

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**  
**FILOZOFICKÁ FAKULTA**  
**KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ**  
**ANTROPOLOGIE**

**SYNDROM VYHOŘENÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH  
SLUŽBÁCH CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ V PŘÍMÉ PÉČI O LIDI S  
MENTÁLNÍM ONEMOCNĚNÍM**

**Bakalářská diplomová práce**

**Obor studia: Sociální práce**

**Autor:** Simona Šmídová

**Vedoucí práce:** PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.

**Olomouc 2022**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „*Syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním*“ vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Olomouci dne 9.12.2022

Podpis .....

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce PhDr. Ondřejovi Skopalovi, Ph.D. za cenné rady, odborné vedení práce, vstřícnost při konzultacích, které mi pomohly tuto práci zkompletovat. Poté bych ráda poděkovala mé rodině za podporu a vytrvalost po dobu mého studia.

<b>Jméno a příjmení:</b>	<i>Simona Šmídová</i>
<b>Katedra:</b>	<i>Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie</i>
<b>Obor studia:</b>	<i>Sociální práce</i>
<b>Obor obhajoby práce:</b>	<i>Sociální práce, sociologie, andragogika a kulturní antropologie–jeden z uvedených</i>
<b>Vedoucí práce:</b>	<i>PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.</i>
<b>Rok obhajoby:</b>	<i>2023</i>

<b>Název práce:</b>	<i>Syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním</i>
<b>Anotace práce:</b>	<i>Teoretická část bakalářské práce pojednává o poznatcích a problematice syndromu vyhoření pracovníků v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním chráněného bydlení. Empirická část nám ukáže kvantitativní výzkumnou metodu, kterou jsme získali anonymními dotazníky, poté postupy a výsledky při získání dat. Hlavním cílem této práce bylo zjistit, jaké faktory syndromu vyhoření nejvíce ohrožují pracovníky v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním.</i>
<b>Klíčová slova:</b>	<i>Syndrom vyhoření, pracovník v přímé péči sociálních služeb, Chráněné bydlení, supervize, mentální retardace</i>
<b>Title of Thesis:</b>	<i>Burnout syndrome of workers in the social services of the assisted living in direct care for people with mental illness</i>
<b>Annotation:</b>	<i>The theoretical part of the bachelor thesis deals with the knowledge and the issue of burnout syndrome of direct care workers of people with mental illness in sheltered housing. The empirical part shows us the quantitative research method, which was obtained by anonymous questionnaires, then the procedures and results in obtaining the analytical data. The main aim of this thesis was to find out what factors of burnout syndrome are most threatening to social workers of Sheltered Housing in direct care of people with mental illness.</i>
<b>Keywords:</b>	<i>Burnout syndrome, direct care social worker, sheltered housing, supervision, mental retardation</i>

<b>Názvy příloh vázaných v práci:</b>	Dotazník
<b>Počet literatury a zdrojů:</b>	40
<b>Rozsah práce:</b>	67 s. (74 182 znaků s mezerami)

# OBSAH

Úvod.....	8
<b>I. Teoretická část.....</b>	<b>9</b>
<b>1 Syndrom vyhoření .....</b>	<b>9</b>
1.1 Stres a souvislost se syndromem vyhoření.....	9
1.2 Stresory .....	10
1.3 Obranné mechanismy .....	11
1.4 Definice pojmu syndrom vyhoření.....	13
1.5 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření.....	14
1.6 Příznaky syndromu vyhoření.....	17
1.7 Fáze syndromu vyhoření.....	20
1.8 Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí .....	22
<b>2 Sociální práce v kontextu péče o osoby s mentálním postižením .....</b>	<b>25</b>
2.1 Sociální práce a pracovníci v sociálních službách .....	25
2.2 Mentální postižení.....	27
2.3 Chráněné bydlení .....	29
2.4 Supervize jako prevence syndromu vyhoření .....	30
<b>3 Shrnutí teoretické části.....</b>	<b>31</b>
<b>II. Empirická část.....</b>	<b>32</b>
<b>4 Výzkumný problém.....</b>	<b>32</b>
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	32
4.2 Metodologie výzkumu.....	33
4.3 Charakteristika výzkumného vzorku.....	34

4.4	Etika výzkumu.....	34
4.5	Harmonogram výzkumu .....	35
4.6	Výzkumné zjištění .....	35
4.7	Interpretace výsledků ve vztahu k výzkumným otázkám.....	50
<b>5</b>	<b>Zhodnocení výzkumného cíle .....</b>	<b>55</b>
	<b>Závěr .....</b>	<b>58</b>
	<b>Literatura a zdroje .....</b>	<b>60</b>
	<b>Seznam obrázků .....</b>	<b>63</b>
	<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>63</b>
	<b>Seznam příloh.....</b>	<b>63</b>
	<b>Seznam grafů .....</b>	<b>64</b>
	<b>Přílohy .....</b>	<b>65</b>

## Úvod

Syndrom vyhoření je velice závažným problémem a představuje velkou hrozbu pro zdraví a kvalitu života lidí. Tento fenomén dokáže negativním způsobem zasáhnout prakticky do celé lidské osobnosti. Je tvořen celou řadou příznaků, a to zejména v oblasti psychické, ale zčásti i sociální a dokonce fyzické. Jeho stěžejním prvkem je ovšem vždy zejména emociální vyčerpání. Ačkoliv se o tomto problému příliš často nehovoří, ve skutečnosti se s ním v rámci pracovního procesu setkává průměrně každý čtvrtý člověk. Ovšem zdaleka nejčastěji tento fenomén postihuje tzv. pomáhající profese. Jedná se totiž o profese, které už ze své podstaty vyžadují značnou dávku empatie a porozumění. Osoba, která takovéto zaměstnání vykonává, zpravidla do své činnosti vkládá i část sebe samého neboli „pracuje srdcem“. Mnohdy je pak velice obtížné stanovit si jasné hranice mezi pracovním a osobním životem.

Cílem této práce je zjistit a popsat jaké faktory syndromu vyhoření nejvíce ohrožují pracovníky v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním. Práce se však na problematiku syndromu vyhoření zaměřuje také z teoretické roviny. Rozdělena je přitom do celkem tří hlavních kapitol. První z nich se věnuje syndromu vyhoření z obecného hlediska, proto nejprve tento pojem vymezuje, popisuje rizikové faktory jeho vzniku, příznaky i jednotlivé fáze. Druhá kapitola je už věnována problematice syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. Vysvětleno je však také, co je to sociální práce, kdo je to pracovník v sociálních službách i co je to chráněné bydlení. V poslední kapitole je pak zrealizován vlastní výzkum, který se zaměřuje na syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním. Celá práce čerpá informace z dostupné odborné literatury, ale využito je také relevantních elektronických zdrojů.



# I. Teoretická část

## 1 Syndrom vyhoření

Ještě, než se tato práce bude zabývat svým hlavním cílem, a zjištěním, jaké faktory syndromu vyhoření nejvíce ohrožují pracovníky v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním, je nutné nejprve se zaměřit na problematiku syndromu vyhoření z obecného hlediska. První kapitola se proto zabývá nejprve stresem, stresory, obrannými mechanismy a posléze i samotným vymezením pojmu syndrom vyhoření, dále rizikovými faktory, příznaky či jeho jednotlivými fázemi. Nakonec se první kapitola zaměřuje také na problematiku mentálního postižení.

### 1.1 Stres a souvislost se syndromem vyhoření

Problematiku psychické zátěže a stresu v dnešní době utváří rozsáhlý, složitý a jen velice málo přehledný okruh různě propracovaných hypotéz, faktů, koncepcí, teorií i přístupů, které navíc mají značný interdisciplinární charakter (psychologie, fyziologie, sociologie, medicína atd.). V rámci anglicky psané literatury je možné narazit na pojmy *load* (zatížení či náklad), jakož i *stress* (tlak, pnutí, zátěž, břímě) a *strain* (námaha, napětí). V naší literatuře jsou zase nejčastější pojmy zátěž a stres, méně časté pak přetížení nebo námaha. Problémem navíc je, že tento pojem postupně přešel do obecného jazyka, takže jsou pod ním mnohdy zahrnuty jak antecedentní faktory (podnět), tak i konsekventní faktory (reakce) (Mandincová, 2011, s. 38).

Podstatné je však říct, že vědci nejsou schopni se shodnout na jediné definici tohoto pojmu. V běžném užití přitom tento výraz zpravidla poukazuje na duševní nebo tělesnou zátěž, anebo nepohodu. Za autora vůbec první

definice je možné považovat Dr. Hanse Selyeho. Tento kanadsko-maďarský endokrinolog bývá často označován jako otec teorie stresu. Stres vymezuje následovně: „*Jde o nespécifickou fyziologickou reakci organismu na jakýkoliv nárok na organismus kladený*“ (Ulrichová, 2012, s. 14).

Stres může mít jednoho anebo vícero vyvolavatelů. Jestliže bude na jedince po dlouhou dobu působit silný podnět, bude narušovat normální chod organismu a jedinec už situaci nebude dále zvládat (Tóthová a kol., 2019, s. 90).

Paulík uvádí, že (2017, s. 66), stres můžeme členit na distres a eustres. Distres je pro nás ohrožující, nepříjemný a velmi nežádoucí. Naopak eustres je vyhovující, protože souvisí se zvýšenou hladinou optimální stimulace, pocitům stresu a se sklonem k riziku.

Vyústěním dlouhodobého stresu, jakož i emociální únavy, frustrace a vyčerpání, je přitom právě stav známý jako vyhoření. Vyhoření se pak může projevit podobně jako i samotný stres, v psychické, ale i tělesné rovině a příznaky zpravidla dlouhodobě přetrvávají (Loja, 2021).

## 1.2 Stresory

„*Termín stresor můžeme chápat jako negativně na člověka působící vliv. Stresorem může být materiální faktor – například nedostatek potravy či tekutiny. Může jím být i sociální faktor – třeba působení jednoho člověka na druhého (například působení protivných, agresivních, netaktních neuroalých lidí)*“ (Ulrichová, 2012, s. 19). Dále jak již bylo řečeno, pojem stres, stresor neboli spouštěč stresu zavedl Dr. Hans Selye. Mezi spouštěče stresu patří (Lehrhaupt a Meibert, 2020, s. 52–53):

- **fyziologické faktory** – bolest, nemoc, hlad, žízeň či zdravotní postižení atd.
- **faktory prostředí** – zima, hluk, teplo atd.

- **faktory spojené s prací** – termíny odevzdání, finanční tíseň, zkoušky, přepracování atd.
- **společenské faktory** – partnerské hádky, šikana, osamocení, rozvod, smrt blízkého atd.

### 1.3 Obranné mechanismy

Paulík (2017, s. 115) vysvětluje, že „*obrné mechanismy jsou více či méně neuvědomované způsoby omezování úzkosti pramenící z ohrožení sebepojetí.*“ Prvotním záměrem osobnosti je zachovat si svou jedinečnost, rovnováhu a naučit se zvládat stresové situace. Ta může být narušena jakýmkoli neúspěchem, selháním, negativními zážitky, popřípadě frustrací. Dle Nakonečného (2009, s. 405) „*lze tyto situace označit jako frustrace ega, neboť je tu ohrožena jeho hodnota, a to jak v očích jeho subjektu, tak i jeho okolí.*“ Termín obranné mechanismy většinou spojujeme s Freudem, protože používal tento termín převážně ve vztahu k nevědomým strategiím a také jeho dcerou Annou, která se zabývala teorií zaměřenou především zvládnutím zaměřeným na emoce (Freud, A., 2006).

Tabulka č. 1 - Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí

Obranné reakce	Zvládací reakce
Obsahují implicitní operace	Obsahují explicitní operace
Aktivovány intrapsyckicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je uvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány jak osobnostně, tak situačně
Základem je instinktivní chování	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

(Zdroj: Paulík, 2017, s. 117)

Obranné reakce většinou fungují neuvědoměle a na základě toho je možné rozlišovat (Praško a kol. 2003, str.40-43):

**Vytěsnění** – základní a nejdůležitější obranný mechanismus. Při vytěsnění jsou ohrožující nebo bolestné impulzy či vzpomínky vyloučeny z vědomí.

**Potlačení** – je proces úmyslného sebeovládání, kdy člověk ovládá svoje impulzy a přání nebo dočasně odsune bolestné vzpomínky, když se potřebuje soustředit na nějaký úkol.

**Racionalizace** – ta slouží ke dvěma účelům: ke zmírnění našeho zklamání, když se nám nepodaří nedosáhnout cíle a ke zdůvodnění našeho chování.

**Reaktivní výtvar** – jedinci mohou občas utajit nějakou pohnutku před sebou samými tím, že silně vyjádří opačný motiv.

**Projekce** – chrání nás před poznáním našich vlastních nežádoucích vlastností tím, že je v přehnané míře připisuje druhým lidem.

**Intelektualizace** – představuje pokus o získání emočního odstupu od stresové situace tím, že se s ní vyrovnáme pomocí abstraktních, intelektuálních termínů.

**Popření** – když je vnější realita velmi nepříjemná, jedinec může popřít její existenci.

**Přesunutí** – plní funkci zmírňování úzkosti tím, že částečně uspokojuje nepřijatelnou potřebu. Prostřednictvím tohoto mechanismu je potřeba, která nemůže být uspokojena určitým způsobem, zaměřena na náhradní cíl.

Tyto obranné reakce organismu, i když se vytvářejí v rámci nevědomí, vykonávají funkci zachování psychické harmonie člověka. Dlouhodobým stresovým zatížením organismu přestávají fungovat a postupně přecházejí

do stavu chronického stresu. Následkem jeho působení dochází k situaci, kterou definujeme jako syndrom vyhoření.

#### 1.4 Definice pojmu syndrom vyhoření

Pojem syndrom vyhoření byl vůbec poprvé zaveden v roce 1974 psychoanalytikem H. J. Freudenbergerem. Článek, ve kterém byl tento pojem zveřejněn, se zabíral tímto syndromem u dobrovolníků v alternativních zařízeních, jako jsou kupříkladu *Free Clinics* mimo etablované léčebny. Ovšem posléze byl tento koncept použit také na profesionální personál (Dostálová, 2016, s. 81).

Podle Takácze a kol. (2015, s. 153) ovšem i dnes zůstává vlastní definice tohoto pojmu značně problematická, komplikovaná a nejednoznačná. Je sice pravdou, že dnes už existuje celá řada klinických i experimentálních zkušeností s touto problematikou, avšak teoretická definice se stále zcela jednoznačně nedokázala ustálit.

Asi nejvhodnější je nejprve uvést zcela původní definici Freudenbergera, který, jak už bylo řečeno, tento syndrom popsal už v roce 1974, a to v *Journal of Social Issues*. Jeho vymezení přitom bylo následující: „*Jedná se o stav vyplenění veškerých energetických zdrojů, kterými původně disponovala velmi usilovně pracující osoba (kupříkladu člověk, který se snaží o pomoc druhým s jejich potížemi a posléze se jimi sám může cítit přemožen). Burnout představuje finální fázi procesu, v rámci, kterého člověk, který se hluboce emociálně něčím zaobírá, posléze přicházejí o své nadšení a o svůj zápal*“ (Freudenberger, 1974, citováno ve Špirudová, 2015, s 29-30).

Pines a Aronson (1981) zase syndrom vyhoření definovali následujícím způsobem: „*Jde o stav fyzického, citového, respektive emociálního a duševního vyčerpání, ke kterému dochází na základě dlouhodobého pobývání v situacích, které*

*jsou z emociálního hlediska extrémně náročné. Tato emociální náročnost přitom zpravidla vzniká propojením značného očekávání s chronickými situačními stresy“ (Křivoholavý, 2001, s. 116).*

Z tuzemských autorů například Matoušek (2003, s. 263) syndrom vyhoření popisuje takto: *„Jedná se o soustavu příznaků, které se vyskytují u pracovníků pomáhajících profesí, jež je odvozen z dlouhodobé a nedostatečně kompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Jde o stav psychického, ale nezřídka i celkového vyčerpání, přičemž tento stav doprovází pocity beznaděje, obavy, ale i zlost.“*

Obecně je možné říct, že jde o skupinu specifických symptomů. Syndrom vyhoření má zcela jednoznačný negativní vliv na pracovní výkon. Mezinárodní klasifikace nemocí (10. revize, aktualizovaná z roku 2013) zmiňuje pod označením Z73 Problémy spojené s obtížemi při vedení života kód Z73.0 V (Špirudová, 2015, s. 30).

V rámci tuzemské praxe ovšem ještě stále není chápán jakožto diagnostická kategorie a není klasifikován jako nemoc z povolání, ačkoliv jak už bylo řečeno, jde o skupinu specifických symptomů a má jednoznačný negativní vliv na pracovní výkon. Autorka uvádí, že psychiatrická klinika, se kterou konzultovala daný problém, uvedla, že zpravidla pro tento stav používá diagnózu F43.2 (F43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, 43.2 Poruchy přizpůsobení) dle MKN-10 (Špirudová, 2015, s. 30).

## **1.5 Rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření**

Pokud profesionál do své práce investuje velké množství emocí, začne se relativně rychle cítit opotřebovaný a bez energie. Reakcí na takovou situaci je emocionální vyčerpání, projevující se nedostatkem energie a nenadálou neschopností „rozdávat se“. Velká potíže je také v tom, že v přípravě na jakékoliv pomáhající profesi je jen minimálně uplatňováno vzdělávání

v oblasti práce s emocemi klienta i samotného profesionála. Kupříkladu lékař tak bývá mnohdy vystaven konfrontaci s emocemi pacienta, přičemž ale není vybaven dovednostmi, které jsou nutné k jejich sdílení, jakož i k jejich následnému bezpečnému zvládnutí. Další vývoj může někdy pokračovat směrem k projevům odměřenosti či zdánlivé bezcitnosti vůči druhým osobám, jakož i k postupné depersonalizaci. Následně je docela běžné, že se dostaví pocit viny, který je navozen vlastním negativním postojem. Profesionál si postupně začne uvědomovat, že se mění, a to v emočně chladného člověka, což je pochopitelně zejména pro pomáhající profese velmi komplikovanou situací (Takács a kol., 2015, s. 155).

Podle Čeledové a kol., (2010, s. 158) se relativně dlouhou dobu mělo za to, že stěžejní příčinou vzniku syndromu vyhoření je zejména intenzivní kontakt mezi profesionály a jejich klienty. Dnes se však spíše přistupuje k tomu, že hlavním rizikovým faktorem jsou neustále se zvyšující požadavky na pracovní výkon současně se stále menšími možnostmi odpočinku, jakož i vážné důsledky v případě chyb a omylů.

Takács a kol., (2015, s. 155) uvádí, že mnoho autorů vidí jistou souvislost mezi délkou praxe v oboru a vyšší mírou stresu, emociálního vyčerpání, jakož i odosobnění. Jiní autoři jsou zase toho názoru, že syndrom vyhoření zpravidla vzniká v prvních letech působení v dané profesi. Nutno říci, že ani výzkumy, které se zaměřují na tuto problematiku, nejsou v rámci svých zjištění vždy jednotné, a dokonce si mnohdy protirečí.

Nicméně dle Stocka (2010, s. 24–25) je vznik podmíněn součinností charakterových podmínek daného člověka a vnějších podmínek. Obecně je lze členit na vnitřní faktory, kterými jsou povahové vlastnosti daného člověka a vnější faktory, které udává prostředí.

Obrázek č. 1 - Vnitřní a vnější faktory syndromu vyhoření



(Zdroj: Stock, 2010, s. 25.)

Syndrom vyhoření je přitom podmíněn působením obou zmiňovaných skupin. V případě některých jedinců však budou nadvládu přebírat povahové vlastnosti. Tyto osoby je možné označit jako workoholiky. Workoholici si přitom z velké části syndrom vyhoření vytváří svým vlastním přičiněním. Opačný případ představují lidé, kteří jsou vystaveni tlaku, a to v důsledku působení vnějších podmínek a svého okolí, přičemž sami za tuto situaci až tolik nemůžou. V takovém případě je řeč o takzvaném opotřebení. V anglickém jazyce je známé jako „wearout“.

Nejběžnější rizikové faktory pak shrnuje například Kebza se Šolcovou (2003, s. 15–16):

- obecně život v současné uspěchané době,
- profese, které se zakládají na úzkém kontaktu s lidmi,
- soustavně prožívaný časový tlak a stres,
- velké až extrémní požadavky na výkon,
- vysoká míra entuziasmu a angažovanosti,
- nízká asertivita v chování,
- perfekcionismus, pedantství a odpovědnost,



- nízké nebo nestabilní sebepojetí a sebehodnocení,
- neschopnost odpočívat,
- přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a finančním ohodnocení profese, která je vykonávána,
- soustavně prožívaný hněv (jako emoční stav),
- hostilita jako osobnostní rys.

Uvést je ještě možné například také názor Švamberk Šauerové (2018, s. 55), podle které mezi rizikové faktory patří rozhodně také ztráta ideálů a takzvaný teror příležitostí. Ve druhém zmiňovaném případě totiž člověk nedokáže odmítnout práci i v případě, že se potýká s nedostatkem času a je nucen omezovat aktivity v rodinném a osobním životě. S takovýmto jevem je možné se setkat u tvůrčích lidí, kteří svou práci vnímají jako poslání.

## **1.6 Příznaky syndromu vyhoření**

Každá nemoc, jakož i porucha má své určité symptomy, které jsou pro ni charakteristické. Toto platí přirozeně v plné míře i o syndromu vyhoření. Jeho příznaky přitom nejsou nijak neobvyklé ani záhadné. V praxi přitom platí, že je jen obtížné nalézt někoho, kdo by netrpěl alespoň jedním z nich. Avšak právě přehlížení těchto příznaků v počáteční fázi je velmi zrádné. Syndrom vyhoření se totiž vyznačuje kumulativním průběhem. Začíná nepatrnými a mnohdy zaměnitelnými příznaky, avšak pokud tyto necháme bez povšimnutí, nakonec přerůstají v hluboké a dlouhodobé potíže, které značně zasahují prakticky do všech oblastí člověka. Pro syndrom vyhoření je zcela specifické velké množství příznaků, které spolu zdánlivě ani nemusí nijak souviset. Je totiž běžné se setkat s příznaky, které jsou spíše charakteristické pro jiné zdravotní problémy, jako jsou zejména tyto uvedené (Švamberk Šauerová, 2018, s. 55):

- nespavost,
- bolest hlavy,
- bolest zad a kloubů,
- zažívací potíže,
- napětí,
- nízká výkonnost,
- nervozita,
- nechuf k práci.

Příznaky samotné ovšem představují jenom jednu (počáteční) fázi celého procesu, na jehož konci dochází k onomu rizikovému stavu, a tedy k vyhoření. K tomuto stavu nicméně vede hromadění symptomů, a právě z toho důvodu je nutno zaměřovat se na ně a v rámci preventivní psychohygieny volit adekvátní techniky k jejich omezování (Švamberg Šauerová, 2018, s. 55).

Také Pešek a Praško (2016, s. 16) jsou toho názoru, že je skutečně podstatné nezanedbat ani jeden příznak, který se občasně začíná objevovat, či se už pravidelně objevuje. Podle těchto autorů se nejčastěji můžeme setkat s následujícím členěním příznaků syndromu vyhoření:

- **příznaky fyzické** – do této kategorie příznaků je možné zahrnout zejména:
  - únavu,
  - vyčerpanost,
  - vysoký krevní tlak,
  - poruchy spánku,
  - poruchy příjmu jídla,
  - špatné zažívání,
  - časté nemoci,

- a další.
- **příznaky psychické** –mezi ně lze zahrnovat především příznaky:
  - nechuť k práci,
  - lhostejnost,
  - negativní postoje,
  - ztráta nadšení,
  - ztráta zodpovědnosti,
  - agresivita,
  - nespokojenost,
  - podráždění,
  - zapomínání,
  - pocity bezmoci,
  - a další.
- **potíže v mezilidských vztazích** – co se týče problémů v mezilidských vztazích, postupně přichází lhostejný až zcela cynický přístup ke klientům. Postižený začne kontakt s klienty a s kolegy snižovat na minimální možnou úroveň. V rámci osobního života je stále častější výskyt konfliktních situací, které však daná osoba nevyvolává sama, ale svým vlastním nezájmem. Může také docházet ke zvyšování konzumace alkoholu nebo drog, případně látek, které jsou pro danou osobu uvolňující.

V souvislosti s příznaky syndromu vyhoření je však nutno hovořit také o jejich dalším zásadním dělení. Jedná se o dělení na příznaky subjektivní a příznaky objektivní (Křivohlavý, 2012, s. 68):

- **příznaky subjektivní** – jde o extrémní únavu a snížené sebehodnocení, které vyplývá z pocitů snížené profesionální způsobilosti, resp. schopnosti něco dělat a udělat. Je sem možné zahrnout:

- potíže s koncentrací,
  - podrážděnost,
  - negativismus,
  - mnoho příznaků stresového stavu.
- **příznaky objektivní** – jde o dlouhodobě sníženou výkonnost. Tuto situaci přitom mohou zjistit například i kolegové, či samotní klienti nebo pacienti.

## 1.7 Fáze syndromu vyhoření

Podle Stock (2010, s. 23) řada autorů popisuje vývoj syndromu vyhoření ve fázích. Vyhoření je pojímáno jakožto dlouhodobý proces. Platí přitom, že postižený zpravidla fázemi prochází postupně, ale není neobvyklé, že některé z fází může i zcela přeskočit. Pravděpodobně nejjednodušším modelem je model, který je složen ze tří fází. Naopak mezi nejkomplicovanější pak model, který se skládá ze dvanácti fází. Tyto fáze se vzájemně překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit.

Stock (2010, s. 23) pro ilustraci ve své publikaci jako příklad uvádí následující model (viz obrázek č. 2):

Obrázek č. 2 - Příklad průběhu syndromu vyhoření



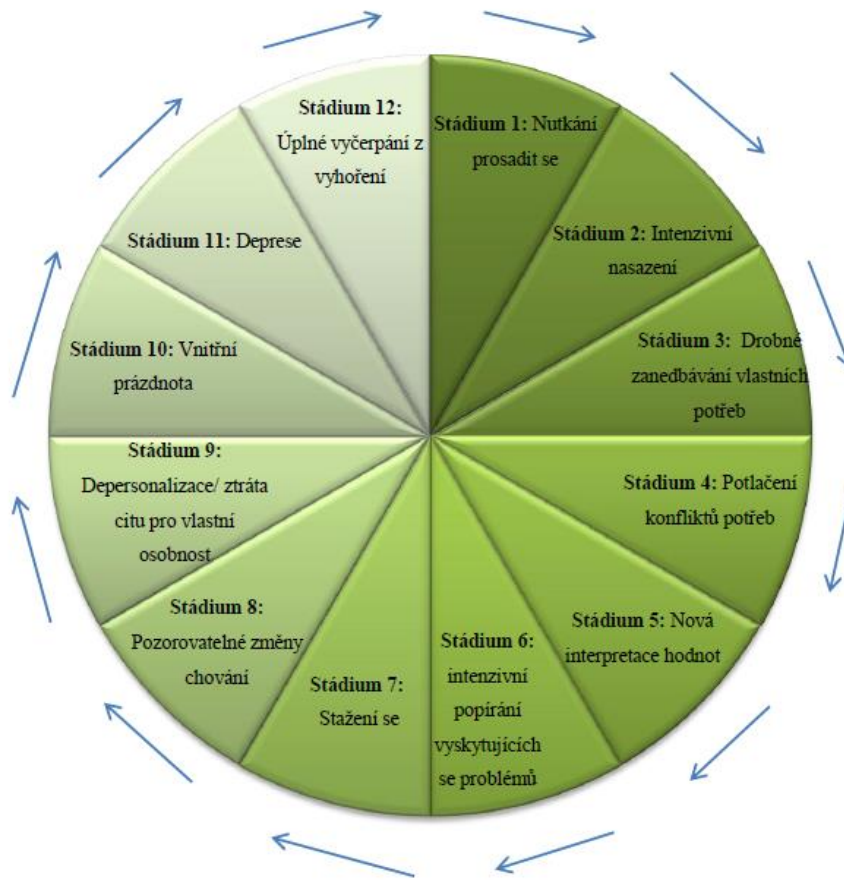
(Zdroj: Stock, 2010, s. 23.)

Právě výše uváděný model bývá pravděpodobně také nejčastěji zmiňovaný a rozebíraný řadou autorů (Maroon, 2012, s. 38–39):

- **idealistické nadšení** – jinak je tato fáze také označována jako stadium entuziasmu a naděje. V práci s klienty a v rámci vlastních možností je pro ni typická zejména značná míra:
  - o angažovanosti,
  - o nadšení,
  - o očekávání,
  - o idealizace.
- **stagnace** – jedná se o druhou fázi, kdy dotyčný už ze svého očekávání začíná slevovat, neboť si už prošel několika zklamáními, díky čemuž sice práci vykonává, ale už mu chybí dané vzrušení jako na počátku. Dochází k přehodnocení ideálů a seznámení se s realitou.
- **frustrace** – v tomto stadiu už dotyčný pochybuje o smyslu a významu své práce. Uvědomuje si, že je bezmocný, zpochybňuje výsledky své práce, trpí pocity nedostatku uznání. Zklamání u dotyčného dále narůstá.
- **apatie** – v případě, že práce nadále zůstává původem zklamání, pak daná osoba vykonává pouze to, co je zapotřebí, aniž by existovala možnost změny k lepšímu. V tomto okamžiku se dotyčný uchyluje k vnitřní rezignaci.
- **vyhoření** – představuje zcela poslední fázi. Jde o fázi konce, resp. úplné vyhoření. Jediným východiskem v této situaci je změna zaměstnání či dlouhodobější dovolená.

Pro úplnost je ještě možné přiložit výše zmiňovaný složitý dvanácti fázový model, který rozpracoval H. J. Freudenberger (viz obrázek č. 3).

Obrázek č. 3 - Dvanácti fázový model vyhoření dle Freudenbergera



Zdroj: Poschkamp, 2013, s. 37.

## 1.8 Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Pomáhající profese jsou velmi obtížná zaměstnání, co se týče očekávání od těchto pracovníků a stejně si řada z nich klade nezvladatelné cíle. Předpokládá velmi rozsáhlý soubor vlastností a kompetencí, které jsou důležité pro práci s lidmi. Poměrně běžně se tito pracovníci setkávají s osobami, které se nacházejí ve velmi tíživé situaci, ve které je často dost náročné zachovat si profesionalitu. Pomáhající profese sebou jednoduše nese mnoho úskalí, se kterými se pracovník musí dokázat vyrovnat (Venglářová, 2007, s. 42).

Podle Matouška (2008, s. 55) tak syndrom vyhoření k pomáhajícím profesím v podstatě neoddělitelně patří. Zároveň platí, že prakticky každý pracovník v sociálních službách se po jisté době setkává s některými jeho projevy. Za nespécifickou a zároveň obecnou příčinu vzniku syndromu vyhoření u těchto pracovníků je přitom možné považovat zejména už výše nastíněné zvláštní nároky, které jsou na tyto osoby kladeny díky intenzivnímu kontaktu s lidmi, kteří využívají sociálních služeb. Při běžném a neprofesionálním pomáhání mezi lidmi má zpravidla jeden pomáhající na starost většinou jednu osobu v tísnivé situaci a dokáže tak kontakt s ní patřičně regulovat. Ovšem profesionální sociální práce přináší pracovníkům soustavný a intenzivní kontakt se skupinami osob, jejichž potřeby jsou velmi naléhavé, psychika není v rovnováze a jejich představy týkající se adekvátní pomoci navíc zpravidla nebývá vždy realistická.

Například dlouhodobý kontakt s postiženými osobami vyžaduje od pracovníka vskutku obrovskou míru jakési „nezdolnosti“ a také schopnost průběžně a účelně se vyrovnávat s pracovním stresem, kterému je tento pracovník vystaven. Tou úplně nejtěžší prací je pak práce s takovými osobami, které v daném zařízení být ani nechtějí, či jsou zde nedobrovolně, případně nejsou dostatečně motivováni. Takové osoby pak svou účast vnímají naprosto pasivně. Značně obtížná je také práce s osobami velmi vážně postiženými (obzvláště, pokud se potýkají s kombinovaným postižením, či mají rozsáhlý deficit rozumových schopností, případně demenci) či osobami umírajícími, anebo osobami, jejichž chování se značně vzdaluje sociální normě (jedná se kupříkladu o osoby, které trpí akutní psychózou). Daleko více než v jakýchkoliv jiných profesích je tak pracovník v sociálních službách angažován ve své pracovní činnosti svou osobností. U těchto osob můžeme zpravidla hovořit o směsici značně osobních motivů, které sahají od náboženského světonázoru až po neuvědomované úsilí léčit si

v podstatě svá vlastní psychická traumata. Není teda nijak překvapivé, že od práce pracovníci v sociálních službách pochopitelně očekávají více, než kdyby například „pěstovali zeleninu“ či „opravovali automobily“. Dosáhnout pocitu uspokojení je tak pro tyto osoby právě z uvedených důvodů mnohem složitější, než je tomu v jiných profesích. Je tedy zcela běžné, že syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách se může rozvinout i skutečně rychle. U disponovaných jedinců je možné v některých případech hovořit dokonce o několika týdnech či měsících. Zároveň proces vývoje syndromu vyhoření u těchto osob může být povahy lineárního stupňování, anebo se může vyvíjet v cyklech, během kterých pracovník někdy dokáže nalézt řešení svých problémů a jindy zase propadá do obranné pasivity (Matoušek, 2008, s. 55–56).

Honzák (2015, s. 16) píše, že jestliže mají zájem pracovníci v sociálních službách zvládat náročnost pocitů, se kterými přicházejí do kontaktu, pak musí nalézt cestu, jak tomuto utrpení odolávat. Klíčové je přitom zejména si skutečně uvědomit, že jediným odborníkem na zvládnutí svého života, je vždy především sám klient a nikdo jiný. Navíc je nutno si ujasnit, že aby mohla být pomoc pro klienta prospěšná, pak je potřeba si ujasnit a určit totožné cíle.

Hrozenská s Dvořáčkovou (2013, s. 131) navíc dodávají, že každá organizace, která poskytuje sociální služby, musí mít písemně zpracované standardy kvality. Právě zde jsou pak mimo jiné vymezena a také i posuzována určitá kritéria, která zahrnují rovněž otázku prevence syndromu vyhoření.



## **2 Sociální práce v kontextu péče o osoby s mentálním postižením**

Druhá kapitola se už zaměřuje na pracovníky v sociálních službách a syndrom vyhoření. Nejprve je však vysvětleno, co je to sociální práce a kdo jsou to pracovníci v sociálních službách, i jaký je rozdíl mezi těmito osobami a sociálními pracovníky. Dále je alespoň stručně vymezeno mentální postižení, chráněné bydlení, a nakonec se tato kapitola zabývá syndromem vyhoření u pomáhajících profesí.

### **2.1 Sociální práce a pracovníci v sociálních službách**

Sociální práce v současné době zažívá masivní rozvoj. Představa, že novodobá historie by mohla zajistit blahobyt a nadbytek celým národům, se ukazuje jako lichá. Čím více jsou lidé informovanější, čím se stávají bohatší jak v materiálním, tak i v duševním smyslu a tím, jak mají přístup k novým technologiím, můžeme pozorovat, jako by začaly narůstat zcela nové sociální problémy, které jedinec i celé skupiny nedokážou řešit svými vlastními silami. Dochází tak ke vzniku zcela nových sociálních patologií, které svírají rodiny i celá společenství. Ačkoliv můžeme vidět, že sociální práce se stále více specializuje, i navzdory tomu příjemci její pomoci neubývají. Na jednu stranu můžeme říct, že pozitivní na této skutečnosti je, že se lidstvo silně humanizuje, pokud se péče o potřebné natolik značně profesionalizovala. Na druhou stranu je ale možné hovořit o jisté skepsi z mizejících rodinných i komunitních vazeb a sociálních sítí, které byly schopné přirozeně zachytit mnoho lidí v nouzi. Rovněž v českém prostředí pak doslova praská celá řada ústavních zařízení ve švech (Gulová, 2011, s. 9).

Podle Matouška (2003, s. 214) je možné sociální služby obecně vymežit jako *„veškeré služby, ať už se jedná o služby krátkodobé, nebo služby dlouhodobé, které*

*jsou poskytované oprávněným uživatelům, jejichž záměrem je zvyšovat kvalitu života klienta, případně i chránit zájmy společnosti.“*

Nutno přitom dodat, že nový zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který je účinný od 1. ledna 2007, přinesl do této oblasti významné změny. Tento právní předpis mimo jiné upravuje i samotné předpoklady pro povolání sociálního pracovníka, který pracuje v zařízeních, které poskytují sociální služby.

Sociální služby jsou v podstatě poskytovány znevýhodněným lidem, přičemž jejich smyslem je zlepšit kvalitu života, pomoci jim začlenit se zpátky do společnosti nebo ochránit společnost před možnými riziky těchto jedinců. Sociální služby se pak člení následovně (Matoušek, 2003, s. 214):

- sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence.

Pokud nahlédneme do zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to konkrétně do § 115, zde je uvedeno, že v oblasti sociálních služeb pracují tyto pracovníci:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci.

Sociální služby zpravidla zprostředkovává právě první zmiňovaný, a to sociální pracovník. Ten je dané osobě nápomocen, pomáhá jí nalézt adekvátní službu pro poskytnutí pomoci, proto je osobou, která přímo poskytuje sociální služby (Matoušek, 2003, s. 214–215).

Podstatné je však nezaměňovat profesi sociálního pracovníka s pracovníkem v sociálních službách, což se v praxi velmi často děje. Hlavní náplní práce

sociálního pracovníka je totiž zejména informovat veřejnost o sociálních službách, poskytovat poradenství, uzavírat smlouvy, sjednávat s klienty typ a rozsah služeb, které mu budou poskytovány, vést dokumentaci, atd. Naproti tomu pracovník v sociálních službách je osobou, která takto sjednaný typ a rozsah sociálních služeb poskytuje klientovi, aby mohl naplnit jeho cíl. Má proto v náplni své práce přímou obslužnou péči o osoby, pečovatelskou a výchovnou nepedagogickou činnost (Senior-care, 2021).

## 2.2 Mentální postižení

Souhrnem rozumových schopností a vědomostí člověka je intelekt. Je vyšetřován za pomoci standardizovaných inteligenčních testů, přičemž jejich výsledkem je inteligenční kvocient IQ. V běžném slovníku je přitom pojem intelekt blízký pojmům jako „bystrý“, „rychle chápající“, „chytrý“, atd. (Valenta, Michalík & Lečbych, 2012, s. 20).

Mentální postižení neboli mentální retardaci je pak možné označit jako poruchu intelektu. Při této poruše dochází k nedostatečnému rozvoji intelektu, což má za následek snížení rozumových schopností, které ale nemusí nutně postihovat rovnoměrně veškeré složky intelektu (Petr & Marková, 2014, s. 252).

Podle Šnýdrové (2008, s. 127) se jedná o *„stav zastaveného či neúplného vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, které se projevují během vývojového období a přispívají k povšechné úrovni inteligence, takže poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností.“*

Existují však různé přístupy k definování mentálního postižení, a to na základě různých hledisek (viz tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 - Přístupy k definování mentálního postižení

Přístup	Definice
biologický	postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku
psychologický	primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými testy inteligenčního kvocientu (IQ) (tzn. vzhledem k populační normě)
sociální	postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci
pedagogický	snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů
právní	snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)

Zdroj: Plevová & Slowik, 2010, s. 8.

V současnosti žije v populaci asi 3 až 4 % osob s mentálním postižením. Tuto skutečnost ostatně potvrzují také statistické odhady, podle kterých v České republice žije asi tři sta tisíc osob, u kterých byla diagnostikována mentální retardace (Bendová & Zikl, 2011).

Podle Plevové a Slowíka (2010, s. 129) *termín „mentální retardace“ vychází z latiny. Konkrétně vychází z výrazů „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovný překlad proto zní – „opožďení či zpomalení mysli“.* Autoři však vysvětlují, že ve skutečnosti se jedná o mnohem komplikovanější syndromatické postižení. Postihuje nejenom psychické a mentální schopnosti, ale prakticky celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách. Ve výsledku ovlivňuje nejenom vývoj a úroveň rozumových schopností, ale týká se i emocí, komunikačních schopností, či úrovně sociálních vztahů.

Vágnerová, Krejčířová, Svoboda (2001, s. 400) vysvětlují, že mentální postižení je obecně podmíněno vnitřními, tedy biologickými faktory a vyznačuje se trvalým charakterem. Je sice pravdou, že může být ovlivněno i vnějšími vlivy, avšak jedině v rámci určitých biologicky daných limitů. Toto postižení vývoje rozumových schopností je vrozené nebo časně získané.

Fakt, že se jedná o postižení vrozené či získané, zmiňují Valenta, Michalík a Lečbých (2012, s. 55). Tito autoři zároveň dodávají, že příčiny bývají v literatuře obecně kategorizovány poměrně různě. Narazit tak můžeme jak na faktory endogenní neboli vnitřní (jedná se o příčiny genetické), tak i na faktory exogenní neboli vnější (jedná se o viry, bakterie, jedy atd.). Podle časového hlediska je pak možné rozlišovat následující faktory:

- **prenatální** – působí před porodem.
- **perinatální** – působí během porodu, ale krátce i těsně po něm.
- **postnatální** – působí v průběhu života.

### 2.3 Chráněné bydlení

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je chráněné bydlení *„pobytovou službou, která se poskytuje osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, a to včetně onemocnění duševního, kdy jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.“*

Podle Kaliny (2015, s. 473) se jedná o velmi důležitou službu následné péče. Vychází přitom z toho faktu, že návrat jedince do původního prostředí, a to zejména pokud předtím podstoupil dlouhodobou léčbu, může být velice obtížný a často také ani není příliš reálné, aby si daná osoba v průběhu léčby dokázala zabezpečit své samostatné bydlení. Jinak řečeno, jedná se o prostředek sociální stabilizace klienta za pomoci přechodně poskytnutého ubytování. Je však třeba dodat, že by rozhodně nemělo být určené k úniku před okolním světem. Naopak, jeho smyslem je zvýšení schopnosti obstat v běžné společnosti.

Může mít formu buď individuálního anebo skupinového bydlení. O poskytnutí této služby má možnost zažádat samotná potřebná osoba či její zákonný zástupce. Případně dané osobě obec, ve které má tato osoba trvalý

či hlášený pobyt, zprostředkuje kontakt s takovým zařízením (Arnoldová, 2016, s. 42).

## **2.4 Supervize jako prevence syndromu vyhoření**

Jednou z vůbec nejvýznamnějších forem prevence syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích je jednoznačně supervize. V oblasti sociální práce už dnes představuje relativně běžnou metodu profesního rozvoje pracovníků, řešení složitých situací v práci s klienty, podporuje spolupráci v týmu. A jak už bylo řečeno výše, je velmi důležitá právě pro prevenci vyhoření (Mahrová a Venglářová, 2008, s. 16).

Supervize totiž dovede uskutečnit nadhled nad určitou situací a pomoci s tím, aby se už neopakovala. Dokáže komplexně a pozitivně ovlivnit pomáhajícího pracovníka a pomoci tak udržet či zlepšit kvalitu poskytovaných služeb. Tato metoda se zaměřuje na oblasti, které podporují pracovníkovo sebevědomí a pomáhají tak předcházet nebo minimálně tlumit vyhoření (Matoušek a Křišťan, 2013, s. 43).

Podle Malíkové má ovšem supervize mnohem více pozitiv než to, že je účinným nástrojem pro předcházení vyhoření. Obecně jde totiž o profesionální rozvoj pracovníků, přičemž ten je nejvíce patrný v následujících oblastech (Malíková, 2011, s. 140):

- rozšiřování dovedností a získávání nových dovedností,
- vzdělávací funkce, zejména u začínajících pracovníků,
- pomoc při řešení náročných případů,
- zvládání emočně náročných nebo stresujících situací (např. zmiňované vyhoření).

### **3 Shrnutí teoretické části**

V teoretické části byl vysvětlen pojem "syndrom vyhoření", jeho fáze, příznaky a rizikové faktory. Dále jsme se seznámili s pojmem "stres", který vzniká na základě stresorů. Negativně působí na lidský organismus a je předchůdcem syndromu vyhoření. V neposlední řadě je zde vysvětlen i pojem "obranné mechanismy", díky kterým můžeme čelit stresu a mnohdy nás chrání před nežádoucími vnějšími i vnitřními vlivy. Tato část také vysvětluje pojem mentální postižení, které je vrozené nebo časně získané. Dozvídáme se zde i jeho rozdělení. Dále se zde setkáváme s pojmem "Chráněné bydlení", kdy se jedná o prostředek sociální stabilizace klienta za pomoci přechodně poskytnutého ubytování. A v neposlední řadě byla zmíněna Supervize, která je velmi důležitou součástí každé sociální práce. Tato metoda dokáže podpořit pracovníkovi sociálních služeb sebevědomí a sebejistotu a dokáže předejít již zmiňovanému syndromu vyhoření.

## II. Empirická část

### 4 Výzkumný problém

V empirické části této práce je proveden kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření, který se zaměřuje na pracovníky v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním. Pro tyto účely byl vytvořen dotazník, který obsahuje celkem 14 otázek, na které respondenti, respektive pracovníci v sociálních službách, odpovídali.

#### 4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Cílem výzkumu je zjistit, do jaké míry jsou pracovníci v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním ohroženi syndromem vyhoření a jestli supervize má pozitivní vliv, jakožto jeho prevence.

Hlavní výzkumná otázka zní následovně:

*„Jaké faktory syndromu nejvíce ohrožují pracovníky v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním?“*

Pro účely tohoto výzkumu byly stanoveny rovněž dílčí výzkumné otázky, jejichž znění je následující:

DVO1 – *„Sahrává v případě vzniku syndromu vyhoření důležitou roli pohlaví?“*

DVO2 – *„Má spojitost syndrom vyhoření s délkou praxe v sociálních službách?“*

DVO3 – *„Sahrává v případě vzniku syndromu vyhoření důležitou roli věk?“*

DVO4 – *„Má supervize na respondenty pozitivní vliv jakožto prevence proti syndromu vyhoření?“*



## 4.2 Metodologie výzkumu

Pro účely této bakalářské práce byla vybrána metoda kvantitativního výzkumu, přičemž využito bylo dotazníkového šetření. V případě tohoto výzkumu je totiž právě kvantitativní metodu možné považovat jako nejvhodnější, neboť pro zjištění relevantních výsledků bylo potřeba oslovit větší počet respondentů, což tato metoda dovoluje. Kvantitativní metoda je navíc využívána v případech, kdy jde o jevy, které jsou již zpravidla dostatečně popsány, což opět s tímto výzkumem koresponduje.

Jak už bylo zmíněno výše, jako hlavní nástroj bylo zvoleno standardizované dotazníkové šetření, což je jeden z nejběžněji používaných nástrojů, prostřednictvím kterého je možné relativně rychle a efektivně zjistit všechna potřebná data. Pro účely této práce byl vytvořen dotazník, který obsahuje celkem 14 předem připravených uzavřených otázek.

Při tvorbě dotazníku bylo přihlíženo k tomu, aby byl pro oslovené, pokud možno co nejjednodušší, poutavý a zajímavý, a to nejenom co se týče vizuální stránky, ale zejména pak stránky obsahové. Je totiž velmi důležité udržet pozornost respondentů a zajistit tak pokud možno co nejvyšší návratnost. Dotazník je koncipován na základě vlastní konstrukce, aby se maximálně soustředil pouze na důležité rizikové aspekty daného tématu, které jsem čerpala z odborné literatury (Kebza, V., & Šolcová, I.).

Kompletní dotazník, který byl pro účely tohoto výzkumu zhotoven a který respondenti vyplňovali, je uveden v příloze této práce (viz Příloha I).

### **4.3 Charakteristika výzkumného vzorku**

Pro to, aby vypovídající hodnota výzkumu byla co nejvyšší, bylo pochopitelně nutné pokusit se oslovit co největší počet respondentů. Výzkumný vzorek pro účely této práce se skládá z celkem 31 respondentů. Konkrétně byli osloveni respondenti z východních Čech, kteří už mají v oboru určitou praxi. Výzkumu se zúčastnili pracovníci sociálních služeb v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním.

### **4.4 Etika výzkumu**

Během celého výzkumu bylo pochopitelně velmi důležité neopomenout ani dodržení všech etických zásad. Nejdůležitějším požadavkem v tomto kontextu přitom byla naprostá anonymita. Dotazník, který vyplňovali respondenti, tedy pracovníci v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o postižené osoby, byl zcela anonymní. V celé práci proto nejsou ani jednou zveřejněna žádná citlivá data, která by mohla vést k nechtěné identifikaci zúčastněných. Všechny informace, které byly za pomoci tohoto výzkumu získány, jsou použity výhradně pro účely této bakalářské práce.

## 4.5 Harmonogram výzkumu

Časový harmonogram výzkumu se zpracovával postupně a je dělen do tří etap, které nám představují posloupnost jednotlivých kroků, a zároveň popisuje činnosti, které jsme realizovali v uvedených měsících. Současně nám harmonogram poukazuje na cíle, které musely být v uvedeném období splněny (viz tabulka č. 3).

Tabulka č. 3 - Harmonogram výzkumu

ETAPY	OBDOBÍ REALIZACE	PRACOVNÍ ČINNOSTI
1. etapa	září–prosinec	rešerše odborné literatury, rozeslání dotazníků, zpracování teoretické části BP
2. etapa	leden–únor	zpracování získaných dat, dokončení teoretické části a dokončování empirické části BP
3. etapa	březen	závěrečné úpravy

## 4.6 Výzkumné zjištění

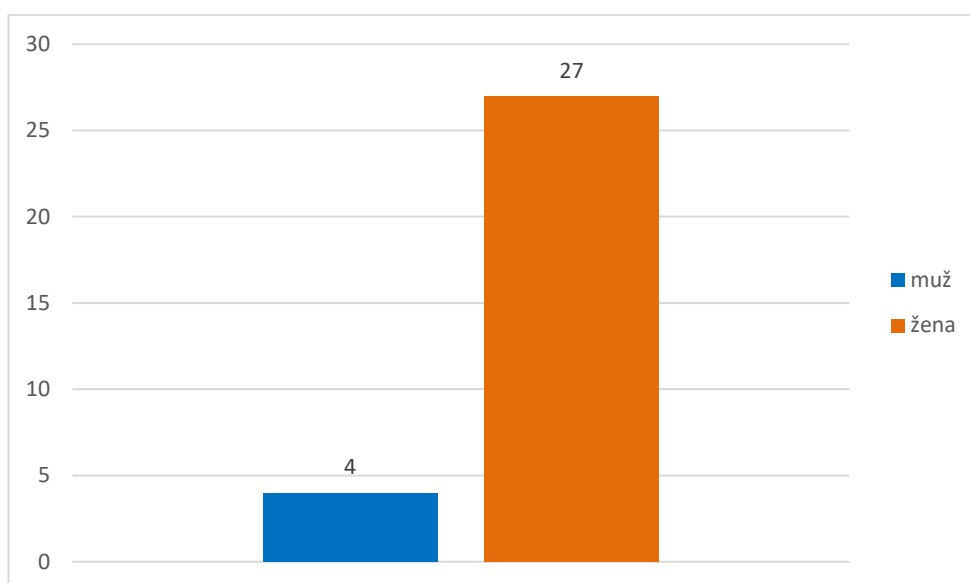
Tato část již odhaluje konkrétní výsledky, které byly zjištěny za pomoci standardizovaného dotazníkového šetření. Pro každou z otázek je zhotoven výsečový graf a pod každým grafem je připojeno rovněž slovní zhodnocení.

Smyslem prvních tří otázek výzkumu bylo zejména roztrždit respondenty dle pohlaví, věku a také délky praxe v oboru. Následujících jedenáct otázek se už zabývá přímo problematikou syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním.

### Otázka č. 1 – Základní demografické údaje o výzkumném vzorku.

První dvě otázky jsou věnovány rozdělení respondentů podle pohlaví a podle věku. Nejprve byli dotazovaní rozděleni podle pohlaví. Jak je patrné z grafu č. 1, tohoto výzkumu se zúčastnila podstatně větší část žen nežli mužů, což je ovšem poměrně pochopitelné, neboť je zcela běžné, že profese pracovníků v sociálních službách obecně vykonávají mnohem častěji spíše ženy. Z celkového počtu 31 respondentů se výzkumu zúčastnilo 27 (81,1%) žen a 4 (12,9%) muži. Podle těchto výsledků nemůžeme první dílčí výzkumnou otázku spolehlivě zodpovědět pro nízký počet respondentů, především mužů, z toho důvodu to nemůžeme porovnat.

Graf č. 1 – Rozdělení respondentů dle pohlaví.

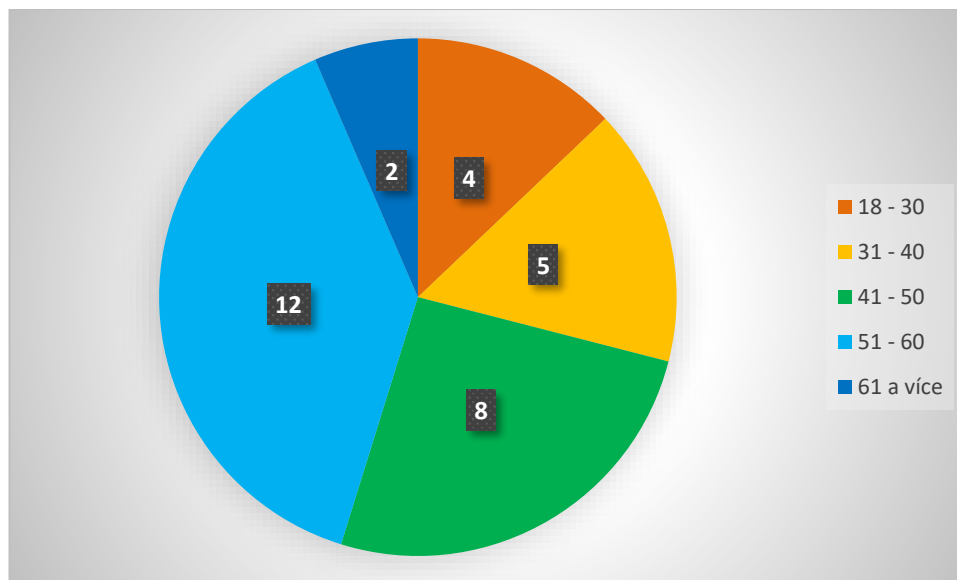


## Otázka č. 2 – Demografické údaje týkající se věku.

Jak už bylo zmíněno výše, cílem druhé otázky bylo rozdělit respondenty také podle jejich věku. V tomto případě už byly výsledky mnohem vyrovnanější než v předcházející otázce a je tak možné konstatovat, že výzkumu se zúčastnili respondenti spadající do různých věkových kategorií.

Tou nejpočetnější z nich se stala věková kategorie 51–60 let. Těchto dotazovaných bylo celkem 12 (38,7 %). Následovali respondenti spadající do věkové kategorie 41–50 let, kterých bylo 8 (25,8 %). Dotazovaných ve věku 32–40 let bylo celkem 5 (16,1 %) a respondentů, kteří spadají do věkové kategorie 18–30 let, byli 4 (12,9 %). Nejméně početnou skupinou byli dotazovaní ve věku 61 let a více. Ti byli pouze 2 (6,5 %).

Graf č. 2 – Rozdělení respondentů dle věku.

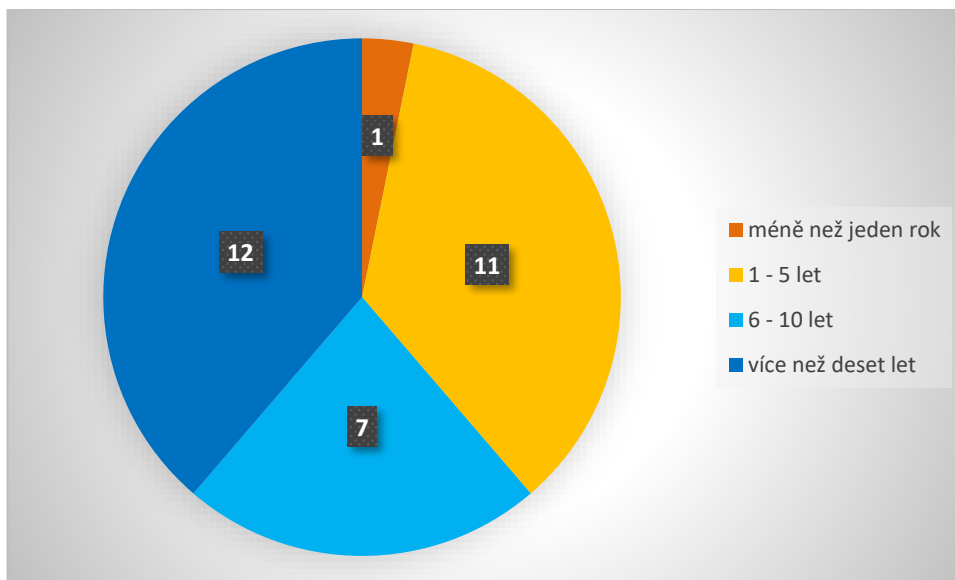


### Otázka č. 3 – Jak dlouho pracujete v oboru?

Kromě rozdělení respondentů dle jejich pohlaví a věku bylo pro potřeby tohoto výzkumu nutno také zjistit, jak dlouho dotazovaní pracují v daném oboru, a jak dlouho už vykonávají činnost pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení.

Jak je patrné z grafu č. 3 se nejpočetnějšími skupinami stali dotazovaní, kteří v tomto oboru pracují více než deset let, těch bylo 12 (38,7 %) a dotazovaných, kteří v něm pracují 1 až 5 let, bylo 11 (35,5 %). Dále celkem 7 (22,6 %) respondentů pracuje na pozici pracovníka v sociálních službách chráněného bydlení 6 až 10 let a pouze 1 (3,2 %) dotázaný v tomto oboru pracuje méně než jeden rok.

Graf č. 3 – Rozdělení vzorku podle délky zaměstnání.

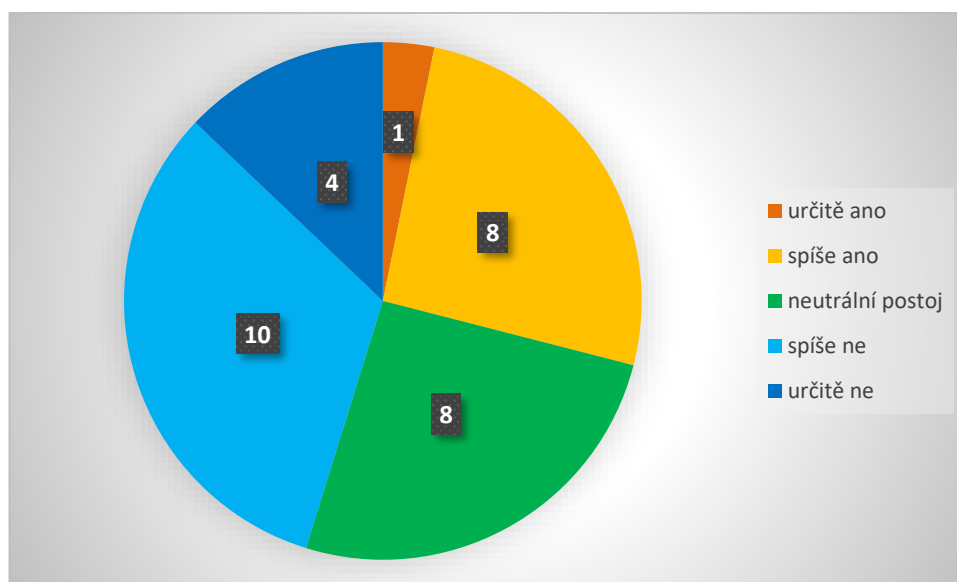


#### Otázka č. 4 – Pociťujete na pracovišti nadměrný stres?

Čtvrtá otázka se stala první otázkou, která se zabývala přímo výzkumným problémem. Jejím cílem bylo zjistit, zda dotázaní, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, pociťují na pracovišti nadměrný stres. Je možné konstatovat, že odpovědi jsou velice zajímavé, neboť se poměrně značně rozcházejí.

Celkem 10 (32,3 %) dotázaných uvádí, že nadměrný stres na pracovišti spíše nepociťuje a určitě jej pak nepociťují 4 (12,9 %) respondenti. Dohromady tedy záporně odpovídá téměř polovina dotazovaných 14 (45,2 %). Naopak 8 (25,8 %) respondentů nadměrný stres na pracovišti spíše pociťuje a určitě jej pociťuje 1 (3,2 %) respondent. Dohromady tak celkem až 9 (29 %) dotazovaných odpovídá kladně. Neutrální postoj pak zaujalo 8 (25,8 %) respondentů.

Graf č. 4 – Rozdělení vzorků dle prožívání nadměrného stresu.

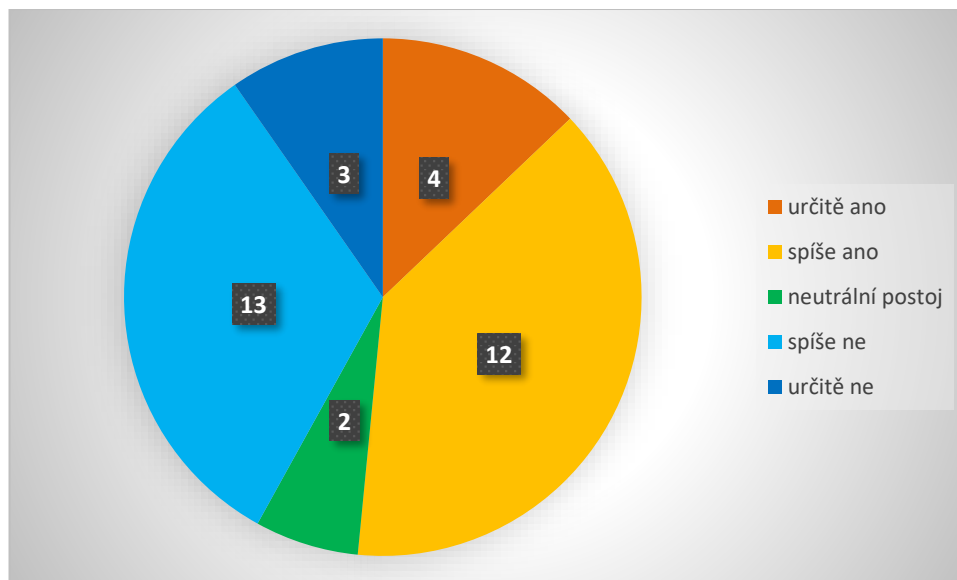


### Otázka č. 5 – Máte prostor si plánovat práci podle svých možností?

Smyslem páté otázky bylo zjistit, zda dotazovaní mají prostor plánovat si práci dle svých možností, neboť pochopitelně v opačném případě je možné předpokládat narůstání stresu. Odpovědi jsou opět dosti roztržité a dotázaní v této souvislosti víceméně spadají do dvou táborů.

Celkem 16 (51,6 %) respondentů, tedy nadpoloviční většina odpovídá kladně, z toho 12 (38,7 %) se přiklání k odpovědi spíše ano a 4 (12,9 %) k odpovědi určitě ano. Naopak dohromady až 15 (42 %) dotázaných odpovídá záporně, z nich 13 (32,3 %) spíše ne a 3 (9,7 %) určitě ne. Nemají prostor plánovat si práci dle svých možností. Neutrální postoj zaujali celkem 2 (6,5 %) respondenti.

Graf č. 5 – Rozdělení vzorku dle možnosti si korigovat svou práci.



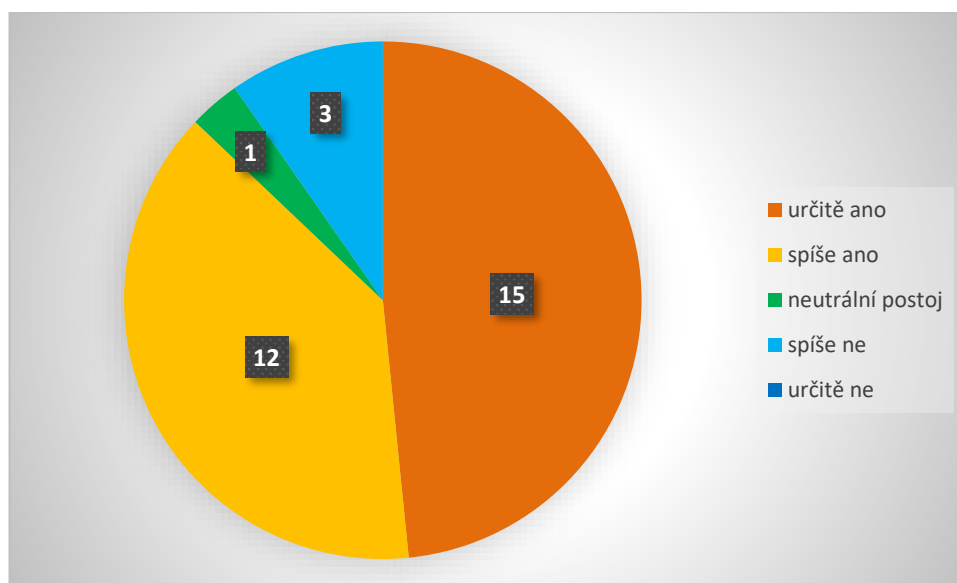


### Otázka č. 6 – Jste obětavý, empatický vůči klientům s mentálním onemocněním?

Šestá otázka se věnovala tomu, zda jsou dotázaní, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu obětaví a empatictí vůči klientům s mentálním postižením, se kterými pracují.

Odpovědi jsou v tomto případě jednoznačné, neboť dohromady až 27 (87,1 %) dotázaných odpovědělo kladně. Konkrétně téměř polovina respondentů 15 (48,4 %) je určitě obětavých a empatických a 12 (38,7 %) pak také spíše ano. Naopak jenom 3 (9,7 %) dotazovaní odpověděli negativně, konkrétně, že se spíše necítí být obětaví a empatictí a 1 (3,2 %) dotázaný má k otázce neutrální postoj.

Graf č. 6 – Rozdělení vzorku dle vcítění a prožívání se do pocitů jiných lidí.

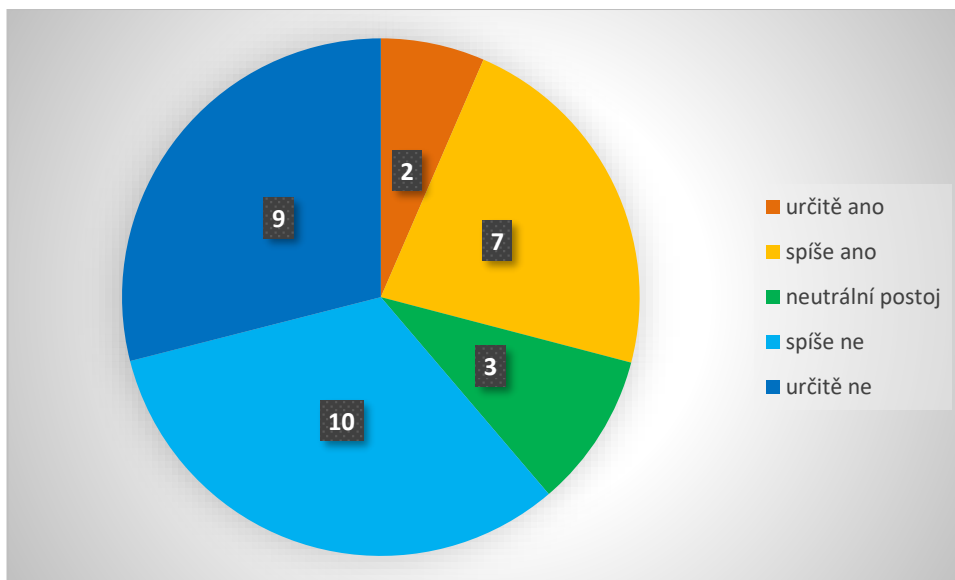


### Otázka č. 7 – Je Vaše práce stereotypní až monotónní?

V souvislosti s problematikou syndromu vyhoření je zapotřebí také zjistit, zda se dotázaní domnívají, že jejich práce je stereotypní až monotónní. Totiž právě tento faktor je jeden z těch, které přímo podporují vznik syndromu vyhoření u člověka.

Většina dotázaných, tj. 19 (61,3 %) se ovšem přiklání k tomu, že jejich práce stereotypní a monotónní není. Konkrétně 10 (32,3 %) respondentů uvádí, že spíše není a 9 (29 %) respondentů pak uvádí, že zcela určitě není. Na druhou stranu ale až 7 (22,6 %) dotázaných je toho názoru, že jejich práce spíše je stereotypní a monotónní a 2 (6,5 %) je pak o tom přesvědčeno. Nakonec 3 (9,7 %) respondenti vyjádřili k této otázce neutrální postoj.

Graf č. 7 – Rozdělení respondentů podle nezáživnosti na pracovišti.

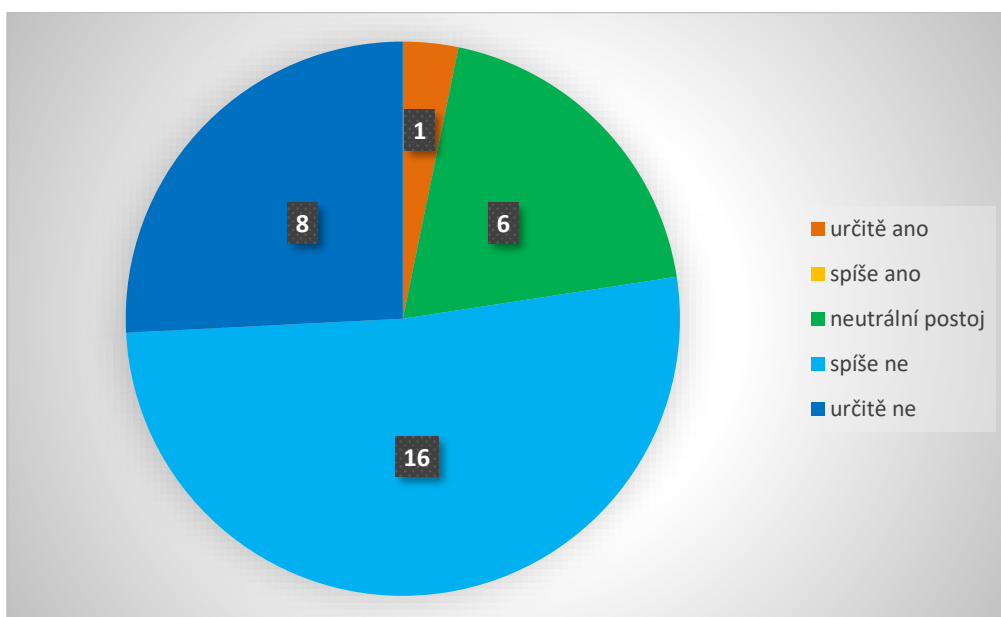


### Otázka č. 8 – Domníváte se, že často býváte přecitlivělý/á?

Přecitlivělost bývá jedním z mnoha průvodních jevů syndromu vyhoření. Právě na tuto problematiku se zaměřila osmá otázka. Jejím záměrem bylo zjistit, zda se dotazovaní domnívají, že jsou často přecitlivělí.

Jak naznačuje graf č. 8, většina dotázaných se přiklání k tomu, že přecitlivělí nebývají. Nadpoloviční většina respondentů 16 (51,6 %) uvedlo, že spíše přecitlivělí nebývají a dalších 8 (25,8 %) se pak domnívá, že zcela jistě nebývají přecitlivělí. Pouze 1 (3,2 %) respondent je toho názoru, že přecitlivělý zcela určitě je. Neutrálně se k otázce vyjádřilo celkem 6 (19,4 %) dotazovaných.

Graf č. 8 – Rozdělení respondentů podle vnímavosti na pracovišti.

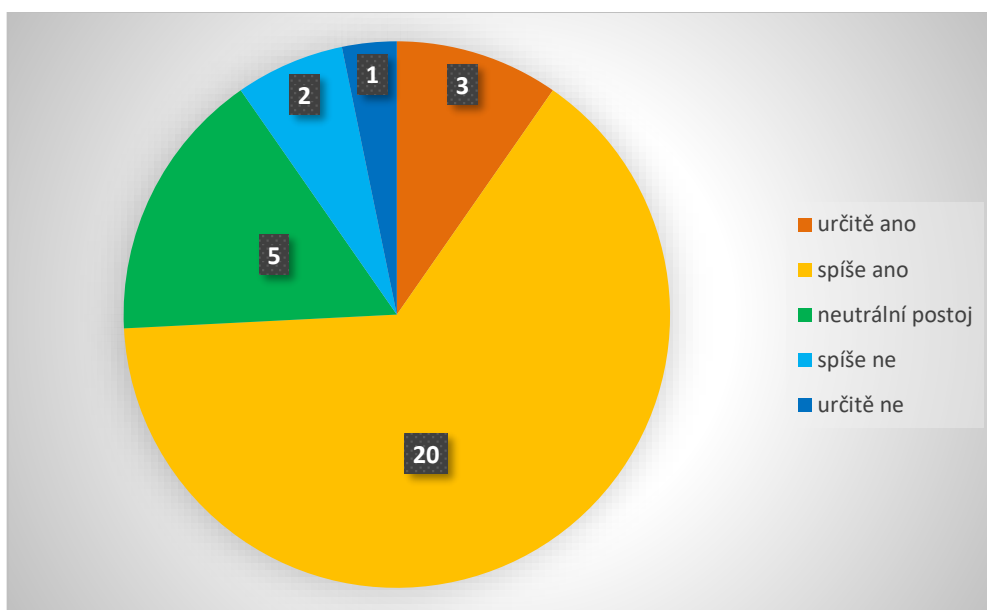


### Otázka č. 9 – Jste dostatečně asertivní? (Respektujete požadavky okolí, ale i své potřeby)

Devátá otázka se týká tématu asertivity, jakožto jedné z klíčových dovedností při komunikaci. V souvislosti s problematikou syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení bylo tedy potřeba zjistit, zda jsou dostatečně asertivní, zda respektují požadavky okolí, ale také své vlastní potřeby, neboť toto samozřejmě má velký dopad na postupný rozvoj syndromu vyhoření.

Na základě výsledků je nicméně možné tvrdit, že většina dotazovaných asertivních je, či se alespoň domnívají, že asertivní jsou. Až 20 (64,5 %) respondentů totiž uvedlo, že asertivní spíše jsou a další 3 (9,7 %) pak uvedli, že určitě ano. Naopak jenom 2 (6,5 %) dotázaní se spíše necítí být asertivní a 1 (3,2 %) pak zcela určitě ne. Celkem 5 (16,1 %) oslovených nezaujalo jednoznačné stanovisko.

Graf č. 9 – Rozdělení vzorku dle vstřícnosti.  
(Respektujete požadavky okolí, ale i své potřeby)

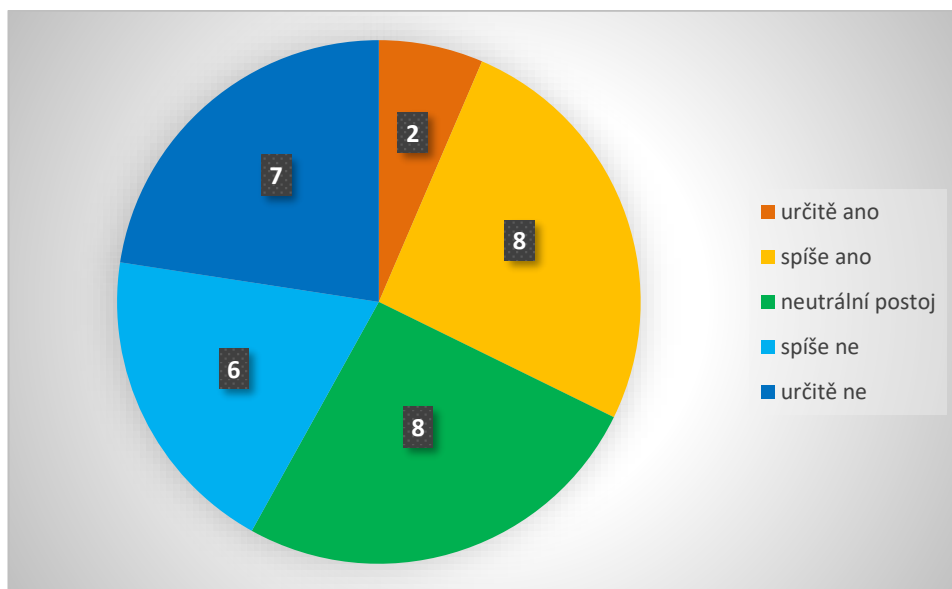


### Otázka č. 10 – Jste ve Vašem zaměstnání perfekcionista?

Pro vznik syndromu vyhoření je mimo jiné důležité i to, jak ke své práci člověk přistupuje, například zda není přímo perfekcionista. V mnoha případech totiž může také tento faktor být jednou z příčin. Otázka se tedy zabývala tím, zda jsou oslovení pracovníci v sociálních službách chráněného bydlení ve svém zaměstnání perfekcionisté?

Odpovědi jsou velice různorodé. Celkem 8 (25,8 %) dotázaných uvedlo, že perfekcionisty ve svém zaměstnání spíše jsou a další 2 (6,5 %) pak určitě jsou. Naopak ale 6 (19,4 %) respondentů perfekcionisté spíše nejsou a až 7 (22,6 %) zcela určitě nejsou. Přibližně čtvrtina oslovených, tj. 8 (25,8 %) uvedlo neutrální postoj.

Graf č. 10 – Rozdělení vzorku, jestli práce, kterou respondent vykonává, se dá nazvat perfekcionismem.

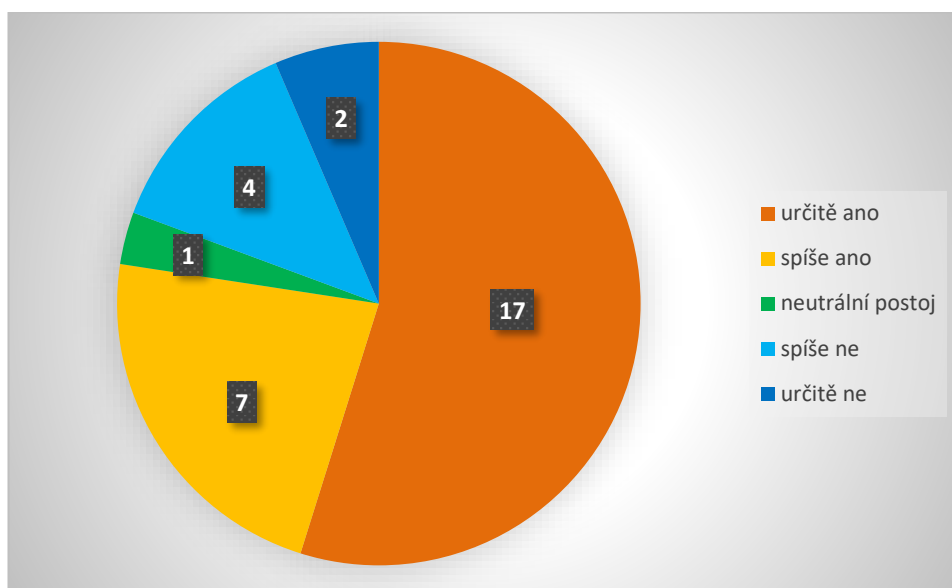


### Otázka č. 11 – Umíte dostatečně odpočívat?

Velmi důležité bylo také zjistit, zda dotazovaní dokážou odpočívat. Neschopnost dostatečně odpočívat je totiž jedním z hlavních faktorů vzniku syndromu vyhoření.

Nadpoloviční většina oslovených, tj. 17 (54,8 %) ovšem uvedlo, že odpočívat určitě umí. Dalších 7 (22,6 %) se pak rovněž přiklání k pozitivní odpovědi a domnívá se, že odpočívat vlastně umí. Naopak spíše odpočívat neumí 4 (12,9 %) respondenti a 2 (6,5 %) s tímto mají velký problém. Pouze 1 (3,2 %) dotázaný neuměl zaujmout k této otázce jednoznačné stanovisko.

Graf č. 11 – Rozdělení vzorku, zda si umí respondent oddechnout.

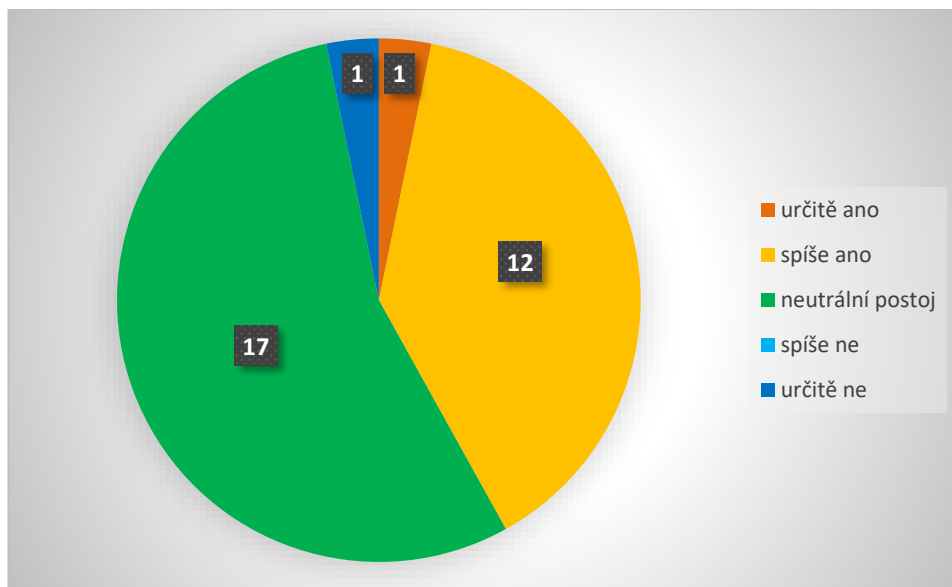


### Otázka č. 12 – Myslíte si, že máte zdravé sebevědomí?

Další důležitá otázka týkající se problematiky syndromu vyhoření, se zabývá sebevědomím. Konkrétně bylo u pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení zjišťováno, zda se domnívají, že mají zdravé sebevědomí.

Nutno říct, že odpovědi jsou velice zajímavé, neboť až 17 (54,8 %) dotázaných se k této otázce neumělo vyjádřit a zaujalo tak neutrální postoj. Na druhou stranu ale 12 (38,7 %) respondentů si myslí, že zdravé sebevědomí spíše má. Pouze 1 (3,2 %) oslovený si je tím zcela jistý a rovněž 1 (3,2 %) oslovený je naprosto opačného názoru, proto zcela jistě zdravé sebevědomí nemá.

Graf č. 12 – Rozdělení vzorku, jestli má respondent sebedůvěru či sebejistotu.

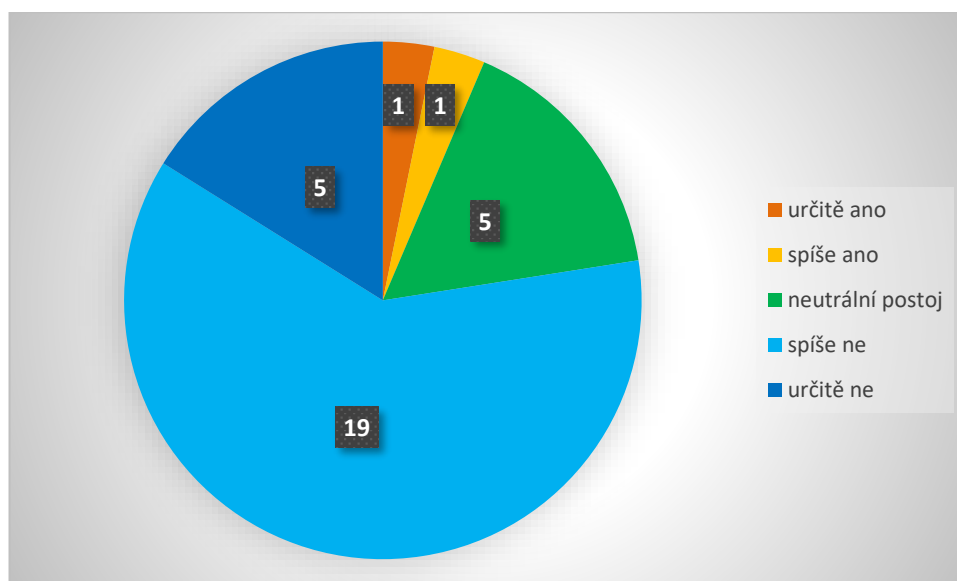


### Otázka č. 13 – Míváte často sklony k hněvu a vzteku?

Jedním z průvodních jevů syndromu vyhoření jsou vyšší sklony k hněvu a vzteku, což je pochopitelné, neboť člověk se cítí být frustrovaný a unavený. Smyslem předposlední otázky bylo tedy zjistit, zda oslovení mají často sklony k hněvu a vzteku.

Odpovědi jsou velice pozitivní, neboť až 19 (61,3 %) dotázaných se vyjádřilo, že sklony k hněvu a vzteku spíše nemají a dalších 5 (16,1 %) je pak nemá zcela určitě. Naopak 1 (3,2 %) dotázaný uvedl, že tyto sklony má a další 1 (3,2 %) tyto sklony má velmi často. Zbývajících 5 (16,1 %) respondentů na otázku neumělo zcela jistě odpovědět.

Graf č. 13 – Rozdělení vzorku podle emocí.



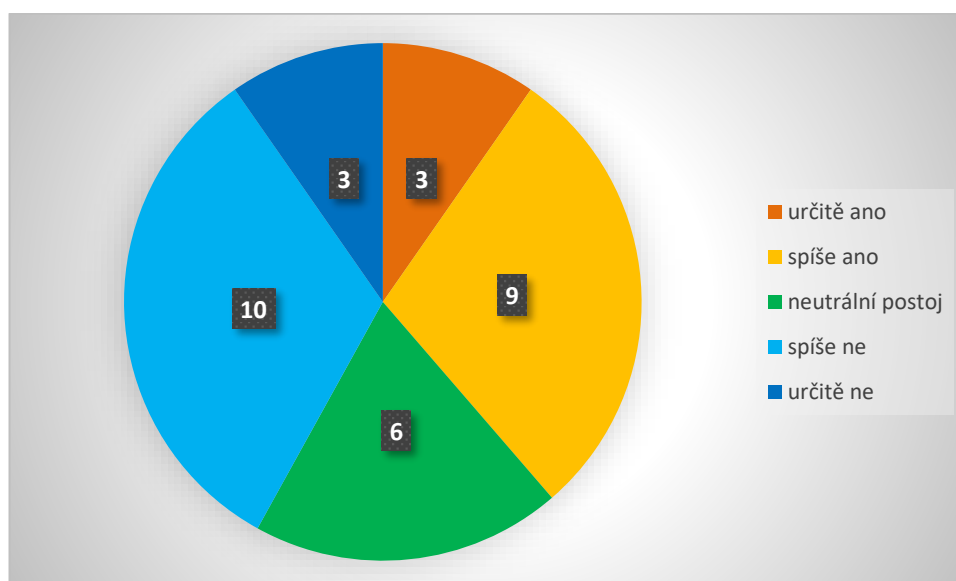


**Otázka č. 14 – Myslíte si, že supervize je pro Vás užitečná jak v profesním, tak v osobním životě?**

Poslední otázka tohoto výzkumu se týká supervize, která může být v případě syndromu vyhoření velice užitečná, jak bylo ostatně vysvětleno i v teoretické části této práce. U pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení bylo tedy zjišťováno, zda si myslí, že supervize je pro ně užitečná jak v profesním, tak v osobním životě.

V tomto případě byly odpovědi relativně různorodé a respondenti nemají totožný názor. Totiž zatímco 9 (29 %) dotázaných si myslí, že supervize pro ně je spíše užitečná, na druhé straně 10 (32,3 %) se domnívá, že užitečná spíše není. Další 3 (9,7 %) respondenti si myslí, že užitečná zcela určitě je, ale naopak toliko 3 (9,7 %) respondenti si myslí, že užitečná zcela určitě není. Nakonec 6 (19,4 %) dotázaných zaujalo neutrální postoj. Jak je tedy zřejmé, odpovědi jsou opravdu velice vyrovnané.

Graf č. 14 – Rozdělení vzorku podle užitečnosti poradenského konceptu.



## 4.7 Interpretace výsledků ve vztahu k výzkumným otázkám

V souvislosti s tímto výzkumem byla stanovena rovněž hlavní výzkumná otázka, která zněla následovně:

*„Jaké faktory syndromu vyhoření nejvíce ohrožují pracovníky v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním?“*

Mezi faktory, které nejvíce ohrožují pracovníky v přímé péči patří zejména nadměrný stres na pracovišti, dále nedostatečný prostor plánovat si práce dle svých možností, stereotypnost a až monotónnost práce, perfekcionismus a do jisté míry i nedostačená schopnost odpočívat, či ne zcela zdravé sebevědomí. Výsledky výzkumu tak zároveň do velké míry korespondují s tvrzeními, která lze nalézt u celé řady autorů odborné literatury (Dostálová, Takáč a kol., Špirudová, Pines a Aronson, Křivoholavý, Matoušek), kteří se syndromem vyhoření detailně zabývají. Právě stereotypnost a monotónnost práce, vysoká míra stresu či neschopnost odpočívat totiž patří mezi zcela běžně uváděné faktory na základě, kterých dochází k rozvoji tohoto fenoménu.

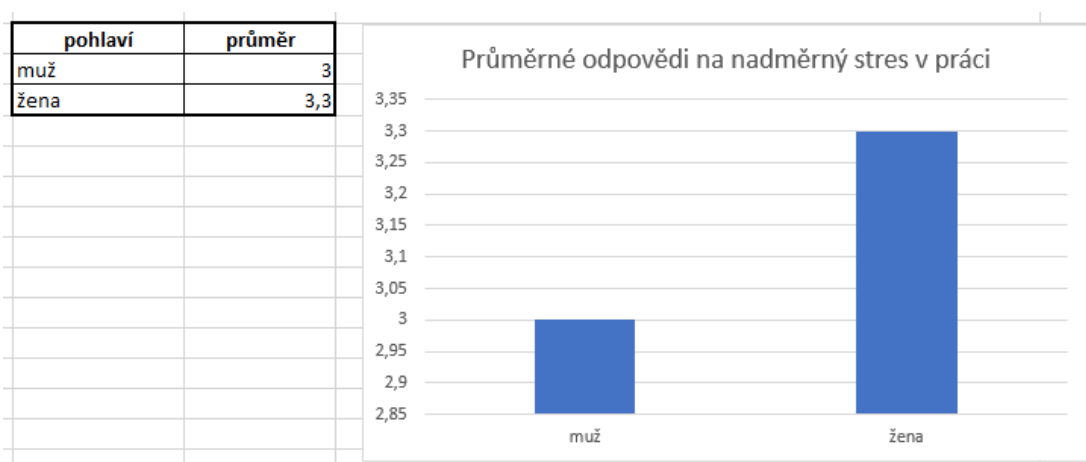
Kromě hlavní výzkumné otázky byly připraveny taktéž celkem čtyři dílčí výzkumné otázky. První dílčí výzkumná otázka zní takto:

*„Sehrává v případě vzniku syndromu vyhoření důležitou roli pohlaví?“*

Tento výzkum naznačil, že nelze spolehlivě ověřit, zda jsou ohroženi více muži či ženy, ale ze základních dat jsou pozorovány náznaky, že více jsou ohroženi muži. Čím nižší máme průměrné číslo odpovědi, tím je větší míra stresu. Ale bohužel při vzniku velmi malého procenta mužů jakožto respondentů v tomto výzkumu bereme výsledek jako nespolehlivý. Obecně se však odborná veřejnost neumí zcela shodnout na tom, zda jsou syndromem vyhoření ohrožené více ženy či muži. Objevují se totiž tvrzení,

že pohlaví nemá na jeho rozvoj žádný vliv a ohroženi jsou jak muži, tak ženy zcela totožně. Ale objevují se také tvrzení, že ohroženy jsou více ženy, resp., zejména tvrzení, že právě ženy jej zvládají hůře. Tento konkrétní fakt už ale nelze potvrdit, neboť výzkum se jím přímo nezabýval. Z mého výzkumu bylo tedy zjištěno pouze to, že náchylní jsou více muži, což vyplývá z grafu č. 15, ve kterém jsou porovnány odpovědi na míru stresu ve vztahu pohlaví respondenta.

Graf č. 15 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci z hlediska pohlaví



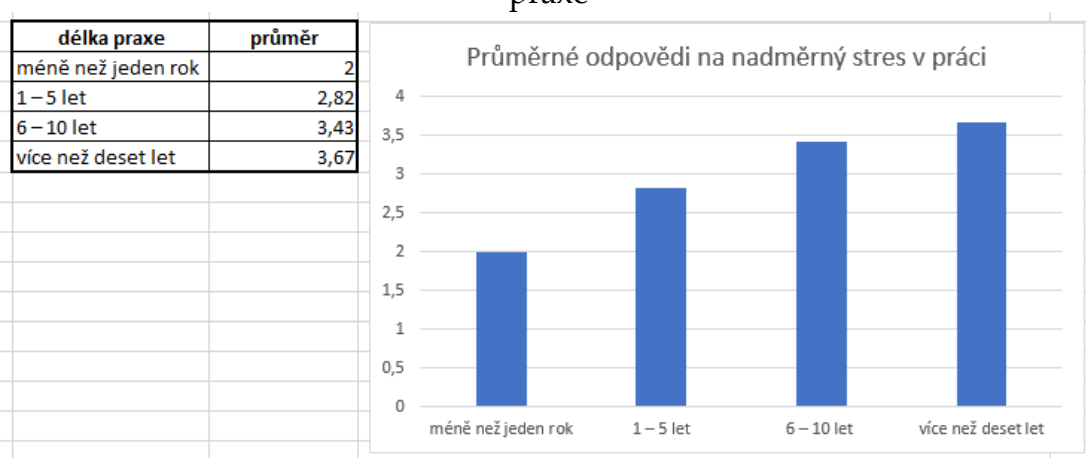
Druhá dílčí výzkumná otázka byla následující:

*„Má spojitost syndrom vyhoření s délkou praxe v sociálních službách?“*

Ano, dle výzkumu se ukazuje, že čím delší je praxe v sociálních službách, tím je u těchto osob nižší výskyt faktorů, které podněcují syndrom vyhoření. Naopak tedy platí, že syndromem vyhoření jsou ohroženi mnohem více pracovníci s malou praxí. Například osoby, které pracují v sociálních službách 6–10 let či deset let a více mnohem méně pociťují nadměrný stres na pracovišti než osoby, které v oboru pracují 1–5 let či dokonce méně než jeden rok. Výzkum zároveň jednoznačně prokazuje, že pracovníci v sociálních službách chráněného bydlení, kteří tuto profesi vykonávají více než deset let, ani jednou neuvodli, že by tuto práci považovali za stereotypní či monotónní. Naopak pracovníci s menší délkou praxe vykazují častěji známky pocitu

stereotypu a monotónnosti práce, což můžeme dát do souvislosti s jejich idealistickými představami při nástupu do takového zaměstnání. Takový jev odpovídá předpokladům, že počáteční fázi vyhoření může být nadšení, které je po nějaké zkušenosti v takovém zaměstnání zkoušeno náročností a dalšími kontexty (např. organizačními, systémovými, finančními atd.), které takové nadšení mohou snižovat nebo dokonce ukončit. Rovněž je velmi pravděpodobné, že osoby, které vykonávají tuto práci delší dobu, jsou už schopni mnohem lépe odolávat rozvoji syndromu vyhoření. Právě to by mohlo být vysvětlení, proč výsledky výzkumu a stupnice průměrných odpovědí na nadměrný stres v práci prokazují, že délka praxe v sociálních službách má spojitost se syndromem vyhoření, a že výrazněji jsou skutečně ohrožené osoby s menší praxí.

Graf č. 16 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci z pohledu délky praxe



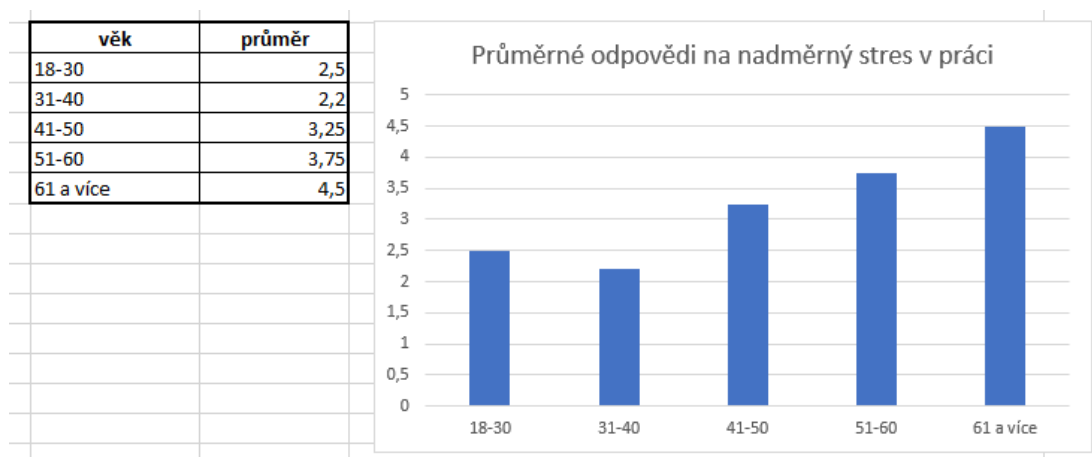
Třetí dílčí výzkumná otázka byla následující:

*„Schrává v případě vzniku syndromu vyhoření důležitou roli věk?“*

Ano, jak můžeme vidět z výzkumu, věk na syndrom vyhoření má velmi důležitou roli. Byla vytvořena stupnice průměrných odpovědí od jedna do pěti, kde nejvíce je ohrožena věková skupina 31-40 let, protože čím je menší průměrné číslo, tím trpí větší mírou stresu. Může zde hrát svou roli opět více

souběžných faktorů, ať už délka praxe či pohlaví, jak jsme si ukázali výše. Ale i přesto nemůžeme tyto výsledky brát v potaz z důvodu malého počtu respondentů. Je pravděpodobné, že pracovníci s delší praxí, většími zkušenostmi a vyšším věkem jsou schopni odolávat syndromu vyhoření lépe než pracovníci s menší praxí a nižším věkem.

Graf č. 17 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci na základě věku



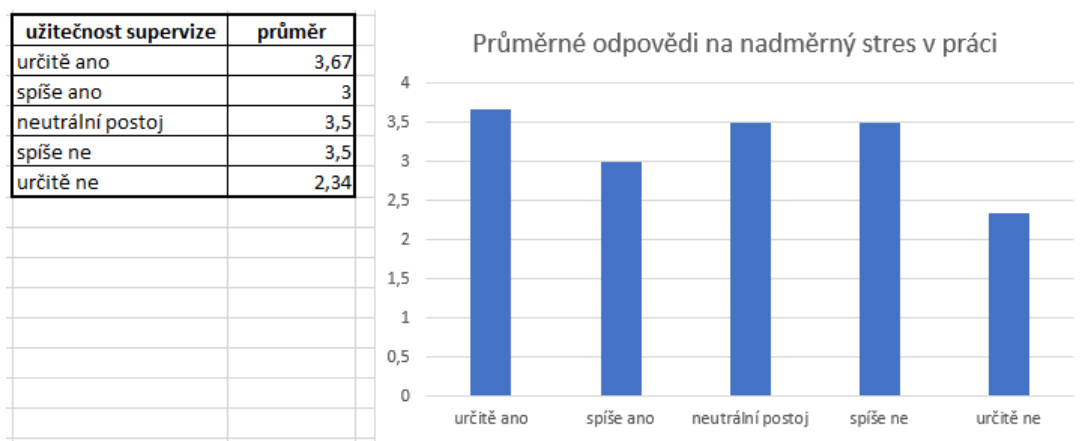
Nakonec čtvrtá a také poslední dílčí výzkumná otázka zněla takto:

*„Má supervize na respondenty pozitivní vliv jakožto prevence proti syndromu vyhoření?“*

Řada autorů odborných publikací je přesvědčena, že supervize má pozitivní vliv na syndrom vyhoření a že by neměla být zanedbávána. Pojednává o tom i podkapitola teoretické části této práce, kde byli zmíněni autoři Mahrová s Venglářovou, Matoušek s Křišťanem či Malíková, přičemž všichni tito autoři zmiňují pozitivní účinky supervize, pokud jde o syndrom vyhoření. Na základě výsledků tohoto výzkumu ovšem není možné jednoznačně odpovědět na otázku, zda má supervize na respondenty pozitivní vliv jakožto prevence proti syndromu vyhoření. Respondenti se totiž v odpovědích vůbec neshodují a rozdělili se do dvou zcela totožně velkých táborů, kdy jeden z nich je spíše přesvědčen o tom, že supervize skutečně má pozitivní vliv jako prevence syndromu vyhoření a druhý si myslí naprostý

opak. Proto se porovnaly odpovědi na užitečnost supervize s mírou pociťovaného stresu a vychází z toho, že ti, co si myslí, že supervize není užitečná, tak pociťují v práci více stresu. Na stupnici průměrných odpovědí na nadměrný stres v práci v grafu č. 18 můžeme vidět, že čím je nižší číslo, tím je pociťován větší stres z důvodu negativního postoje užitečnosti. Je možné předpokládat, že v tomto případě bude sehrávat svoji roli mnohem více faktorů a zejména pak subjektivní pocit respondentů na výsledky supervize, které se zřejmě nikdy nebudou zcela shodovat.

Graf č. 18 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci  
na základě postoje vůči supervizi

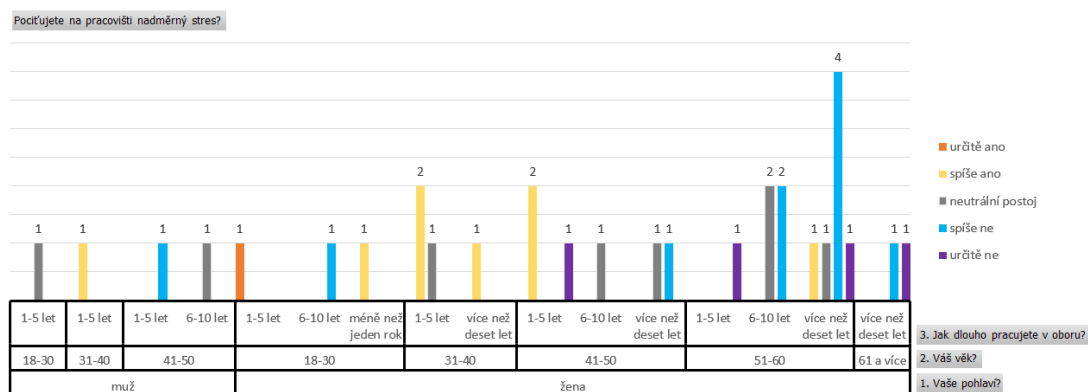


## 5 Zhodnocení výzkumného cíle

Empirická část bakalářské práce zkoumala syndrom vyhoření pracovníků v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, na kolik jsou ohroženi pracovníci v přímé péči v zařízení chráněného bydlení pro lidi s mentálním onemocněním. Byly zde vyčleněny čtyři dílčí cíle, které nám lépe odpověděly na hlavní výzkumnou otázku. Výzkum byl realizován v rámci zařízení poskytující sociální služby osobám s mentálním onemocněním. Bylo osloveno a požádáno o spolupráci několik zařízení z východních Čech. V rámci výběru respondentů jsem se zaměřila na pracovníky v sociálních službách, kteří mají v této oblasti praxi a pracují v přímé péči o klienty s mentálním onemocněním. Tento výběr měl za cíl minimalizovat zkreslení výzkumu dotazováním pracovníků, kteří v oblasti pracují velmi krátce. Pro účely výzkumu jsem se rozhodla oslovit velký počet respondentů, protože největším problémem dotazníkového šetření spočívá v nízké návratnosti, tak abychom měli dostatek vzorků pro naše šetření. Je zapotřebí hned zpočátku stručně a jasně představit cíl výzkumu a patřičně respondenty motivovat, proto je dotazník pečlivě připraven z předem vybraných otázek, které jsou logicky seřazené. Pro empirickou část bakalářské práce byla použita kvantitativní metoda formou standardizovaného dotazníkového šetření, a to především z důvodu schopnosti využít výsledky šetření k jasnému vyhodnocení. Dotazníky, které byly vytvořeny vlastní konstrukcí, proběhly v elektronické podobě do všech zařízení chráněného bydlení pro lidi s mentálním onemocněním v rámci východních Čech. Z celkového výzkumu po analýze otázek můžeme vycházet z toho, že v sociálních službách pracuje převážně více žen než mužů. Míra analýzy dat a velikost vzorku byla natolik malá, že nám nedovolila dostatečně a spolehlivě zhodnotit míru ohrožení respondentů syndromem vyhoření a zvlášť při rozdělení do menších skupin dle věku,

pohlaví a dalších ukazatelů, které byly definovány ve výzkumných otázkách. Tímto základním zjišťováním situace kvantitativním zhodnocením v této specifické oblasti (Chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením), má svá omezení, proto by se mohly další podobné studie vydat cestou kvalitativní metodologie (např. případové studie). Ukázalo se, že pracovníci v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním jsou syndromem vyhoření ohroženi odhadem dle míry závažnosti. Naznačuje to hned několik otázek, na které respondenti odpovídali. Ať už se jedná o nadměrný stres na pracovišti, či si plánovat práci dle svých možností nebo o zaměstnání perfekcionisty. Samozřejmě, jsou to výsledky nespolehlivé z důvodu malého vzorku dotazovaných. Z těchto odpovědí lze soudit, že pro více než čtvrtinu všech oslovených pracovníků v sociálních službách chráněného bydlení, kteří se zúčastnili tohoto výzkumu, existuje zvýšené riziko rozvoje vyhoření, opět s přihlédnutím malého počtu respondentů. Na základě dosažených výsledků by bylo pro budoucí výzkum kvantitativní metodou směřovatější, zaměřit se na více jednotlivých krajů, z důvodu vyššího počtu respondentů. Je zřejmé, že návratnost dotazníků by byla relativně větší, které by již byly možné analyzovat a porovnávat s výsledky v rámci krajů na základě stanovených hypotéz.

Graf č. 19 – Počet odpovědí na otázku číslo 4 podle kategorií





V posledním grafu č. 19 bych ráda poukázala na výsledky z dotazníku z pohledu více podkategorií. Graf jsem rozdělila na dvě části, a to jsou odpovědi žen a odpovědi mužů. Tyto dvě kategorie jsem nadále rozčlenila podle věkových kategorií, kam dotazovaný respondent patří, tzn. věková kategorie 18-30, 31-40, 41-50 a tak dále. Poté jsem tyto věkové kategorie roztrídila časovými úseky, jak dlouho dotazovaný respondent v daném odvětví pracuje. Z důvodu rozdělení grafu pomocí více podkategorií jsme schopni vyčíst konkrétní výsledek z dotazovaných subjektů.

## Závěr

Bakalářská práce se zabývala syndromem vyhoření pracovníků chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním. Pro pomáhající profese bude syndrom vyhoření vždy představovat riziko, které je nutné snižovat jak preventivními, tak i následnými intervencemi. V současné době, kdy většina z nás žije ve stresu, napětí a pracovním shonu, je právě tento fenomén stále známější. Obecně můžeme říci, že jde o skupinu specifických symptomů. Pochopitelně každá nemoc, jakož i porucha má své určité symptomy, které jsou pro ni charakteristické. Toto platí přirozeně v plné míře i o syndromu vyhoření. Dnes se však spíše přistupuje k tomu, že hlavním rizikovým faktorem jsou neustále se zvyšující požadavky na pracovní výkon, současně se stále menšími možnostmi odpočinku, jakož i vážné důsledky v případě chyb a omylů.

Cílem empirické části této práce pak bylo zejména zjistit, do jaké míry jsou pracovníci v sociálních službách chráněného bydlení v přímé péči o lidi s mentálním onemocněním ohroženi syndromem vyhoření a jestli supervize má pozitivní vliv jakožto jeho prevence. Výzkum potvrdil, že tito pracovníci jsou syndromem vyhoření ohroženi v relativně vysoké míře. Nejčastějšími faktory, které tyto pracovníky ohrožují, jsou zejména nadměrný stres na pracovišti, dále nedostatečný prostor plánovat si práce dle svých možností, stereotypnost a až monotónnost práce, perfekcionismus a do jisté míry i nedostatečná schopnost odpočívat, či ne zcela zdravé sebevědomí. Ukázalo se však, že pohlaví v případě vzniku syndromu vyhoření nehraje příliš důležitou roli a ohroženi jsou jak muži, tak i ženy v přibližně stejné míře. Spojitost syndromu vyhoření s délkou praxe v sociálních službách už ovšem spojitost má, neboť čím déle respondenti pracovali v sociálních službách, tím byl u nich nižší výskyt faktorů, které syndrom vyhoření podněcují. Není ale možné jednoznačně odpovědět na otázku, zda supervize má na respondenty

pozitivní vliv jakožto prevence proti syndromu vyhoření, neboť respondenti se v odpovědích neshodují. Jedno je ale jisté, že pokud je pracovník v sociálních službách v dobré kondici, jak psychické, tak fyzické, projeví se to i na kvalitě poskytované služby.

## Literatura a zdroje

Arnoldová, A. (2016). *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Grada Publishing.

Bendová, P., & Zikl, P. (2011). *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Grada.

Čeledová, L. (2010). *Posudkové lékařství*. Karolinum.

Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Grada Publishing.

Gulová, L. (2011). *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Grada.

Honzák, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření* (Vyd. 2). Vyšehrad.

Hrozenská, M., & Dvořáčková, D. (2013). *Sociální péče o seniory*. Grada.

Freud, A. (2006). *Já a obranné mechanismy*. Portál.

Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Grada Publishing.

Kebza, V., & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)* (2., rozš. a dopl. vyd). Státní zdravotní ústav.

Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Karmelitánské nakladatelství.

Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.

Lehrhaupt, L. M., & Meibert, P. (2020). *Zbavte se stresu pomocí všímavosti: program na osm týdnů: pro zvýšení zdraví a vitality* (přeložil Marie RÁKOSNÍKOVÁ, přeložil Šimon GRIMMICH). Alferia.

LOJA, Radek. *Stres a syndrom vyhoření* [online]. Praha: Mindtrix, 2021 [cit. 2021-12-10]. Dostupné z: <https://mindtrix.cz/portfolio/stres-a-syndrom-vyhoreni/>.

- Mahrová, G., & Venglářová, M. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada.
- Malíková, E. (2011). *Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních*. Grada.
- Mandincová, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Grada.
- Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Portál.
- Matoušek, O., Křišťan, A. (Ed.). (2013). *Encyklopedie sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce* (Vyd. 2). Portál.
- Nakonečný, M. (2009). *Psychologie osobnosti* (Vyd. 2., rozš. a přeprac). Academia.
- Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
- Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.
- Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Grada.
- Plevová, I., & Slowik, R. (2010). *Komunikace s dětským pacientem*. Grada.
- Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Edika.
- Praško, J. (2003). *Poruchy osobnosti*. Portál.

*Sociální pracovník a jeho role* [online]. Uherské hradiště: Senior-care, 2021 [cit. 2021-08-31]. Dostupné z: <https://www.senior-care.cz/socialni-pracovnik-a-jeho-role/>.

Stock, C. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada.

Šnýdrová, I. (2008). *Psychodiagnostika*. Grada.

Špirudová, L. (2015). *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Grada Publishing.

Švamberská Šauerová, M. (2018). *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Grada.

Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (Eds.). (2015). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Grada.

Tóthová, V., Chloubová, I., & Prokešová, R. (Eds.). (2019). *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii*. Grada Publishing.

Ulrichová, M. (2012). *Člověk, stres a osobnostní předpoklady: souvislost osobnostních rysů a odolnosti vůči stresu*. Oftis ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Hradec Králové.

Valenta, M., Michalík, J., & Lečbych, M. (2012). *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Grada.

Vágnerová, M., & Krejčířová, D., Svoboda, M. (Ed.). (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Portál.

Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory: příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. Grada.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1 - Vnitřní a vnější faktory syndromu vyhoření .....	16
Obrázek č. 2 - Příklad průběhu syndromu vyhoření.....	20
Obrázek č. 3 - Dvanácti fázový model vyhoření dle Freudenbergera.....	22

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 - Charakteristiky obranných a zvládacích reakcí .....	11
Tabulka č. 2 - Přístupy k definování mentálního postižení .....	28
Tabulka č. 3 - Harmonogram výzkumu.....	35

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1 - Dotazník .....	65
-------------------------------	----

## Seznam grafů

Graf č. 1 – Rozdělení respondentů dle pohlaví.....	36
Graf č. 2 – Rozdělení respondentů dle věku. ....	37
Graf č. 3 – Rozdělení vzorku podle délky zaměstnání. ....	38
Graf č. 4 – Rozdělení vzorků dle prožívání nadměrného stresu.....	39
Graf č. 5 – Rozdělení vzorku dle možností si korigovat svou práci. ....	40
Graf č. 6 – Rozdělení vzorku dle vcítění a prožívání se do pocitů jiných lidí.41	
Graf č. 7 – Rozdělení respondentů podle nezáživnosti na pracovišti. ....	42
Graf č. 8 – Rozdělení respondentů podle vnímavosti na pracovišti.....	43
Graf č. 9 – Rozdělení vzorku dle vstřícnosti.....	44
Graf č. 10 – Rozdělení vzorku, jestli práci, kterou respondent vykonává, se dá nazvat perfekcionismem. ....	45
Graf č. 11 – Rozdělení vzorku, zda si umí respondent oddechnout.....	46
Graf č. 12 – Rozdělení vzorku, jestli má respondent sebedůvěru či sebejistotu. ....	47
Graf č. 13 – Rozdělení vzorku podle emocí.....	48
Graf č. 14 – Rozdělení vzorku podle užitečnosti poradenského konceptu. ...	49
Graf č. 15 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci z hlediska pohlaví .....	51
Graf č. 16 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci z pohledu délky praxe.....	52
Graf č. 17 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci na základě věku53	
Graf č. 18 - Průměrné odpovědi na nadměrný stres v práci na základě postoje vůči supervizi.....	54
Graf č. 19 – Počet odpovědí na otázku číslo 4 podle kategorií .....	56



# Přílohy

## Příloha I – Dotazník

1. **Základní demografické údaje o výzkumném vzorku.**
  - a) muž
  - b) žena
2. **Demografické údaje týkající se věku.**
  - a) 18–30
  - b) 31–40
  - c) 41–50
  - d) 51–60
  - e) 61 a více
3. **Jak dlouho pracujete v oboru?**
  - a) méně než jeden rok
  - b) 1–5 let
  - c) 6–10 let
  - d) více než deset let
4. **Pocítujete na pracovišti nadměrný stres?**
  - a) určitě ano
  - b) spíše ano
  - c) neutrální postoj
  - d) spíše ne
  - e) určitě ne
5. **Máte možnost si plánovat práci podle svých možností?**
  - a) určitě ano
  - b) spíše ano
  - c) neutrální postoj
  - d) spíše ne
  - e) určitě ne

**6. Jste obětavý, empatický vůči klientům s mentálním onemocněním?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) neutrální postoj
- d) spíše ne
- e) určitě ne

**7. Je Vaše práce stereotypní až monotónní?**

- f) určitě ano
- g) spíše ano
- h) neutrální postoj
- i) spíše ne
- j) určitě ne

**8. Domníváte se, že často býváte přecitlivělý/á?**

- k) určitě ano
- l) spíše ano
- m) neutrální postoj
- n) spíše ne
- o) určitě ne

**9. Jste dostatečně asertivní? (respektujete požadavky okolí, ale i své potřeby?)**

- p) určitě ano
- q) spíše ano
- r) neutrální postoj
- s) spíše ne
- t) určitě ne

**10. Jste ve Vašem zaměstnání perfekcionista?**

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) neutrální postoj

d) spíše ne

e) určitě ne

**11. Umíte dostatečně odpočívat?**

f) určitě ano

g) spíše ano

h) neutrální postoj

i) spíše ne

j) určitě ne

**12. Myslíte si, že máte zdravé sebevědomí?**

k) určitě ano

l) spíše ano

m) neutrální postoj

n) spíše ne

o) určitě ne

**13. Míváte často sklony k hněvu a vzteku?**

a) určitě ano

b) spíše ano

c) neutrální postoj

d) spíše ne

e) určitě ne

**14. Myslíte si, že supervize je pro Vás užitečná jak v profesním, tak v osobním životě?**

f) určitě ano

g) spíše ano

h) neutrální postoj

i) spíše ne

j) určitě ne