporučuje se již psychologická či psychoterapeutická pomoc.

Respondent	Výsledné scóre BQ	Vyhodnocení
1	2,52	Výsledek ještě uspokojivý
2	2,71	Výsledek ještě uspokojivý
3	2,09	Výsledek ještě uspokojivý
4	1,52	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
5	2,90	Výsledek ještě uspokojivý
6	2,19	Výsledek ještě uspokojivý
7	2,20	Výsledek ještě uspokojivý
8	2,45	Výsledek ještě uspokojivý
9	2,23	Výsledek ještě uspokojivý
10	3,71	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
11	2,19	Výsledek ještě uspokojivý
1	2,42	Výsledek ještě uspokojivý
13	1,50	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
14	3,85	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
15	3,80	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
16	3,95	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
17	4,00	Zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
18	3,55	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
19	2,47	Výsledek ještě uspokojivý
20	1,8	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
21	2,90	Výsledek ještě uspokojivý
22	2,00	Výsledek ještě uspokojivý
23	3,61	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
24	4,20	Zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
25	4,60	Zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
26	2,47	Výsledek ještě uspokojivý
27	2,80	Výsledek ještě uspokojivý
28	2,50	Výsledek ještě uspokojivý
29	2,38	Výsledek ještě uspokojivý
30	2,42	Výsledek ještě uspokojivý
31	2,52	Výsledek ještě uspokojivý
32	2,38	Výsledek ještě uspokojivý
33	3,66	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
34	1,95	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
35	1,66	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
36	4,10	Zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
37	4,23	Zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
38	3,85	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
39	1,90	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
40	1,98	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
41	3,04	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...

42	4,19	Zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou
43	2,04	Výsledek ještě uspokojivý
44	3,14	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
45	2,19	Výsledek ještě uspokojivý
46	3,52	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
47	2,09	Výsledek ještě uspokojivý
48	2,29	Výsledek ještě uspokojivý
49	2,57	Výsledek ještě uspokojivý
50	2,38	Výsledek ještě uspokojivý
51	2,67	Výsledek ještě uspokojivý
52	1,10	Dobry výsledek z hlediska psychického zdraví
53	2,48	Výsledek ještě uspokojivý
54	3,01	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
55	1,05	Dobry výsledek z hlediska psychického zdraví
56	1,80	Dobry výsledek z hlediska psychického zdraví
57	3,42	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
58	2,52	Výsledek ještě uspokojivý
59	2,66	Výsledek ještě uspokojivý
60	3,20	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
61	3,40	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
62	3,00	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
63	2,14	Výsledek ještě uspokojivý
64	3,71	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
65	3,66	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
66	3,29	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
67	3,00	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
68	1,57	Dobry výsledek z hlediska psychického zdraví
69	2,52	Výsledek ještě uspokojivý
70	3,81	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
71	2,05	Výsledek ještě uspokojivý
72	3,62	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
73	2,24	Výsledek ještě uspokojivý
74	3,47	Doporučuje se zamyslet nad životním stylem ...
75	2,62	Výsledek ještě uspokojivý
76	1,95	Dobry výsledek z hlediska psychického zdraví
77	2,70	Výsledek ještě uspokojivý
Celkový průměr testovaných	2,75	Výsledek ještě uspokojivý

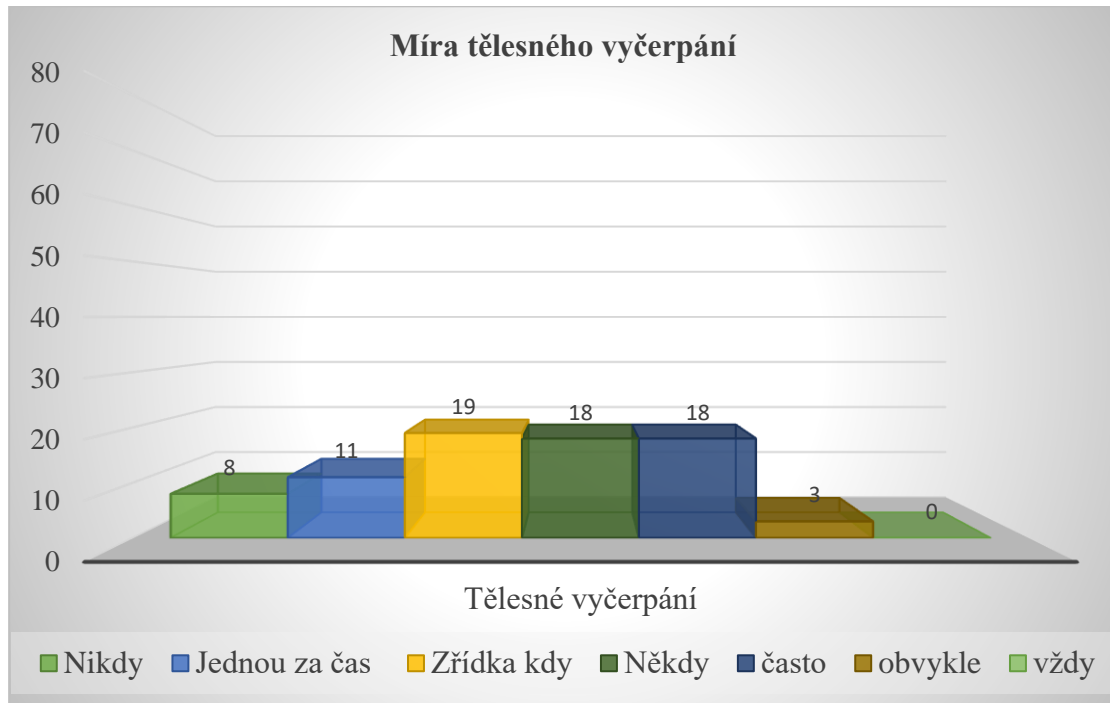
Tab. 4 Celková průměrná hodnota BQ všech testovaných respondentů (vlastní zdroj)



Graf 1 Míra ohrožení syndromem vyhoření u respondentů (vlastní zdroj)

Míra tělesného vyčerpání a deprese u zkoumaných respondentů

- **Míra tělesného vyčerpání**



Graf 2 Míra tělesného vyčerpání podle zkoumaných respondentů (vlastní zdroj)

Domnívali jsme se, že zhruba polovina zkoumaných respondentů skrze svou profesi bude pociťovat častou míru tělesného vyčerpání a z grafu 2 můžeme vyčíst, že ze 77 zkoumaných respondentů nejčastěji reagovali na míru tělesného vyčerpání odpovědí zřídka kdy. Takto odpovědělo 19 respondentů – 24, 5 %.

Nikdo z respondentů není ve fázi, že by se vždy cítil tělesně vyčerpaný.

18 respondentů – 23,6 % vnímá své tělesné vyčerpání často anebo někdy.

11 respondentů – 14, 2 % svou míru tělesného vyčerpání pociťuje jednou za čas.

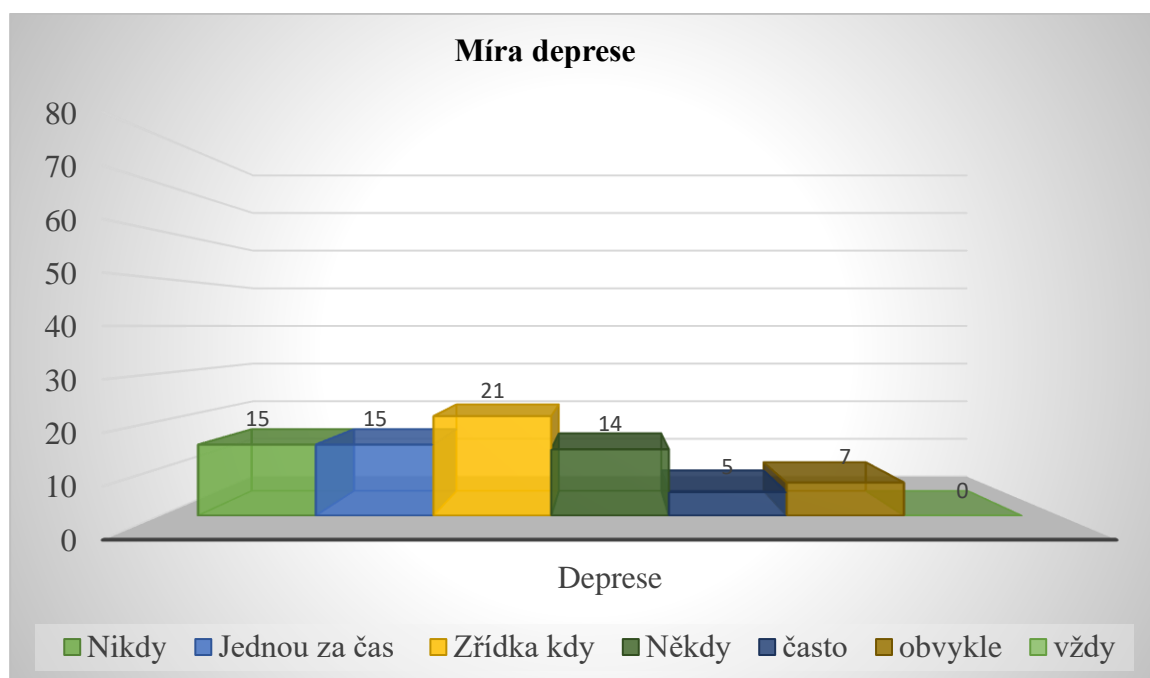
Obvyklá míra tělesného vyčerpání se objevila u 3 zkoumaných respondentů, což je 3, 8 %.

Pro přehlednost níže uvádíme tabulku 5.

	Nikdy	Jednou za čas	Zřídka kdy	Někdy	Často	obvykle	Vždy
Počet:	8	11	19	18	18	3	0
Procento:	10,3 %	14,2 %	24,5 %	23,6 %	23,6 %	3,8 %	0 %

Tab. 5 Míra tělesného vyčerpání

- **Míra deprese**



Graf 3 Míra deprese u zkoumaných respondentů (vlastní zdroj)

Z grafu 3 vidíme, že nejčastější odpovědí u zkoumaných respondentů na míru deprese bylo zřídka kdy. Zřídka kdy pocítuje depresi 21 respondentů – 27 %. Jednou za čas pocítí depresi 15 respondentů – 19,4 %. Hezké zjištění je odpověď nikdy. Předpokládali jsme, že jelikož zkoumaní respondenti spadají do pomáhající profese, bude zde míra deprese častá či obvyklá, a ukázalo se, že druhou nejčastější odpovědí bylo jednou za čas či nikdy. 15 respondentů - 19,4 % pocítuje míru deprese jednou za čas anebo nikdy.

Stejně jako u míry tělesného vyčerpání, tak i u míry deprese odpověď vždy skončila na posledním místě. Její skóre čítá 0 odpovědí tedy 0 %. Pro lepší orientaci níže uvádíme tabulku 6.

	Nikdy	Jednou za čas	Zřídka kdy	Někdy	Často	obvykle	Vždy
Počet:	15	15	21	14	5	7	0
Procento:	19,5 %	19,5 %	27,3 %	18,2 %	6,4 %	9,1 %	0 %

Tab. 6 Míra deprese

4.5 Závěry výzkumného šetření

Z výzkumného šetření za pomoci dotazníkové metody byla zjištěna celková průměrná hodnota syndromu vyhoření u daných respondentů - 2, 70 %. Ze 77 zkoumaných respondentů je tedy 36, co má uspokojivý výsledek z hlediska psychického zdraví. To znamená 47 %. Nejpočetnější skupina se pohybuje v rozmezí 2 až 3 a nejsou reálně ohroženi vznikem celkového vyčerpání.

Druhou početnou skupinu tvoří respondenti s mírou BQ v rozmezí od 3 do 4. Patří sem 30 % - 23 dotazovaných. Výsledek poukazuje na to, že z hlediska psychického zdraví by se měli zamyslet nad svým životním stylem, nachází se ve fázi ohrožení syndromem vyhoření. Tzv. alarm, který by měl zapříčinit zvýšení prevence proti syndromu vyhoření. Protože pokud nezačnou pracovat na prevenci proti burnout syndromu, mohou se dostat do skupiny, ve které již můžeme sledovat syndrom psychického vyhoření.

Menší početná skupina tvořící 12 respondentů - 15 % dovršili z hlediska psychického zdraví dobrý výsledek.

Předposlední skupina čítá 6 respondentů - 8 % pohybujících se v rozmezí BQ 4 až 5. Z hlediska zdraví považujeme již přítomnost syndromu psychického vyčerpání.

Akutním stavem syndromu vyhoření netrpí ani jeden z respondentů tedy - 0, 0 %. V grafu 1 není skupina ani zaznamenána a je to velmi dobře. Není zde nikdo v rozmezí BQ > 5 z čehož vyplývá, že akutním stavem celkového vyčerpání není zasažen ani jeden respondent.

Míra Deprese u zkoumaných respondentů dopadla lépe, než jsme čekali. Nejpočetnější skupina se cítí v depresi zřídka kdy, takto odpovědělo 21 ze zkoumaných. Ze 77 celkově zkoumaných respondentů je často v depresi pouze 5 respondentů – 6, 4 %. Z výzkumného šetření lze vyčíst, že 15 respondentů pociťuje míru deprese jednou za čas anebo nikdy.

Když se zaměříme na míru tělesného vyčerpání, tak zjistíme, že často anebo někdy bývá tělesně vyčerpaných 18 respondentů – 23,6 % a 24, 5 % se cítí tělesně vyčerpání zřídka kdy. Z výzkumného šetření vyplynulo, že nikdo z respondentů není ve fázi pociťujícího se vždy tělesně vyčerpaný a v depresi.

Z rozhovoru bylo zjištěno, že prevence proti syndromu vyhoření u daných respondentů nějaká je, ale není úplně dostačující, když poukážeme na druhou nejpočetnější skupinu s mírou BQ v rozmezí 4 až 5. Ze strany zaměstnavatele vidíme snahu provádět školení proti

syndromu vyhoření, ale akreditované školení není pravidelné ani povinné, což může mít také příčinu nevědomosti daných sociálních pracovníků, jak jsou na tom se svým celkovým vyčerpáním.

Nemůžeme prokázat, že by byl zaměstnavatel nečinný, co se týče prevence syndromu vyhoření u zaměstnanců. Zjistili jsme z jeho strany zájem. Nyní provádí prvotní monitoring zaměstnanců a řeší možnost prevence syndromu vyhoření v podobě supervize. Dle vedoucího pracovníka by měl být kladen důraz i na individuální prevenci proti syndromu vyhoření a měl by každý i sám za sebe vnímat, jak na tom je, a jak se cítí.

ZÁVĚR

V teoretické části bakalářské práce pojednávám o syndromu vyhoření z hlediska charakteristiky, vývoje, příznaků, rizikových faktorů a ohrožených skupin. V návaznosti na to se věnuji popisu sociálního pracovníka, jeho předpokladům, dovednostem, metodami a typologie práce s klientem a přímo kompetencí sociálního pracovníka na oddělení příspěvku na péči. Dále pojednávám o prevenci syndromu vyhoření se zaměřením na techniky prevence, prevenci v zaměstnání a prevenci zejména na oddělení příspěvku na péči. Ve výzkumné části jsem pak na základě polostrukturovaného rozhovoru charakterizovala míru prevence a její úskalí u sociálních pracovníků příspěvku na péči. Dle použité metody dotazníků jsem zjistila míru syndromu vyhoření u sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji. Hlavní a dílčí cíle byly splněny.

Prostřednictvím výzkumného šetření jsem zjistila, že jako hlavní mechanismus je využíváno akreditovaného školení proti syndromu vyhoření. Vytknout zde můžu, že akreditované školení je pouze volitelné a nelze absolvovat pravidelně každý rok. Kapacita není uzpůsobená k tomu, aby se školení mohli účastnit všichni z daného oddělení. Další akce ze strany zaměstnavatele, co se týče prevence proti celkovému vyčerpání, u sociálních pracovníků Olomouckého kraje nejsou.

Prevence proti burnout syndromu u sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji, kteří spadají do rizikové skupiny ohrožených syndromem vyhoření se dá dle mého názoru zlepšit. Navrhuji, aby se akreditované školení zavedlo povinně pro každého sociálního pracovníka jednou za rok. Dokončit monitoring supervize a zavést povinně na všech odděleních příspěvku na péči v Olomouckém kraji by mohl být další krok ze strany zaměstnavatele. Navrhuji sportovní akci, kterou by měl pořádat zaměstnavatel, jenž by byla i pro rodiny zaměstnanců. Sportovní akce by mohla zapříčinit větší semknutí kolektivu, uvolnění atmosféry, stresu formou pohybu a zlepšení přátelských i rodinných vztahů. Také by bylo dobré zvýšit formu individuální prevence proti celkovému vyčerpání.

Z výzkumného šetření jsem prokázala míru syndromu vyhoření u sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji, k tomu jsem využila standardizovaného dotazníku od autorů Avala Pines a Elliot Aronson s názvem Burnout Measuer (BM). Dotazník BM mi ukázal, že míra syndromu vyhoření u zkoumaných respondentů je z hlediska psychického zdraví ještě uspokojivá.

Zajímala mě také častá míra deprese a tělesného vyčerpání u sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji. Výsledek je překvapivý, čekala jsem, že s pocitem deprese a tělesného vyčerpání bude bojovat více sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji, když vezmeme v potaz jejich náročnou profesi, a ještě náročnější cílovou skupinu se kterou pracují.

Výsledky výzkumného šetření poukazují na momentální situaci, která ještě není kritická, ale také není nejlepší, může se postupem času ukazovat větší míra celkového vyčerpání u daných sociálních pracovníků příspěvku na péči v Olomouckém kraji bez ohledu na to, zdali jsou pracovníci muži, ženy, starší či mladší, bez praxe nebo s praxí.

Je důležité si uvědomit, že stále zvyšující se nároky na práci sociálních pracovníků příspěvku na péči ubírá jejich volný čas, který by mohli využít třeba i jako prevenci proti syndromu burnout. Tento fakt si musí uvědomit jak zaměstnavatel, tak i samotní sociální pracovníci.

SEZNAM ODBORNÝCH ZDROJŮ

Literatura

ČAMSKÝ, Pavel., Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.

HORNEYOVÁ, Karen. *Neuróza a lidský růst. Zápas o seberealizaci*. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7205-715-4.

KEBZA, Vladimír. *Chování člověka v krizových situacích*. 3.vydání. Praha: Česká zemědělská univerzita v Praze. Provozně ekonomická fakulta., 2015. ISBN 978-80-213-2591-3.

KOPŘÍVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-1147-1.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. 2.vyd., Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. 1. vydání Praha: Grada Publishing 1998, 136 s. ISBN 80-7169-551-3.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření-rekapitulace současného stavu poznání. *Československá psychologie*. Praha, 2008, **LII** (4), 351-365. ISSN 0009062X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro a Jaroslava PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Publishing a.s. Praha: Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: portál. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MATOUŠEK, Oldřich a Kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262 0211-0.

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

MATOUŠEK, Oldřich a Kol. *Metody a řízení sociální práce*. 2.vyd.,. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

- MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. 2.vyd., Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. ISBN 14-400-84.
- MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale...* Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- NEŠPOR, Karel. *Sebeovládání-stres, rizikové emoce a bažení lze zvládat*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0843-3.
- PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření-jak se prací a pomáháním druhým nezničit*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-881-6300-8.
- PROCHASKA, James O. a John C. NORCROSS. *Psychoterapeutické systémy, průřez teoriemi*. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071697664.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-8514-1.
- URBAN, Jan. *Přestaňte se v práci stresovat, 44 doporučení pro ty, kteří nechtějí práci obětovat své zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 978-80-247-5820-6.
- KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk-prostředí-výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2011. ISBN 80-7315-004-2.
- STRIEŽENEC, Štefan. *Teória a metodológia sociálnej práce: vybrané problémy*. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity ve spolupráci s nakl. Albert v Boskovicích, 2005. ISBN 80-7326-076-X.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.
- NAVRÁTIL, Pavel, Radka JANEBOVÁ a Martin SMUTEK. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Praha: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-038-2.
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN isbn978-80-247-1369-4.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vydání Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2006, 86 s. ISBN 80-7013-439-9.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

Legislativa

ČESKO: Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In Aktualizace k zákonům III/2006. 2006. ISBN 80-7365-174-2.

Dostupný také z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>>

ČESKO: Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů. In Sbíрка zákonů.

Dostupné také z: <<http://www.uplnezneni.cz/zakon/329-2011-sb-o-poskytovani-davek-osobam-se-zdravotnimpostizenim/>>

ČESKO: Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. In Sbíрка zákonů. Dostupné z: <<http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-500>>

ČESKO: Zákon č. 73/2004 Sb., o Úřadu práce, ve znění pozdějších předpisů. In Sbíрка zákonů. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-73>>

ČESKO: Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů. In Sbíрка zákonů.

Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>>

ČESKO: Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. In Sbíрка zákonů.

Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-388>>

ČESKO: Vyhláška č. 332/2013 Sb., o vzoru standardizovaného sociálního pracovníka.

In Sbíрка zákonů. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-332>>

Výzkum

MUSIL Libor, HAVLÍKOVÁ Jana, HUBÍKOVÁ Olga, KUBALČÍKOVÁ Kateřina. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Metodika sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči*. In: Brno: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i, 2015.

Dostupný

z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/650267/Methodika_socialniho_setreni_v_ramci_rizeni_o_prispevku_na_peci.pdf/013568b0-6108-e724-f33a-be2b547233d6>

Elektronické a jiné zdroje

MPSV 2019 dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/>>

Dobrý spánek dostupný z: <<http://www.dobry-spanek.cz/desatero.com.>>

Definice prevence dostupná z: <<http://cs.wikipedia.org/wiki/Prevence> >

OSHA dostupná z: <<https://osha.europa.eu/cs>>

Charita Opava, metodika dostupné z:

<<https://www.charitaopava.cz/equal/metodika/cd/cz/text5a.htm>>

Skupina sociálních pracovníků ČR, etický kodex dostupný z:

<http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspr.pdf>

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

ÚP	Úřad práce
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
PnP -	Příspěvek na péči
atd. -	a tak dále
tzv.	takzvaná
v. z.p.p.	ve znění pozdějších předpisů
př.	Příklad
tzn.	takzvaná
mj.	mimo jiné

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Míra ohrožení syndromem vyhoření u respondentů (vlastní zdroj)

Graf 2 Míra tělesného vyčerpání podle zkoumaných respondentů (vlastní zdroj)

Graf 3 Míra deprese u zkoumaných respondentů (vlastní zdroj)

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 Počet sociálních pracovníků příspěvku na péči (na jednotlivých kontaktních pracovištích Úřadu práce Olomouckého kraje)

Tab. 2 Odstupňování dotazníku Burnout Measure

Tab. 3 Rozčlenění psychických stavů v dotazníku Burnout Measure

Tab. 4 Celková průměrná hodnota BQ všech testovaných respondentů (vlastní zdroj)

Tab. 5 Míra tělesného vyčerpání

Tab. 6 Míra deprese

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Mapa Olomouckého kraje (<https://kapselshalflanghaarz.blogspot.com>)

PŘÍLOHY

Příloha 1 Dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření

Příloha 2 Rozhovor

Příloha 3 Vzor standardizovaného záznamu sociálního pracovníka

(dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz>)

Příloha 4 Vymezení schopností zvládat životní potřeby

(dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz>)

Příloha 1 Dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření
(převzato z knihy Jaro Křivohlavého: Jak neztratit nadšení © 1980 Ayala Pines,
Elliot Aronson)

Dobrý den,

Jmenuji se Barbora Herentinová a jsem studentkou Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

Píšu bakalářskou práci na téma Prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků.

Prosím Vás o laskavé vyplnění níže uvedeného dotazníku, který je anonymní.

Součástí anonymního dotazníku je i klíč k vyhodnocení pro Vaši potřebu.

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

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

Použijte, prosím, tohoto odstupňování:

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

1. Byl(a) jsem unaven(a).
2. Byl(a) jsem v depresi (tísni).
3. Prožíval(a) jsem krásný den.
4. Byl(a) jsem tělesně vyčerpán(a).
5. Byl(a) jsem citově vyčerpán(a).
6. Byl(a) jsem šťastná(šťasten).
7. Cítil(a) jsem se vyřízen(a), zničen(a).
8. Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.
9. Byl(a) jsem nešťastný(á).
10. Cítil(a) jsem se uhoněn(á) a utahan(á).
11. Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn(á)
12. Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).
13. Cítil(a) jsem se utrápen(a).
14. Tížily mě starosti.
15. Cítil(a) jsem se zklamán(a) a rozčarován(a).
16. Byl(a) jsem slab(a) a na nejlepší cestě k onemocnění.

17. Cítil(a) jsem se beznadějně.
18. Cítil(a) jsem se odmítnut(a) a odstrčen(a).
19. Cítil(a) jsem se pln(á) optimismu.
20. Cítil(a) jsem se pln(á) energie.
21. Byl(a) jsem pln(á) úzkostí a obav

KLÍČ PRO VYHODNOCENÍ JE PRO VAŠI POTŘEBU:

- Sečtete hodnoty uvedené u položek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21 a součet označte jako A.
- Sečtete hodnoty uvedené u položek číslo: 3, 6, 19 a 20. Tento součet označte jako B.
- Vypočítejte $C = 32 - B$
- Vypočítejte $D = A + C$
- Výsledné skóre BQ získáte tak, že číslo D dělíte 21, tedy $BQ = D : 21$
- $BQ < 2$ (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)
- $2 < BQ < 3$ (výsledek ještě uspokojivý)
- $3 < BQ < 4$ (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...)
- $4 < BQ < 5$ (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)
- $BQ > 5$ (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)

Pro zjednodušení (abychom se vyhnuli dělení 21)

- $BQ < 42$ (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)
- $42 < BQ < 63$ (výsledek ještě uspokojivý)
- $63 < BQ < 84$ (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...)
- $84 < BQ < 105$ (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)
- $BQ > 105$ (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)

Příloha 2 - Otázky k rozhovoru Prevence syndromu vyhoření na oddělení příspěvku na péči-pro vedoucího pracovníka

- 1, Jak dlouho pracujete na oddělení příspěvku na péči, co Vás motivuje pro Vaši práci?
- 2, Pociťujete v průběhu výkonu Vaší práce negativní pocity? Pokud ano, jaké a jak proti nim bojujete.
- 3, Všímáte si u podřízených negativních projevů?
- 4, Vyskytl se syndrom „burnout“ neboli „syndrom vyhoření“ na Vašem pracovišti?
- 5, Pokud ano, jak se příznaky projevovaly?
- 6, Myslíte si, že je ze strany zaměstnavatele dostatečná prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků dané agendy?
- 7, Pokud ano, uveďte, prosím konkrétně.
- 8, Pokud ne, můžete uvést mechanismy, které by minimalizovaly výskyt syndromu vyhoření u soc. pracovníků příspěvku na péči?
- 9, Patří sociální pracovníci, příspěvku na péči mezi nejrizikovější skupiny syndromu burnout?
- 10, Co pro Vás znamená prevence proti syndromu burnout, a jakou míru by ji měl přikládat zaměstnavatel vůči svým zaměstnancům

Příloha 3 Vzor standardizovaného záznamu sociálního pracovníka

(dostupný na: <https://www.zakonyprolidi.cz>)

Vzor Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka

Standardizovaný záznam sociálního pracovníka	
<i>úřední záznamy o spisu¹⁾</i>	
OSOBNÍ ÚDAJE KLIENTA A JEJICH ZMĚNY	
Titul, příjmení	
Jméno	
Datum, místo a stát narození	
Rodné číslo	
Adresa místa trvalého pobytu	
Adresa pro doručování	
Kontakt (tel., mob., e-mail)	
Bydliště (je-li odlišné od trvalého pobytu)	
Místo předchozího bydliště	
Státní občanství	
Důchod aj. dávky pojistných systémů soc. zabezpečení ²⁾	ano – ne
Výkon výdělečné činnosti	ano - ne
Výkon výdělečné činnosti v zahraničí ²⁾	ano – ne
Rodinný příslušník v zahraničí ²⁾	ano – ne
Nezaopatřenost	ano – ne
Případné další údaje důležité pro práci s klientem (ošetřující lékař, zdravotní pojišťovna):	
.....	
.....	
ZAŘAZENÍ KLIENTA DO HLAVNÍ CÍLOVÉ SKUPINY (včetně dílčího rozlišení)	
1. Osoby se zdravotním postižením nebo duševním onemocněním	
1.1 Tělesné postižení dětí i dospělých	
1.2 Smyslové postižení dětí i dospělých	
1.3 Mentální postižení dětí i dospělých	
1.4 Duševní onemocnění dětí i dospělých	
1.5 Ostatní onemocnění	
2. Osoby pečující o osoby závislé na péči jiné osoby	
2.1 Sociální problémy vyplývající z péče o závislou osobu (dětí, seniory, osoby se zdravotním postižením)	
3. Osoby s různým stupněm zbavení/omezení způsobilosti k právním úkonům (omezení svéprávnosti)	

- 3.1 Ohrožení práv osob před zbavením/omezením způsobilosti k právním úkonům (omezení svéprávnosti)
- 3.2 Ohrožení práv osob po zbavení/omezení způsobilosti k právním úkonům (omezení svéprávnosti)

4. Osoby ohrožené sociálním vyloučením

- 4.1 Sociální vyloučení, které je důsledkem stáří
- 4.2 Sociální vyloučení, které vyplývá z příslušnosti k národnostní menšině nebo lokální komunitě
- 4.3 Sociální vyloučení, které je důsledkem osamělosti jedince
- 4.4 Sociální vyloučení, které je důsledkem zdravotního postižení
- 4.5 Sociální vyloučení, které je důsledkem návratu osoby z ústavního zařízení
- 4.6 Sociální vyloučení, které je následkem ztráty bydlení
- 4.7 Sociální vyloučení, které je následkem ztráty zaměstnání
- 4.8 Sociální vyloučení, které je důsledkem ztráty sociálního zázemí nebo jiné sociální události

5. Osoby ohrožené rizikovým způsobem života

- 5.1 Sociální problémy vyplývající z neorganizovaného způsobu života dětí a mládeže
- 5.2 Sociální problémy vyplývající z poskytování placených sexuálních služeb
- 5.3 Sociální problémy vyplývající ze zneužívání alkoholu
- 5.4 Sociální problémy vyplývající ze závislosti na hracích automatech
- 5.5 Sociální problémy vyplývající z příslušnosti k rizikové subkultuře
- 5.6 Sociální problémy vyplývající ze zneužívání omamných a psychotropních látek
- 5.7 Sociální problémy vyplývající z páchání trestné činnosti

6. Oběti agrese, trestné činnosti a domácího násilí

- 6.1 Sociální problémy obětí trestné činnosti jiných osob
- 6.2 Sociální problémy obětí domácího násilí
- 6.3 Sociální problémy obětí týrání, zneužívání nebo zanedbávání, pokud se nestávají klienty orgánů sociálně-právní ochrany (např. senioři, osoby s postižením nebo s omezením způsobilosti k právním úkonům, osoby, které jsou oběťmi organizovaného zločinu)
- 6.4 Sociální problémy obětí jiných forem agresivního jednání

7. Osoby, které ztratily přístřeší, nebo se nacházejí v nejistém nebo neadekvátním bydlení

- 7.1 Riziko ztráty bydlení
- 7.2 Ztráta či absence bydlení
- 7.3 Nevyhovující bydlení

8. Nezaměstnaní a osoby s materiálními problémy

- 8.1 Nízké příjmy
- 8.2 Nekompetence hospodařit s finančními prostředky nebo jejich ekvivalentem
- 8.3 Zadlužení
- 8.4 Ztráta zaměstnání a dlouhodobá nezaměstnanost

9. Imigranti

- 9.1 Sociální problémy vyplývající z imigrace ze zemí EHP a Švýcarska
- 9.2 Sociální problémy vyplývající z imigrace z třetích zemí (jiných než EHP a Švýcarsko)

10. Rodiny s dětmi 10.1 Zanedbávání, týrání a zneužívání dětí 10.2 Výchovné problémy dětí 10.3 Vztahové problémy v rodině, které vedou k ohrožení dětí 10.4 Pobyť dítěte v zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy 10.5 Pobyť dítěte v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc 11. Další skupiny osob neuvedené výše ZAŘAZENÍ KLIENTA DO DALŠÍ SLEDOVANÉ CÍLOVÉ SKUPINY NEBO CÍLOVÝCH SKUPIN (podle bodů 1 až 11) 	
KLIENT A JEHO ŽIVOTNÍ SITUACE Vymezení a stanovení problému	
Popis výchozí situace klienta (přimo nebo náznakem vyslovená, případně v rozhovoru se sociálním pracovníkem upřesněná přání, záměry, cíle, požadavky, očekávání)	<i>období²⁾ ...</i> <i>záznam ...</i>
Charakteristiky životní situace klienta: 1. charakteristika jeho osoby a její změny (např. životní cíle nebo plány, potíže, zdravotní stav, ekonomická situace, rodinná situace, počet osob žijících v současné době s klientem, a to včetně podílu na úhradě společných nákladů, zvláštní zvyklosti, šance a silné stránky)	<i>období...</i> <i>záznam ...</i>
2. charakteristika jeho problémů ve vztazích se subjekty sociálního prostředí a jejich změn (např. spory, neplnění dohod, nedorozumění, obtíže, konflikty apod. ve vztazích s osobami, komerčními, nevládními, občanskými aj. organizacemi, úřady státní správy a obecní samosprávy, organizacemi sociálních služeb)	<i>období... ..</i> <i>záznam ...</i>
3. pomáhající intervence nebo služby poskytované před zahájením spolupráce s obecním úřadem (např. poradenství, pečovatelská služba, psychiatrická péče, sociální dávky, dotace apod.) a žádosti a rozhodnutí o nich (např. žádosti o sociální dávky a služby a způsob jejich vyřízení, rozhodnutí soudů, opatření nebo rozhodnutí obecního úřadu nebo jiných státních nebo samosprávných orgánů)	<i>období... ..</i> <i>záznam ...</i>

POUŽITÁ METODA PŘÍMÉ PRÁCE S KLIENTEM

1. Fáze vyhledávání (depistáž)

- 1.1 Vědomé, cílené a včasné vyhledávání jedince nebo skupiny ohrožených sociálním vyloučením nebo jinou sociální událostí v jejich sociálním prostředí
- 1.2 Zachycení problému v časném stadiu, evidence, následně odborné posouzení situace a návrh intervence

2. Fáze posouzení životní situace

- 2.1 Zjištění poznatků o životní situaci
- 2.2 Posouzení potřebnosti intervence
- 2.3 Vyhodnocení požadavku klienta na základě informace o jeho životní situaci a stanovení účelu předběžné formulace hlavních rysů plánu intervence
- 2.4 Provedení sociálního šetření za účelem posouzení životní situace klienta a zjištění jeho potřeb a podoby intervence

3. Fáze plánování

- 3.1 Individuální plánování s jedincem, skupinou nebo komunitou
- 3.2 Evaluace

4. Fáze zaměřená na změnu u klienta

- 4.1 Motivační rozhovor
- 4.2 Podpora kompetenci jedince
- 4.3 Podpora kompetenci malé skupiny (např. rodiny, páru, vrstevnické skupiny)
- 4.4 Návčik a upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností a schopností klienta
- 4.5 Základní sociální poradenství
- 4.6 Odborné sociální poradenství
- 4.7 Krizová intervence
- 4.8 Doprovázení klienta
- 4.9 Dohled nad klientem
- 4.10 Sociální práce s komunitou
- 4.11 Evaluace

5. Fáze zaměřená na změnu sociálního prostředí klienta

- 5.1 Podněcování změn v interakcích mezi klienty a subjekty v jejich sociálním prostředí
- 5.2 Podněcování změn subjektů v sociálním prostředí klienta
- 5.3 Situační intervence
- 5.4 Navázání kontaktu s poskytovatelem další pomoci

6. Fáze preventivní práce

- 6.1 Propagace dostupných služeb mezi cílovou skupinou
- 6.2 Předání informace

POUŽITÁ METODA NEPŘÍMÉ PRÁCE S KLIENTEM

1. Dokumentace práce
2. Vypracování podkladové zprávy pro další instituce
3. Plánování a organizace aktivit

POUŽITÁ METODA SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ORGANIZACEMI			
1. Zprostředkování další pomoci nebo služeb 2. Asistence při jednání s organizacemi 3. Zastupování práv klienta 4. Spolupráce s relevantními službami nebo dalšími odborníky 5. Management aktivit subjektů			
JINÁ POUŽITÁ METODA			
<i>záznam....</i>			
ZVOLENÁ INTERVENCE, VĚCNÁ NÁROČNOST A DOBA INTERVENCE APLIKOVANÝCH METOD			
Zvolená intervence	Doporučená doba intervence (v min)	Skutečná doba intervence (v min)	Věcná náročnost ⁴⁾ (počet SP)
Jednání o poskytnutí sociální práce	5 až 15		
Sociální šetření	105 až 250		
Individuální plánování s jedincem, skupinou nebo komunitou	20 až 60		
Motivační rozhovor	15 až 30		
Podpora kompetencí jedince	20 až 60		
Podpora kompetencí malé skupiny (např. rodiny, páru, vrstevnické skupiny)	30 až 90		
Sociální práce s komunitou	30 až 90		
Nácvik a upevňování dovedností a schopností klienta	30 až 60		
Základní sociální poradenství	5 až 15		
Odborné sociální poradenství	15 až 60		
Krizová intervence	10 až 30		
Doprovázení klienta	15 až 60		
Dohled nad klientem	20 až 60		
Evaluace	20 až 60		
Dokumentace práce	10 až 30		
Vypracování podkladové zprávy pro další instituce	30 až 90		
Plánování a organizace aktivit	10 až 50		
Podněcování změn v interakcích mezi klienty a subjekty v jejich sociálním prostředí	30 až 60		
Podněcování změn subjektů v sociálním prostředí klienta	30 až 90		
Navázání kontaktu s poskytovatelem další pomoci	5 až 15		
Situační intervence	10 až 30		
Asistence při jednání s organizacemi	20 až 90		
Zastupování práv klienta	20 až 90		
Spolupráce s relevantními službami nebo dalšími odborníky	20 až 90		

Management aktivit subjektů při zvládnání určitého sociálního problému	20 až 90
Propagace dostupných služeb mezi cílovou skupinou	60 až 240
Depistáž	60 až 180
ČASOVÝ ÚDAJ DOJEZDU KE KLIENTOVI V MINUTÁCH	
Předpokládaný čas:	Skutečný čas:
PROJEDNÁVÁNÍ NÁVRHU A POPIS PLÁNU POMÁHAJÍCÍ INTERVENCE, ZÁZNAM O PRŮBĚHU A HODNOCENÍ JEHO REALIZACE	
Cíl: (ujednání mezi klientem a sociálním pracovníkem o tom, co je třeba řešit)	
Plán pomáhající intervence – hlavní a dílčí cíle pomáhající intervence: (čeho má být v zájmu realizace cíle dosaženo, kým, do kdy, jak – navržené činnosti a metody realizace cíle, důvod přerušení spolupráce apod.)	<i>záznam (typ setkání nebo činnosti, výsledné ujednání, v případě potřeby průběh událostí nebo další údaje a komentáře ...)</i>
<i>období</i> <i>datum</i>	
Popis průběhu realizace plánu pomáhající intervence a vyhodnocení realizace: (evaluace navržených a použitých činností a metod realizace a dosažení cíle pomáhající intervence případně změny plánu pomáhající intervence - nové cíle, činnosti, nebo metody, k jejichž změně došlo na základě evaluace)	<i>záznam (vyhodnocení hlavních nebo dílčích cílů pomáhající intervence)</i>
<i>Období</i> <i>Datum</i>	

ZÁZNAM ANONYMNÍHO KLIENTA:	
<i>(Klient, který nemůže nebo nechce z jakéhokoli důvodu sdělit své identifikační údaje)</i>	
EVIDENČNÍ ČÍSLO:	
Kontakt proveden (zaškrtněte):	
1. telefonicky	ano ne
2. osobní návštěvou	ano ne
Období (datum, časová náročnost):	
Záznam poskytnuté intervence (popis):	
Pozn.:	

Zpracoval(a):

Dne:

Pozn.:

¹⁾ Registrační údaje o manipulaci se spisem.

²⁾ Pro určení příslušnosti k právním předpisům EU.

³⁾ Časový úsek, ve kterém úřad zastupovaný sociálním pracovníkem spolupracoval s klientem. V době spolupráce sociálního pracovníka a klienta je v záznamu označen rámcovým datem počátku spolupráce (např. únor 2014). Pokud je spolupráce ukončena, popřípadě přerušena, je k rámcovému datu počátku spolupráce připsáno rámcové datum ukončení, popřípadě přerušeni spolupráce (např. listopad 2015). Pokud je spolupráce po čase navázána znovu, období je opět označeno rámcovým datem počátku spolupráce.

⁴⁾ Doporučená referenční hodnota věcné náročnosti zátěže sociálního pracovníka (Z) pro aplikované metody sociální práce vychází z predikce, že pro jejich vykonávání jsou potřební odborníci, kteří potřebují dostatek prostoru pro svoji práci (odbornost, určení počtu klientů na jednoho pracovníka (X), počet klientů na jednoho pracovníka v obci (Y), vymezení časové dotace podle vzdálenosti(K1), stratifikace obyvatel (K2); věcná náročnost se zjišťuje podle vzorce, $(X/Y) + K1 + K2 = Z$). Referenční hodnota věcné náročnosti zátěže je ovlivněna rozsahem a odbornou náročností používaných metod sociální práce. Ve věcné náročnosti je uváděn počet sociálních pracovníků (SP) řešících jednoho klienta v daném období.

Příloha 4 Vymezení schopností zvládat životní potřeby

(dostupné na: <https://www.zakonyprolidi.cz>)

Vymezení schopnosti zvládat životní potřeby najdeme pod přílohou

č.1 ve vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat

1. vstávání a usedání,
2. stoj,
3. zaujímat a měnit polohy,
4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
5. otevírat a zavírat dveře,
6. chůzí po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
2. mít přiměřené duševní kompetence,
3. orientovat se osobou, časem a místem,
4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
5. používat běžné komunikační prostředky.

d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
2. nalít nápoj,
3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
4. najíst se a napít,
5. dodržovat stanovený dietní režim,
6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
3. oblékat se a obouvat se,
4. svlékat se a zouvat se,

5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. použít hygienické zařízení,
2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
3. provádět celkovou hygienu,
4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. včas používat WC,
2. zaujmout vhodnou polohu,
3. vyprázdnit se,
4. provést očistu,
5. používat hygienické pomůcky.

h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. dodržovat stanovený léčebný režim,
2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,
3. styku se společenským prostředím,
4. stanovit si a dodržet denní program,
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
2. manipulovat s předměty denní potřeby,
3. obstarat si běžný nákup,
4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí,
7. obsluhovat topení,
8. udržovat pořádek.

