Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Diplomová práce

Syndrom vyhoření u pracovníků oddělení nepojistných sociálních dávek Úřadu práce České republiky

Vypracoval: Bc. Marcela Marková
Vedoucí práce: Mgr. Bohdana Břízová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá tématem syndrom vyhoření u pracovníků oddělení nepojistných sociálních dávek (dále jen ONSD) Úřadu práce ČR. V literatuře se setkáme s celou řadou definic syndromu vyhoření; některé z nich se orientují na stav emočního, mentálního a fyzického vyčerpání a jiné vnímají syndrom jak proces, který má určitý vývoj. Nicméně syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků, který se projevuje ztrátou elánu, radosti ze života, ztrátou energie a především také nadšení potřebných při výkonu profese.

Úřad práce ČR plní úkoly v oblasti zaměstnanosti, ochrany zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele, ale především také zajišťuje administrativu, rozhoduje a také vyplácí nepojistné sociální dávky.

Na Úřadu práce ČR zajišťují chod oddělení ONSD především referenti a sociální pracovníci, kteří jsou extrémně vystaveni nebezpečí syndromu vyhoření, protože jejich náplní práce je každodenní jednání s klienty, kteří mají ne jeden, ale více problémů, které nejsou schopni vlastními silami řešit, a od pracovníka čekají mnohdy více, než jim může poskytnout.

Cílem diplomové práce je popsat problematiku syndromu vyhoření u pracovníků (sociálních pracovníků a referentů) ONSD Úřadu práce ČR. Dílčím cílem je zjistit, jestli pracovníci mají informace, jak syndromu vyhoření předcházet a zároveň porovnat rozdíl mezi pracovníky velkých a malých měst. Dalším dílčím cílem je zjistit, jestli se pracovníci subjektivně cítí vyčerpáni. S ohledem na tyto cíle byly stanoveny tři hypotézy: Pracovníci ONSD ve větších městech se cítí subjektivně více vyčerpáni než pracovníci v menších městech. Sociální pracovníci ONSD mají více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření než referenti ONSD. Referenti ONSD se cítí subjektivně více vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD. Dále byla zvolena výzkumná otázka: Jaké povědomí mají pracovníci ONSD Úřadu práce ČR o syndromu vyhoření?

Pro potřeby výzkumu byla zvolena kvantitativní strategie, metoda dotazování v technice dotazníku. Výzkumný vzorek tvoří 148 pracovníků ONSD, kteří úplně a správně vyplnili dotazník. Jako doplňková technika byl použit kvalitativní sběr dat, metoda

dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru, kdy z 249 pracovníků ONSD bylo prostým náhodným výběrem vylosováno 8 komunikačních partnerů, kteří tedy tvoří druhý výzkumný vzorek.

Výsledky kvantitativního výzkumu jsou prezentovány popisnou statistikou pomocí grafů a tabulek. Stanovené hypotézy byly testovány statistickou metodou dobré shody, Chí-kvadrát test. Výsledky ukazují, že pracovníci ONSD ve větších městech se necítí více vyčerpáni než pracovníci ONSD v menších městech. Sociální pracovníci ONSD mají více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření než referenti ONSD a referenti ONSD se necítí více vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD.

Pro fixaci dat kvalitativního výzkumu jsem zvolila ruční zápis. Analýzu kvalitativních dat jsem provedla metodou vytváření trsů, což znamená, že jsem vyhledávala ve výrocích osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného okruhu. Z odpovědí komunikačních partnerů vyplynuly následující 3 trsy: informovanost o syndromu vyhoření, vnímání klientů a subjektivní pocity.

Výsledky kvalitativní části výzkumu ukazují, že pracovníci ONSD sice mají znalosti o syndromu vyhoření, znají jeho příčiny a mají představu o prevenci. Nicméně tyto informace jsou většinou neúplné, někdy matoucí ve smyslu zaměření se na nepodstatné příčiny a pomíjení těch důležitých. Z jednotlivých odpovědí je také patrné, že většina komunikačních partnerů vnímá své klienty a práci s nimi jako přítěž, jako problém, práce je jim nepříjemná a nebaví je.

Z výzkumu dále vyplývá, že Úřad práce ČR by měl organizovat cílené školení o prevenci před syndromem vyhoření právě s ohledem na pracovní pozici, kterou pracovník vykonává.

Předpokládaný přínos práce pro praxi je poskytnutí studijního materiálu pro studenty Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a také jako informační materiál pro Úřad práce ČR.

Klíčová slova: syndrom vyhoření - prevence syndromu vyhoření – Úřad práce ČR – nepojistné sociální dávky - sociální pracovník – referent

Abstract

My thesis deals with the topic of burning out of Department of non-insurance social benefits (DNSB) Labor Office workers in the Czech Republic. We can find a lot of definitions of Burn-out Syndrome in the literature. Some of them are focused on the emotional, mental or physical exhaustion, others interpret the syndrome as a process with certain development. Nevertheless, Burn-out Syndrome is a pack of symptoms including lack of zest and energy, life joy and mainly enthusiasm needed for work.

There are various functions of the Labor office CZ: to fulfill tasks in the employment area, protection of employees in case of employer´s insolvency and first of all, to administrate, decide and pay non-insurance social benefits.

Social workers and referees who work in DNSB are extremely endangered with Burn-out Syndrome because of their specific work. Their job requires daily talks with clients who do not have only one but various problems and who are unable to solve them by themselves. And these clients usually expect more service than the office workers can provide.

The aim of my thesis is to describe the Burn-out Syndrome issue and its appearance in the group of the social workers and referees of the DNSB Labor Office CZ. Partial aim of my thesis is to find out if the workers have information how to precede it and to compare the difference between small and big town workers. Other partial aim is to find out if the workers subjectively suffer exhaustion. Three hypotheses were set up. Workers of DNSB in bigger towns feel subjectively more exhausted than those in smaller ones. Social workers have more information how to precede it than referees. Referees feel subjectively more exhausted than social workers. Flowingly there is a survey question: what do the workers in the DNSB Labor Office CZ know about Burn-out Syndrome?

A quantity strategy of survey was set up via using questionnaire. There were 148 DNSB workers in the survey sample who filled in completely and correctly the questionnaire. As a complement strategy a quality data survey was used via questioning

method, semi-structured interview. 8 workers from total 249 workers were chosen by random choice to be interviewed - this group forms the second survey sample.

Results of quantity survey are presented with descriptive statistics using graphs and charts. The set up hypotheses were tested with statistic method of Chi-squared test. The results show that DNSB workers in bigger cities do not feel more exhausted than those in smaller ones. Social workers of DNSB have more information how to precede it than referees. Referees do not feel more exhausted than social workers of DNSB.

For analysis of quality survey, a hand written record was chosen. There were identified three clusters: awareness about Burn-out Syndrome, perception of clients and personal feelings.

The results of quality part show that DNSB workers have information about the Syndrome, but the information is incomplete - sometimes even confusing in the sense of focusing on the unimportant peculiarities instead of core causes. Regarding individual answers, most of the workers see the clients and work with the clients as something unpleasant, not entertaining.

Moreover, we can imply from the survey a necessity of specialized training about Burn-out Syndrome focused on the workers.

Practical anticipated benefit of the thesis is providing study materials to the students of the Health and Social Faculty of the Southern Bohemian University in České Budějovice and providing the materials to the Labor Office CZ.

Key words: Burn-out Syndrome – Prevention of Burn-out Syndrome – Labor Office CZ – Non-insurance Social Benefits – Social Worker – Referee

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Syndrom vyhoření u pracovníků oddělení nepojistných sociálních dávek Úřadu práce České republiky vypracovala samostatně a použila jen pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 16.5.2016 …….

Marcela Marková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Bohdaně Břízové, Ph.D., za čas, který mi věnovala, za cenné rady a nápady, které mi poskytla a především za ochotu a trpělivost. Velký dík patří i mé rodině, která mě celou dobu podporovala.

Obsah

OBSAH **8**

ÚVOD **10**

1 SOUČASNÝ STAV **11**

1.1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom) 11

1.1.1 Definice syndromu vyhoření *11*

1.1.2 Historie syndromu vyhoření *13*

1.2 Rizikové faktory pro vznik vyhoření 14

1.2.1 Vnější rizikové faktory *14*

1.2.2 Vnitřní rizikové faktory *16*

1.3 Průběh a fáze syndromu vyhoření 17

1.4 Popis příznaků syndromu vyhoření 19

Příznaky na psychické úrovni *20*

Příznaky na fyzické úrovni *21*

Příznaky na úrovni sociálních vztahů *22*

1.5 Prevence syndromu vyhoření 22

1.5.1 Interní možnosti prevence *23*

1.5.2 Externí vlivy na prevenci syndromu vyhoření *25*

1.5.3 Supervize jako prevence *26*

1.6 Nejvíce ohrožené profese 27

1.6.1 Profese sociálního pracovníka *28*

1.7 Úřad práce České republiky 29

1.7.1 Referenti a sociální pracovníci na Úřadu práce ČR *30*

1.8 Nepojistné sociální dávky 32

1.8.1 Dávky státní sociální podpory *33*

1.8.2 Dávky pěstounské péče *34*

1.8.3 Dávky pomoci v hmotné nouzi *35*

1.8.4 Dávky pro osoby se zdravotním postižením *36*

1.8.5 Příspěvek na péči *37*

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÁ OTÁZKA A HYPOTÉZY **39**

2.1 Cíl práce 39

2.2 Výzkumná otázka 39

2.3 Hypotézy 39

2.4 Operacionalizace pojmů 39

3 METODIKA **40**

3.1 Použitá metoda 40

3.2 Charakteristika výzkumného souboru 41
3.3 Zpracování výsledků u kvantitativního výzkumu 42
3.4 Zpracování výsledků u kvalitativního výzkumu 43
4 VÝSLEDKY 44
4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu 44
4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu 65
4.2.1 Informovanost o syndromu vyhoření 66
4.2.2 Vnímání klientů 70
4.2.3 Subjektivní pocity 71
4.2.4 Shrnutí výsledků 73
5 DISKUZE 75
6 ZÁVĚR 85
7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ 86
8 PŘÍLOHY 92

ÚVOD

Syndrom vyhoření se stal společenským problémem západní civilizace a způsobuje nejen každoroční miliardové škody, ale také především velké osobní trápení. Stále více lidí se snaží dělat mnoho věcí najednou a zároveň se nedokážou soustředit na to, co je podstatné. Nevedou dialog sami se sebou, ani se svým okolím a zapomínají na zcela zásadní otázku: Jaká je má identita, co bych chtěl a co nutně potřebuji?

Syndrom vyhoření postihuje čím dál mladší lidi a nezřídka se stává, že se už nedokáží vrátit do pracovního procesu a někdy ani do normálního života.

Všichni však máme šanci zůstat v rámci svých možností zdraví a práceschopní nebo se v případě, že se u nás syndrom vyhoření objeví, uzdravit a začít znovu pracovat. Důležité je však v životě dodržovat určité zásady, protože syndrom vyhoření nevznikne přes noc.

Při studiu na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích (dále jen ZSF JU) jsem se s pojmem syndromu vyhoření setkala mnohokrát, ale nikdy jsem se tomuto tématu nevěnovala do hloubky. Syndrom vyhoření postihuje především lidi, kteří pracují v profesích, kdy jsou v neustálém kontaktu s jinými lidmi. Dá se říci, že u pomáhajících profesí je zde navíc zátěž, kterou představují klientova nereálná očekávání. A proto, když jsem před dvěma roky začala pracovat na Úřadu práce České republiky v Trhových Svinech jako sociální pracovník pro dávky hmotné nouze a příspěvek na péči, rozhodla jsem se, že téma mé diplomové práce bude o syndromu vyhoření.

Cílem mé práce je informovat čtenáře o historii syndromu vyhoření, o tom jaké jsou příčiny pro jeho vznik a především také o prevenci. Zaměřila jsem se především na problém syndromu vyhoření u pomáhajících profesí, konkrétně u pracovníků oddělení nepojistných sociálních dávek (dále jen ONSD) Úřadu práce ČR. Ve výzkumné části mé práce jsem zjišťovala, jestli pracovníci ONSD mají informace, jak syndromu vyhoření předcházet a zároveň porovnávala rozdíl mezi pracovníky velkých a malých měst. Dalším dílčím cílem bylo zjistit, jestli se pracovníci cítí subjektivně vyčerpáni.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom)

„Naslouchat sám sobě a vlastním emocím, rozumět sám sobě – to nazývám schopností vnitřního dialogu. Ten, kdo se sebou přestal vést dialog, kdo postrádá možnost sebevyjádření, ztrácí své základy a svou ochranu. Je jako tikající časovaná bomba – pro sebe i pro své okolí“ (Prieß, 2015, s. 177).

1.1.1 Definice syndromu vyhoření

Vosečková (2010) uvádí, že jde o výstižnou metaforu, kdy anglicky burn-out znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout. Autorka dále zmiňuje, že hořící oheň znamená v psychologické rovině motivaci, aktivitu, zájem a vyhoření pak znamená ztrátu nadšení.

Autorky Jeklová a Reitmayerová (2006) uvádějí, že v literatuře se setkáme s celou řadou definic syndromu vyhoření; některé z nich se orientují na stav emočního, mentálního a fyzického vyčerpání a jiné vnímají syndrom jak proces, který má určitý vývoj. Ve všech definicích lze však podle Jeklové a Reitmayerové (2006) nalézt určité stejné znaky:

- přítomnost negativních emocionálních příznaků jako je deprese, vyčerpání atd.,
- syndrom vyhoření je nejčastěji spojován s určitými druhy povolání, které jsou uváděny jako rizikovější,
- důraz je kladen na psychické příznaky a na prvky chování než na provázející tělesné příznaky,
- syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nesouvisí nijak s psychickou patologií.

Podíváme-li se nyní na některé definice syndromu vyhoření, tak například dle Jankovského (2003) syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků, který se projevuje ztrátou elánu, radosti ze života a především ztrátou energie a nadšení

potřebných při výkonu profese. Autor dále uvádí, že dochází tak postupně k celkové stagnaci až rezignaci. Člověk je frustrován, reaguje podrážděností, nedůvěřivostí, depresivitou, apatií, cynismem a celkovým vyčerpáním (Jankovský, 2003).

V knize O syndromu vyhoření uvádí Bartošíková (2006), že syndrom vyhoření je proces, který souvisí jednak se zátěží, ale je také důsledkem selhání osobních mechanismů pro zvládání nároků. Kombinuje se zde velké očekávání pracovníka a zátěže, které plynou z vysokých nároků (Bartošíková, 2006). Autorka uvádí, že opakovaný zážitek pracovníka, kdy nemůže těmto nárokům dostát, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo ohodnocení, vede k vyhoření.

Zajímavý je pohled Maroona (2012), kdy syndrom vyhoření jsou zklamané naděje a nekonečná obětavost lidí převážně v sociálních povoláních, jejichž ideály a připravenost pomoci ostatním se proměnila v odcizení a lhostejnost vůči osudu klientů.

Důležité je upozornit na rozdíl deprese a syndromu vyhoření. Deprese má dle Hoskovcové (2009) vztah k raným zkušenostem a léčí se antidepresivy, kdežto syndrom vyhoření nemá žádný vztah k zážitkům z mládí a léčí se spíše psychoterapií.

Psychiatři Montero- Marín a García- Campayo (2010) zmiňují, že syndrom vyhoření je reakce na emociální, mezilidské stresory na pracoviště, které jsou determinovány úrovní vyčerpanosti, cynismu a také neúčinnosti.

Velmi zajímavý názor má Prieß (2015), která vychází z přesvědčení, že vyhoření není projevem slabosti, ale zdravý pokus o seberegulaci, a to u lidí, kteří přišli o dialog sami se sebou a se svým okolím a žijí životem, v němž nejsou sami sebou. Autorka dále také uvádí, že syndrom vyhoření je mnohem víc než projevem přetížení, ale je to výzva. Výzva žít, a ne pouze fungovat - výzva žít autentickým a osobitým životem (Prieß, 2015).

1.1.2 Historie syndromu vyhoření

Od 70. let minulého století se psychologové intenzivně zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, které se projevuje v oblasti myšlení, motivace i emocí (Vosečková, 2010). Burn-out byl jako jev rozpoznán poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století a byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem (Vosečková, 2010). Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu (Vosečková, 2010). Autorka uvádí, že tento pojem postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházel například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, nedokáží překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních.

Weber (2010) uvádí, že termín burnout (vyhoření) jako takový byl do odborné literatury uveden až v roce 1974 a to psychologem J. Freudenbergerem v knize Burnout: The Cost of High Achievement, kdy syndrom burn-out definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Dle autora je syndrom spojován se stavem fyzického i psychického vyčerpání následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu. Jedná se o vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka, např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemožení jejich problémy (Vosečková, 2010).

Kebza a Šolcová (2003) také uvádějí, že do české odborné literatury se tento termín dostal až koncem 20. století a problém syndromu vyhoření byl většinou pouze okrajově zmiňován v publikacích autorů, zabývajících se psychologií zdraví, psychosomatikou či psychoterapií. Autoři zmiňují, že jediná monotematická práce byla kniha J. Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ z roku 1998. Zájem o tuto problematiku přišel až s jednadvacátým stoletím, kdy se začaly vydávat různé články a publikace a také překládat díla z jiných jazyků (Kebza, Šolcová, 2003).

1.2 Rizikové faktory pro vznik vyhoření

Samotné nastavení soudobé společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka, přispívá určitou měrou ke vzniku syndromu vyhoření (Weber, 2010). Autor uvádí, že syndrom samozřejmě nesouvisí jen s naší prací, ale jde o to, že v práci, doma i mezi přáteli jsme jeden člověk, který do všeho, co udělá, vstupuje sám za sebe a všechny situace nějak prožívá. Autor dále zmiňuje, že se angažujeme citově a emoce druhých lidí nás nenechávají chladnými.

Pro posouzení faktorů, které zvyšují pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření lze rozlišit následující tři rozdílné přístupy – úhly pohledu (Vosečková, Hrstka, 2010):

- individuální přístup – zde je zdůrazňována role osobnostních charakteristik, typ chování, nezdolnost, význam motivace a smysl života,
- přístup vycházející z pozic psychologie práce a organizace poukazuje na faktory jako pracovní přetížení, konflikt rolí, nedostatečná sociální opora, časový stres, vlastní přesvědčení o intenzitě kontrolních mechanismů, nedostatek prostoru k autonomnímu rozhodování, slabá zpětná vazba. U pomáhajících profesí jde především o vysoké nároky na kvalitu práce a odpovědnost,
- sociálně psychologický přístup zdůrazňuje význam sociální opory a sociální sítě, poukazuje na ztrátu morální zodpovědnosti, nižší fungování přirozených sociálních vazeb.

1.2.1 Vnější rizikové faktory

Kallwas (2007) vysvětluje, že vnější faktory se týkají situace a celkového kontextu, ve kterém se daný jedinec nachází. Spadají sem podmínky zaměstnání, organizace, ve které pracuje, různé situace v osobním životě jedince, jeho rodina a širší příbuzenský okruh a také samozřejmě nastavení společnosti, ve které se daný jedinec nachází, a její požadavky na něj kladené (Kallwas, 2007).

Zaměstnání a organizace práce

Nárokům souvisejícím s vlastní pracovní činností byla v posledních letech věnována značná pozornost a ukázalo se, že vysoce stresogenní je práce charakterizovaná vysokým nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při jeho nízké možnosti rozhodování o tempu práce, její povaze a podmínkách (Kallwas, 2007).

Matoušek (2013) uvádí, že syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím, a že prakticky každý pracovník má po určité době některé jeho projevy. Proto je velmi důležité na pracovištích věnovat pozornost potřebám personálu, měly by zde existovat plány osobního rozvoje a nesmí zde chybět možnost účastnit se supervize (Matoušek, 2013).

Nejčastěji uváděné faktory dle Jeklové, Reitmayerové (2006):

- dlouhodobé a opakované jednání s lidmi,
- nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností,
- nedostatek odpočinku v průběhu práce, příliš mnoho pracovních úkolů,
- nedostatek ocenění práce ze strany vedení či klientů,
- snaha o postup na profesním žebříčku,
- špatní manažeři či nadřízení, kteří nedokáží ocenit schopnost jedince a poskytnout mu adekvátní pracovní vytížení.

Rodina

Jeklová a Reitmeyrová (2006) zmiňují také vnější faktory v oblasti rodiny, kde jde zejména o zátěžové situace, kdy se například objeví dlouhodobá nemoc jednoho z členů nebo neutěšené bytové podmínky. S tímto spojené finanční problémy často vedou ke konfliktům mezi členy rodiny nebo partnery (Jeklová a Reitmeyrová, 2006). Tíživé situace v rodině jedince, se pak promítají do jeho společnosti, která neustále zvyšuje tempo a klade na něj vyšší a vyšší nároky a zároveň požaduje, aby jedinec držel tempo s ostatními (Jeklová a Reitmeyrová, 2006).

Společnost

Kallwass (2007) upozorňuje na soutěživý charakter naší společnosti, která vede soutěživé jedince k tomu, aby si stanovovali stále vyšší a vyšší cíle, které jednoho dne začnou překračovat jejich fyzické či emoční možnosti.

Jeklová, Reitmayerová (2006) uvádí, že společnost uznává jako úspěšného člověka toho, kdo dostatečně vydělává peníze, má rodinu či prestižní zaměstnání. Dále také zmiňuje, že je vyvíjený velký tlak na ženy v domácnosti, aby nastoupily do práce, byť kromě často plného pracovního úvazku v zaměstnání plní doma ještě funkci hospodyně, matky a podobně.

1.2.2 Vnitřní rizikové faktory

Tyto faktory lze dle Kallwase (2010) charakterizovat jako různé osobností charakteristiky člověka, které vznik syndromu vyhoření podporují. Jedná se například o stav organizmu, špatné vnitřní hodnocení, reagování v různých situacích, zhoršený fyzický stav či nervozitu (Kalwass, 2010).

Kallwass (2010) tvrdí, že nejvíce jsou syndromem vyhoření ohrožení lidé, kteří jsou k sobě příliš tvrdí a Gregory (2015) se také zamýšlí nad tím, že k rizikovým faktorům patří neustálé pochybování o sobě samých.

Podle Stocka (2010) má každý člověk své charakteristické zvyky; někdo má sklony k perfekcionismu, jiný zase rád pomáhá ostatním. Autor sám rozděluje lidi na dva hlavní osobnostní typy, které může syndrom postihnout:

- typ chování A – jedná se o jedince s vysokými ambicemi a silně vyvinutým smyslem pro povinnost, kteří se vyznačují soutěživostí, netrpělivostí, perfekcionismem a sklony k agresivitě. Jsou pro ně typické spěch, vznětlivost a podrážděnost. Tito lidé jsou zpočátku úspěšní, neboť se jim dostává uznání, ale svou bojovností a netrpělivostí často způsobují konflikty mezi lidmi a začínají narážet. Tím se dostávají do izolace a utvrzují se v názoru, že si vše musí dělat sami. Po letech vyplýtvané energie, kdy se začnou hromadit neúspěchy, u nich dochází např. k syndromu vyhoření,

- typ chování B – tento typ se vyznačuje nižší mírou nepřátelského chování a agresivity a naopak větší trpělivostí, klidem a uvolněností. Trvale nízké vytížení a uvolněný přístup však snižují efektivitu a produktivitu práce, což v extrémním případě může dojít až k permanentní nečinnosti a z dlouhodobého hlediska i k hluboké nespokojenosti jak v zaměstnání, tak v osobním životě.

Jeklová a Reitmayerová (2006) shrnují tyto vnitřní rizikové faktory:

- veliké nadšení pro práci,
- vnitřní tendence k soutěživosti, ke srovnávání s druhými,
- špatné vnitřní sebehodnocení,
- silné vnímání neúspěchu,
- špatný fyzický stav,
- snaha udělat si všechno sám,
- nízká úroveň zdravé asertivity, neschopnost říci „ne“,
- neschopnost aktivního i pasivního odpočinku či relaxace.

1.3 Průběh a fáze syndromu vyhoření

Většina autorů ve svých dílech vývoj syndromu řadí do jednotlivých fází. Existuje několik modelů vývoje. Jeden ten jednodušší se skládá pouze ze tří fází, a ten složitější se skládá z dvanácti fází, které se vzájemně překrývají a nelze je proto jednoznačně ohraničit.

Velmi mě zaujal názor Prieß (2015), která dle nejnovějších poznatků vidí příčinu vzniku syndromu v tom, že lidé nevedou dialog se svým nitrem a popisuje syndrom vyhoření na základě čtyřfázového modelu takto:

1. Poplachová fáze - jde o běžné situace každodenního života, v nichž se střetávají různé potřeby, názory, představy nebo očekávání, které místo aby se vyřešily v dialogu, vedou ke konfliktu. V rovině těla jsou zjevné příznaky jako nepravidelné bušení srdce,

slabý a rychlý puls, pocení, studené vlhké ruce, vnitřní třes a podobně. V rovině myšlenek si většinou klademe otázky typu: „Co mám dělat, abych situaci vyřešil?“ V rovině pocitů mají lidé příznaky nevolnosti, nervozity, nejistoty a strachu.

2. Fáze odporu - v situaci, kdy není možný ani dialog, ani shoda, nastane jednou moment, kdy je všechno řečeno a obě stanoviska stojí neslučitelně proti sobě. Zatímco jeden má delší výdrž a nadále zastává a snaží se prosadit své stanovisko, druhý zahájí ústup. Než to ovšem udělá, začne znovu hodnotit situaci. Pokud se rozhodne, že nemá síly na to, aby prosadil své stanovisko, a zároveň nechce ustoupit, začne se veškerá energie soustředit na odpor, což stojí extrémně mnoho sil a v určité chvíli i rezerv. Neexistující možnost řešení, tedy fáze odporu je nejzásadnější fází na cestě k vyhoření. V této fázi se mohou objevovat příznaky bolesti hlavy, žaludku nebo zad, pocit nevolnosti, bolesti uší nebo hučení v uších, alergické kožní reakce a podobně.

3. Fáze vyčerpání - každý odpor jednou skončí. Být proti něčemu stojí spoustu sil, nakonec mnohem víc než zastávat vlastní názor. Zatímco jedna osoba neustále jasně vyjadřuje svou pozici a vytrvale se o ní snaží přesvědčit druhou stranu, pro druhou osobu je stál těžší odporovat. Začne se stahovat, nesouhlas slábne a křehne. Odpor vzdává a začíná fáze vyčerpání – tedy začíná vlastní syndrom vyhoření. Tato fáze se vyznačuje tím, že je zátěž vnímána jako vysoká, trvalá a nevyhnutelná. Nezmírní či nekompenzuje ji ani její zvládnutí ani odpočinek. V rovině těla se objevují chronické symptomy jako migréna, vysoký krevní tlak, neustálé bolesti žaludku, chronické ztuhnutí svalů, slabost, problémy s usínáním. Setkáváme se zde s pocity zoufalství, častým pláčem, beznadějí a bezmocí. Vrací se strach, který byl ve fázi odporu potlačován. Lidé se začínají stahovat do ústraní.

4. Fáze ústupu – v této fázi je syndrom vyhoření plně rozvinutý. Neustále se zvyšuje slabost a vyčerpání. Tělesné symptomy jsou již chronické. V rovině myšlenek se vše točí kolem vlastní osoby: „Chci jen mít svůj klid.“ „Ostatní mě stejně nechápou.“ V rovině pocitů se často objevuje výrazná nenávist vůči sobě.

Asi nejznámější je dělení dle Jankovského (2003):

1. **Fáze nadšení** - kdy nadšení a naděje však zpravidla souvisejí s nerealistickým pohledem na pomáhající profesi a zejména s nepřiměřenými očekáváními. Zapojení do práce je enormní a uspokojení se zdá být tak značné, že se téměř kryje se smyslem života.

2. Stadium stagnace - ideály se nedaří realizovat, jedinec už slevuje ze svých očekávání a jeho počáteční nadšení vyhasíná. Profese už nestojí v centru jeho zájmu. Začíná se více zaměřovat na svůj volný čas a finanční ohodnocení. Do popředí se dostávají subjektivní a mimopracovní zájmy. V této fázi se ještě nejedná o vyhoření, jedinec stále odvádí kvalitní práci a má i svůj osobní život.

3. Fáze frustrace - někdy také nazývána jako nespokojenost či únava. Pracoviště je pro jedince v této fázi velkým zklamáním. Začíná pochybovat o smyslu své práce, přemýšlí, zda správně zvolil profesi nebo zda by neměl vyhledat jinou. Součástí tohoto stavu je nespokojenost s platovým ohodnocením, nedostatkem úspěchů či s nízkým oceněním své práce. Objevují se první větší psychické a fyzické problémy.

4. Fáze apatie, což je reakce na bezvýchodný stav, kdy člověk nemá možnost situaci změnit. Vyhýbá se novým úkolům a snaží se pracovat tak, aby byl co nejvíce mimo kontakt s lidmi.

5. Fáze, která vlastně znamená cestu z tohoto bludného kruhu ven, je **intervence.** Může mít mnoho podob, a to od změny vztahu k práci, klientům, či okolí až po změnu zaměstnání, bydliště, popřípadě i partnera.

Valuch (2014) ale upozorňuje, že syndrom vyhoření vzniká měsíce až roky a viditelná fáze je většinou až to závěrečné stadium. Jednotlivé fáze přecházejí do dalších tak hladce a nepostřehnutelně, že si dané fáze člověk neuvědomuje.

1.4 Popis příznaků syndromu vyhoření

Dle Géringové (2011) má syndrom vyhoření velké množství projevů a podob. Autorka uvádí, že nejčastěji se tyto projevy dělí podle tří úrovní: jedná se o úroveň psychickou,

fyzickou a úroveň sociálních vztahů, tzn., že symptomy vyhoření tudíž zahrnují stav psychického, fyzického i emociálního vyčerpání. Autorka vysvětluje, že u jednotlivých projevů je velmi důležitá povaha jedince, jeho charakterové rysy a frustrační tolerance. Někdo může reagovat uzavíráním se do sebe před celým svým okolím, jiný může jako ventil použít agresivitu (Géringová, 2011). Tyto vzájemně se prolínající projevy nesouvisejí se žádným psychiatrickým onemocněním (Géringová, 2011).

Frydecká (2015) píše, že vyhoření si málokdy všimne samotný postižený, problémy jako první zaznamená jeho okolí - signálem může být třeba výrazná změna ve způsobu, jak partner či partnerka mluví o svém zaměstnání. Smith a Segal (2016) vysvětlují, že pokud dříve po návratu z práce nadšeně líčili, co všechno se během dne přihodilo, a teď jen unaveně mávnou rukou, načež se uloží na gauč a celý večer hledí do stropu, je „něco špatně“.

Příznaky na psychické úrovni

Géringová (2011) zmiňuje, že jedním ze základních pocitů, typických pro vyhoření, je pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi. Dle autorky se důsledky tohoto selhání projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Autorka upozorňuje, že vztah k pracovní činnosti, která byla dříve náplní života, se mění a stává se negativním, je provázen pocity zklamání a marnosti, až se zdá nemožné v této činnosti ještě někdy pokračovat. Uvádí, že pracovní výkon je zhoršen, často je také patrná změna vztahu ke klientům ve smyslu negativních až cynických pocitů a postojů. Psychický stav je charakterizován pocity psychického, zvláště emociálního vyčerpání, odosobnění a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu (Géringová, 2011). Ve vztahu k vykonávané profesi se objevují nepřátelské pocity, úzkost, deprese a lhostejnost a vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména pokud jde o pracovní kompetenci (Géringová, 2011). Autorka uvádí, že dominuje pocit, kdy dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Klienty, kterým má být poskytována určitá služba, vnímá ne jako

lidské bytosti, ale jako objekty tvořící součást vnějšího prostředí a právě je považuje za hlavní příčinu svých problémů (Géringová, 2011).

Nad tím, co vlastně znamená emoční vyčerpání, se také zamýšlí Stock (2010), který uvádí, že se jedná především o pocity, které většinou spojujeme s depresí – jedná se např. o sklíčenost, bezmoc, výbuchy vzteku, pocity prázdnoty, apatie a další.

S předchozími názory se také ztotožňuje Kallwass (2007), který navíc zmiňuje, že člověk postižený syndromem vyhoření nevnímá lásku ani nenávist, radost ani žal a jeho citový život se zcela nivelizuje.

Příznaky na fyzické úrovni

Tělesné vyčerpání se projevuje chronickou únavou a celkovou slabostí a v důsledku toho jsou pracovníci trpící vyhořením náchylní nejen k nejrůznějším onemocněním, ale také k úrazům a selháním (Stock, 2010). Autor dále zmiňuje, že trpí bolestmi zad, hlavy, celkovým vypětím a chronickou únavou spojenou s poruchami spánku. Nemohou spát, protože jsou přetíženi starostmi a mívají též narušeny stravovací návyky jako např. nechutenství anebo naopak kompenzaci zátěže jídlem (Stock, 2010).

Kallwass (2010) tyto příznaky shrnuje pod pojmem „snížení výkonnosti“, která podle jeho názoru může nastat následkem chronické přetíženosti, ale také následkem chronické nenáročnosti a nevytíženosti. Mnoho lidí se podle autora definuje takřka výlučně skrze práci, a když jim ani ta nepřináší potěšení, znamená to pro ně ztrátu kvality života.

Prieß (2015) se také pozastavuje nad tím, jak masivní jsou tělesné příznaky, jimiž trpí lidé se syndromem vyhoření. Autorka uvádí, že se objevují závažné symptomy, které dohánějí dotyčné až na „pokraj šílenství“, ale lékařské vyšetření nedokážou odhalit žádnou příčinu. Zmiňuje, že někdo pociťuje všechny příznaky srdečního infarktu, u jiného se zase objevují stavy náhlých a nekontrolovatelných závratí až po záchvaty mdloby, ale i když je studnice symptomů nevyčerpatelná, jedno je však vždy stejné – pocity smrtelné úzkosti a paniky.

Příznaky na úrovni sociálních vztahů

V oblasti sociálních vztahů má jedinec ke své práci a ke svému nejbližšímu okolí odosobněný ba až téměř lhostejný postoj (Stock, 2010). Podle autora dochází k postupnému odcizení, což představuje zejména ztrátu cílevědomosti, zájmu a idealismu. Počáteční nadšení z práce slábne a do popředí se místo něj dostává cynismus (Stock, 2010). Autor uvádí, že v důsledku toho se klienti stávají přítěží, spolupracovníci jsou na obtíž a nadřízené vnímá jedinec jako potencionální zdroj ohrožení. Byl zjištěn i zvláštní stav odcizení, kdy přezíravý postoj člověka k jeho okolí přerostl až k sarkastickému a agresivnímu chování (Stock, 2010).

Tošner a Tošnerová (2002) také popisují příznaky na úrovni sociálních vztahů a říkají, že u člověka se syndromem vyhoření značně klesá angažovanost, ubývají snahy pomáhat problémovým klientům, omezuje kontakt s klienty i jejich příbuznými, kontakt s kolegy a častěji se dostává do konfliktů se všemi kolem sebe.

Kallwass (2010) souhrnně označuje tuto oblast symptomů slovem depersonalizace, což znamená odosobnění. Autor uvádí, že postižený člověk hledí na sebe i na druhé z přílišného odstupu, který pramení z citové vyprahlosti. Podle autora se člověk se syndromem vyhoření propadá do stále tíživější samoty, a protože stále méně vyhledává rozhovory s jinými i se sebou samotným, postupně přestává být rozhovorů vůbec schopen. Uvádí, že v osobním a rodinném životě nastupuje mlčení a pocity bezmoci a tady je velmi zajímavý názor tohoto autora, který upozorňuje, že v tomto případě se problém přenáší také na partnera, a tím pádem můžeme syndrom vyhoření směle nazvat přenosnou chorobou.

1.5 Prevence syndromu vyhoření

Jestliže je syndrom vyhoření důsledkem nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tuto diskrepanci zmenšit jednak na straně jedince, a to osvojením si žebříčku hodnot, tak na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury (Jankovský, 2003). Autor také připomíná, že pracovníci vystaveni nebezpečí syndromu vyhoření musí dbát na svou psychohygienu a je důležité, aby byli schopni a

hlavně ochotni praktikovat pozitivní přeladění, jež jim umožňuje načerpat novou sílu. Autor dále uvádí, že každý sám pozná, co mu přináší úlevu a zároveň ho naplňuje uspokojením ze smysluplné práce. Oblíbeným způsobem je umění, sport, příroda, sběratelství, cestování a podobně (Jankovský, 2003).

Prieß (2015) také upozorňuje, že až když člověk pochopí, že přetvářka není slučitelná se zdravým způsobem života, a vyvodí z toho příslušné důsledky, bude mít šanci na skutečnou změnu a na to být dlouhodobě zdravý.

1.5.1 Interní možnosti prevence

Prieß (2015) poukazuje na to, že člověk trpící syndromem vyhoření, by především měl vést dialog sám se sebou. Autorka zmiňuje, že musí sám se sebou opět navázat vztah a ptát se z jakého důvodu se tento vztah ztratil. Dále uvádí, že by se měl postavit sám k sobě čelem a zamyslet se nad jednotlivými oblastmi svého života. Je důležité nevinit nikoho ze své situace, a to ani sebe ani nikoho jiného. Autorka dále zmiňuje, že člověk by neměl investovat energii do zloby, ale do změny a měl by vyřešit konflikty, které to vyžadují, a nečekat, že se vyřeší samy od sebe.

Dle Křivohlavého (2009) je jeden z prvních činitelů, který napomáhá předcházet vzniku syndromu vyhoření, smysluplný život. Ve skutečném životě to znamená mít pevný a uspořádaný žebříček hodnot a zároveň vědět, co je důležité, co napomůže nejen nám, ale i lidem okolo (Křivohlavý, 2009). Vědět, co je méně důležité, ale nelze to opomenout a pak to nejméně důležité, které lze za určitých okolností naprosto vypustit (Křivohlavý, 2009). Autor uvádí, že s žebříčkem hodnost úzce souvisí stanovení reálného a konkrétního cíle.

Druhým činitelem v prevenci je podle Křivohlavého (2009) mít trvalý zájem o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje, a tím, co nám dodává sílu a energii. Podle autora zatěžující situace vznikají naším samotným působením ve společnosti, je to tedy něco, o co se starat nemusíme. Naopak o vše, co nám přináší energii a dodává nám sílu, bychom měli usilovat, protože nejsou samozřejmostí (Křivohlavý, 2009).

Další podmínka nezbytná pro práci s vyhořením, jak uvádí Maroon (2012), je uvědomění si problému a nutnost problém uznat. Tvrzení a postoj na způsob „takový je život“, jako kdyby šlo o něco běžného, téměř znemožňuje najít řešení (Maroon, 2012). Autor zmiňuje, že tímto způsobem je pro jedince velmi těžké získat skutečný vhled do problému a porozumět tomu, co nefunguje správně. Při částečném vnímání problému se objevuje tendence dávat si vše za vinu (Maroon, 2012).

Podle Maroona (2012) když si člověk uvědomí zdroj problému, což bývá ve většině případů pracovní prostředí, posune se od otázky „Kde mám problém?“ k otázce „Jak můžu změnit své okolí?“ Chce-li někdo změnit své okolí, musí za ně převzít odpovědnost, což může být velmi obtížné (Maroon, 2012). Autor uvádí, že ve většině případů mají zaměstnanci možnost ovlivnit své okolí více, než to skutečně dělají. Maroon (2012) píše, že jako první by si museli přiznat, že tomu nevěnují pozornost. Převzetí takové odpovědnosti má velký vliv na zmírnění skutečnosti, že se pracovník cítí bezmocně a beznadějně (Maroon, 2012).

Jednou z metod prevence syndromu vyhoření je dle Nováka (2004) autogenní trénink, který slouží k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Autor uvádí, že při zvládnutí a pravidelném cvičení, trénink umožňuje odstranění příznaků napětí, nervozity, neklidu, strachu a jiných rušivých duševních pocitů. Autor doporučuje, abychom do práce ani domů nepřicházeli s pocity hasiče spěchajícího k ohni, jisté přeladění lze totiž dosáhnout zavedením protistresového rituálu. Zahajujeme jej pohlédnutím na sebe do zrcadla, abychom si ověřili, co s naší tváří dokáže učinit napětí, poté řekneme slovo „ sýýýýýr“, tím se ústa protáhnou, uvolní se čelisti a brada (Novák, 2004). Autor dále popisuje, že poté zavřeme oči, lehce obličej masírujeme a poté i opláchneme vlažnou vodou. Ten, kdo tvrdí, že něco podobného je z časových důvodů a s přihlédnutím k povinnostem zcela vyloučeno, patří mezi osoby stresem a tím pádem i syndromem vyhoření ohrožené (Novák, 2004).

1.5.2 Externí vlivy na prevenci syndromu vyhoření

Sociální podpora je dle Maroona (2012) významnou vazbou dávající lidem pocit, že si jich někdo cení a má je rád, že je někdo v nouzi podporuje a jsou součástí sítě kontaktů a vzájemné odpovědnosti. Autor popisuje, že sociální podpora je nepostradatelná a chrání proti přílišnému tlaku. Lidské bytosti netráví život samy, většinou jsou ve skupině, která je pro ně důležitým zdrojem pomoci a uspokojuje následující základní potřeby jako je láska a přátelství, vědomí vlastní hodnoty, intimita a podobně (Maroon, 2012).

Funkce sociálně podpůrných struktur:

- **Naslouchání –** dle Kallwasse (2007) je pro každého člověka důležité, aby mu ostatní naslouchali. Autor uvádí, že posluchač, který neradí a nevyčítá, nýbrž se podělí o radost i strast, soucítí s bolestí a rozpaky nad selháním a rozumí problémům. Pracovníci v profesích, které jsou hodně stresující, se musí čas od času zbavit napětí a dobrý posluchač ví, jak vzbudit pocit vzájemného porozumění a jak se dají věci objektivizovat. Lidé v pomáhajících profesích jsou zpravidla dobrými posluchači, ale obvykle nenajdou nikoho, kdo by naslouchal jim (Kallwass, 2007).
- **Podpora profesí –** každý potřebuje ocenění v práci. Ten, kdo práci hodnotí, by měl být odborníkem v dané oblasti, měl by chápat složitost určité práce a být tak schopen vyslovit kritiku, pochvalu a povzbuzení (Maroon, 2012).
- **Emocionální podpora –** Maroon (2012) také dále uvádí, že potřebujeme někoho, kdo je ochoten stát při nás, ať se děje cokoli. Podle autora každý čas od času potřebuje citovou podporu, abychom svět okolo vnímali veseleji a pokud takovou pomoc na pracovišti nemáme, musíme ji hledat u partnera, u rodičů nebo přátel. K tomu, aby někdo poskytl pomoc, nemusí být odborník, ale musí být upřímný a starostlivý (Maroon, 2012).
- **Společný pohled na svět –** podle Géringové (2011) zpravidla stačí jedna jediná osoba, která vidí věci stejně jako my. V době krize, kdy potřebujeme radu, často

stačí jediný člověk vyznávající stejné hodnoty, protože tento člověk vyjádří názor, s nímž budeme moci souhlasit (Géringová, 2011).

1.5.3 Supervize jako prevence

Supervize je činnost cílená na pomoc odbornému a osobnímu rozvoji pracovníků, a také na zvýšení profesionality při výkonu jejich profese (Mikulková, Šrahůlková, 2014). Autorky uvádějí, že supervize se uskutečňuje především formou individuálních a skupinových konzultací odborných pracovníků se supervizory a také dále zmiňují, že ve státech EU je supervize nezbytnou podmínkou profesionálního růstu pracovníků ve všech pomáhajících profesích. V České republice se o supervizi sice často mluví, ale zatím není v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ukotvena, a tak se s tímto pojmem můžeme zatím setkávat pouze v rámci Standardů kvality sociálních služeb. Supervize hraje důležitou roli v rámci prevence syndromu vyhoření, ale Úřad práce ČR supervize zatím nezajišťuje.

Rozhodnutím pomáhat, což mimo jiné znamená věnovat pozornost potřebám někoho jiného, dle Hawkinse a Shoheta (2004) vstupujeme do vztahu, jenž je jiný než všechno běžné a každodenní. Jsou okamžiky, kdy se nám zdá, že to sotva stojí za to, možná proto, že bojujeme proti všem, nebo proto, že klient není vděčný, či se cítíme vyčerpaní a připadá nám, že už nemáme z čeho dávat (Hawkins, Shohet, 2004). Jak autoři uvádějí, to jsou přesně ty okamžiky, kdy může být velmi důležitá supervize, která nám dá příležitost podívat se na věci s odstupem a uvažovat, příležitost vyvarovat se snadné cestě obviňování druhých – klientů, kolegů, organizace, nebo dokonce sami sebe.

Na otázku, proč je možné supervizi považovat za jednu z možností prevence syndromu vyhoření, můžeme odpovědět dle Géringové (2012), že je to o způsobu a naplnění supervizního setkání. Ať už jde o individuální nebo skupinovou supervizi, supervizor má vždy roli podporovatele (Český institut pro supervizi, 2006). Umožňuje supervidovaným se otevřít a sdělit, s jakou situací se potýkají a to beze strachu, že poruší mlčenlivost; dále napomáhá v komunikaci mezi jednotlivými členy skupiny, reflektuje vlastní práci a vztahy, nachází nová řešení problematických situací a

umožňuje tak supervidovaným nalézt znovu stabilitu ve svém životě (Český institut pro supervizi, 2006).

Michková (2008) uvádí, že slovo supervize se do češtiny překládá mj. jako „nadhled“. Podle autorky supervize umožňuje zkoumat vybrané téma z různých úhlů pohledu a nabízí tak supervidovanému souvislosti, ke kterým by sám došel jen obtížně.

Dle Géringové (2011) je supervize celoživotní forma učení, která se zaměřuje na rozvoj kompetencí supervidovaných a na rozvoj jejich profesionálních dovedností. Autorka uvádí, že v celé formě je kladen důraz na aktivaci vlastního potenciálu supervidovaných v bezpečném a tvořivém prostředí.

1.6 Nejvíce ohrožené profese

Existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové a každá z těchto profesí jako jiná povolání má svou odbornost (Hájek, 2006). Na rozdíl od jiných povolání zde však hraje podstatnou roli jeden prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Už Kopřiva (1997) zmiňoval, že i jiné než pomáhající profese se odehrávají v neustálém kontaktu s lidmi – advokát, úřednice za přepážkou, manažer; zde ovšem jen stačí, když se pracovník chová slušně, rozhodně se od něj nečeká osobní vztah.

Vosečková, Hrstka (2010) však uvádějí, že syndrom vyhoření může postihnout kohokoliv, ale ve větší míře jsou ohroženi lidé, kteří vstupují do práce s nadšením a ideály. Na základě studií o syndromu vyhoření byl vypracován přehled profesí, které jsou rizikové vzhledem ke vzniku syndromu vyhoření (Vosečková, Hrstka, 2010):

- lékaři a to zvláště v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie apod.
- zdravotní sestry, ošetřovatelky,
- psychologové a psychoterapeuti,
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech,

- učitelé na všech stupních škol,
- pracovníci pošt, zvláště pracovníci u přepážek,
- dispečeři a dispečerky u záchranné služby, dopravy apod.,
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté,
- právníci, zvláště advokáti,
- pracovníci věznic aj.

1.6.1 Profese sociálního pracovníka

Maroon (2012) zmiňuje, že ve srovnání s jinými pomáhajícími povoláními se u sociálních pracovníků často projevují pocity zoufalství, zátěž a vyhoření. Dle autora se navíc u sociálních pracovníků rozlišují různě stupně vyhoření a to podle jejich úlohy a druhu klientů. Dále zmiňuje, že každý rok začínají svoji kariéru noví absolventi oboru sociální práce se silnou motivací a chutí k práci, s ideálem že budou pomáhat druhým, a přesto ještě než uplyne druhý rok v práci, jsou mnozí z nich zklamaní, vyhořelí a mnozí z nich sociální práci opustí navždy.

Guggenbuhl-Craig (2007) upozorňuje, že nejdůležitější příčinou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků je fakt, že si přejí rozhodujícím způsobem měnit život svých klientů. Autor dále zmiňuje, že očekávají, že jejich příspěvek pro zdraví a blaho sociálně slabých by je mohl mentálně a duchovně uspokojit, nakonec však zůstává pouze zklamání.

Ve všech sociálních povoláních je dle Schmidbauera (2000) vlastní osobnost tím nejdůležitějším nástrojem, avšak hranice možností jejího zatížení a její flexibility jsou zároveň hranicemi našeho konání. Podle autora by si tuto skutečnost měl uvědomit každý, kdo se vydá na dráhu těchto povolání. Jak doplňuje Géringová (2011) osobnost pomáhajícího má skutečně velký vliv na kvalitu práce. Individuační proces je dle autorky stávání se sám sebou a je nejvyšším úkolem člověka. Tento proces je nutností k žití dobrého života a přes dobrý osobní život vede k dobrému pomáhání (Géringová,

2011). I Čevala (2010) poukazuje na to, že u každého sociálního pracovníka je ve hře směs velmi osobních motivů sahajících od náboženského světonázoru až po neuvědomovanou snahu léčit si vlastní psychická traumata. Dosáhnout pocitu uspokojení je však z uvedených důvodů obtížnější než v jiných profesích.

Géringová (2011) však vidí největší problém v tom, že sociální pracovník se při výkonu svého povolání pohybuje v roli, která má svá jasná pravidla a jasná očekávání. Sociální pracovník by měl být ochotný, vlídný, milý, klidný, vyrovnaný, empatický a zapálený pro svoji práci. Autorka však upozorňuje, že v institucích, které se zabývají vzděláváním budoucích pracovníků pomáhajících profesí, téměř nebo úplně chybí vzdělávání zaměřené na rozvoj a budování osobnosti, jako je například učení se zvládat stres, krizové situace, komunikovat ve skupině a pracovat v týmu. Grün (2014) také upozorňuje, že kdo se s rolí svého povolání plně ztotožňuje, ztrácí svou osobnost a stává se pouhou profesí a to neprospívá ani jemu samotnému, ani jeho okolí.

Zajímavý je názor Schmidbauera (2000), že všichni ti, kteří vykonávají pomáhající profese a tedy pomáhají druhým, sami potřebují pomoc ze všeho nejvíce.

1.7 Úřad práce České republiky

Úřad práce České republiky (dále jen Úřad práce ČR) je správním úřadem s celostátní působností a je organizační složkou státu (O Úřadu práce České republiky, 2014). Úřad práce ČR byl zřízen dnem 1. 4. 2011, zákonem č. 73/2011 Sb., o Úřadu práce České republiky a o změně souvisejících zákonů. Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) řídí Úřad práce ČR a je jeho nadřízeným správním úřadem (Malá, 2015). Úřad práce ČR tvoří generální ředitelství, krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu (dále jen krajské pobočky) a kontaktní pracoviště. Úřad práce ČR rozhoduje ve správním řízení v I. stupni, o odvoláních proti rozhodnutí Úřadu práce ČR rozhoduje MPSV. Od 1. ledna 2012 byl sjednocen proces výplaty nepojistných sociálních dávek a od tohoto data je rozhodování a administrace těchto dávek prováděna jediným orgánem, kterým je Úřad práce ČR (Zpráva o činnosti Úřadu práce České republiky, 2016).

Služby a úkoly Úřadu práce ČR

Úřad práce ČR plní dle Becka et al. (2012) úkoly v oblastech:

- zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti),
- ochrany zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele (zákon č. 118/2000 Sb., o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele),
- státní sociální podpory (zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře),
- dávek pro osoby se zdravotním postižením (zákon č.329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám zdravotně postiženým),
- příspěvku na péči (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách),
- pomoci v hmotné nouzi (zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi),
- inspekce poskytování sociálně právní ochrany (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí),
- dávek pěstounské péče (zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí),
- další úkoly v rozsahu a za podmínek stanovených jinými právními předpisy.

1.7.1 Referenti a sociální pracovníci na Úřadu práce ČR

Referent Úřadu práce ČR je osoba se středoškolským či vysokoškolským vzděláním jakéhokoliv zaměření, která zajišťuje agendu nepojistných sociálních dávek. Tato agenda spočívá v přijímání žádostí o dávku, evidence žádosti v počítači a následném rozhodování, zda se dávka přiznává či nepřiznává.

Referent agendy hmotná nouze má dle Metodického pokynu č. 6 (2015) navíc oprávnění k šetření v místě pro vyhodnocení podmínek nároku na dávku. Oprávnění k této činnosti jsou povinni prokázat se služebním průkazem společně se zvláštním oprávněním vydaným příslušným orgánem pomoci v hmotné nouzi jako doložkou služebního průkazu (Metodický pokyn č. 6, 2015). Toto zvláštní oprávnění obsahuje označení účelu vydání, číslo služebního průkazu, jméno a příjmení zaměstnance a

identifikační údaje vydávajícího orgánu pomoci v hmotné nouzi (Metodický pokyn č. 6, 2015).

Šetření v místě se provádí pro zjištění, zda osoby, které si podaly žádost o dávku hmotné nouze, nemají žádný hodnotný movitý či nemovitý majetek, a zda s nimi nežije jiná osoba, než uvedli v žádosti (Metodický pokyn č. 5, 2015).

Sociální pracovník Úřadu práce ČR, který musí splňovat odbornou způsobilost dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, vykonává na Úřadu práce ČR sociální šetření, při kterých se vždy musí prokazovat služebním průkazem a oprávněním k sociálnímu šetření, které obsahuje označení účelu vydání, číslo služebního průkazu, jméno a příjmení zaměstnance a identifikační údaje vydávajícího orgánu pomoci v hmotné nouzi (Metodický pokyn č. 5, 2015).

Sociální pracovník vykonává tyto druhy sociálních šetření:

Sociální šetření pro příspěvek na péči

Sociální pracovník zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jeho přirozeném sociálním prostředí – hodnotí zvládání mobility, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesné hygieny, výkon fyziologické potřeby, péči o zdraví, osobní aktivity, péči o domácnost, rodinné vztahy a výdělečnou činnost (Metodický pokyn č. 13, 2015).

Sociální šetření je podkladem pro přiznání příspěvku na péči a oprávněná osoba má stanovenou povinnost podrobit se tomuto sociálnímu šetření. Pokud oprávněná osoba odmítne, může to být důsledkem nepřiznání příspěvku či jeho odejmutí (Příspěvek na péči, 2015).

Sociální šetření při kontrole využívání příspěvku na péči

Sociální pracovník kontroluje, zda je dávka využívána na zajištění pomoci, a zda je oprávněné osobě poskytována pomoc odpovídající přiznanému stupni závislosti. Pokud sociální pracovník zjistí při šetření nedostatky velmi závažného charakteru v poskytovaných službách, je úřad povinnost informovat příslušný krajský úřad, který rozhodl o registraci poskytovatele služeb (Metodický pokyn č. 13, 2015).

Je-li oprávněné osobě poskytována péče jinou fyzickou osobou, zjišťuje se navíc, zda oprávněná osoba využívá jiné sociální služby a v jakém rozsahu.

Sociální šetření k dávkám hmotné nouze

Sociální šetření u osob, které si podaly žádost o dávku hmotné nouze, se provádí dle Metodického pokynu č. 5 (2015) z důvodu, že nárok na tyto dávky je do značné míry ovlivněn právě sociálními a majetkovými poměry a určením okruhu společně posuzovaných osob. Toto sociální šetření musí být vykonáno co nejdříve od podání žádosti o dávku hmotné nouze, nejpozději však do 30 dní (Metodický pokyn č. 5, 2015).

Pokud žadatel o dávku nebo osoba společně posuzovaná nedají souhlas se vstupem do obydlí a tím znemožní provedení sociálního šetření k ověření skutečností rozhodných pro nárok na dávku nebo její výši, může jim být žádost o dávku zamítnuta (Metodický pokyn č. 5, 2015).

Jestliže osoba pobírá dávky hmotné nouze déle než tři měsíce, musí být vykonáno nové sociální šetření, které již neslouží pouze pro dávkové účely, ale i pro sociální práci. V rámci tohoto šetření jde především o navázání pozitivního kontaktu s osobou i se členy její rodiny, který je nezbytný pro analyzování jejich obtížné sociální situace a k nalezení následných možností a cest vedoucích ke změně.

U osob pobírající dávky hmotné nouze dlouhodobě se sociální šetření vykonává dle aktuální situace klienta, tzn. několikrát do roka, kdy se hledají nové způsoby řešení jeho problémové situace (Standardizovaný záznam, 2016).

1.8 Nepojistné sociální dávky

Sociální zabezpečení se dle Becka et al. (2012) začalo po zavedení změn v roce 2012 dělit na dva základní typy, a to dávky pojistné a dávky nepojistné. Autor dále uvádí, že dávky pojistné řeší sociální situace, na které je možné dopředu se připravit odkladem části finančních prostředků; tyto dávky jsou tedy financovány prostřednictvím sociálního a nemocenského pojištění. Systém nepojistných dávek se dělí na dávky státní sociální podpory, dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním

postižením; všechny nepojistné dávky financuje stát prostřednictvím státního rozpočtu (Loukota, 2013).

1.8.1 Dávky státní sociální podpory (SSP)

Dávky SSP jsou určeny k podpoře osob v obtížné sociální situaci, především nízkopříjmových rodin s nezaopatřenými dětmi a člení se na dávky testované a netestované (Loukota, 2013). Systém státní sociální podpory je upraven zákonem č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

Přídavek na dítě - Seemanová (2015) uvádí, že se jedná o základní, dlouhodobou dávku poskytovanou rodinám s dětmi, která jim pomáhá krýt náklady spojené s výchovou a výživou nezaopatřených dětí. Při poskytování dávky, je dle autorky testován příjem rodiny v předchozím kalendářním roce, jenž nesmí překročit 2,4 násobek životního minima rodiny.

Příspěvek na bydlení - přispívá na krytí nákladů na bydlení rodinám či jednotlivcům s nízkými příjmy a nárok má pouze vlastník nebo nájemce bytu, který je v bytě přihlášen k trvalému pobytu, jestliže jeho náklady na bydlení přesahují částku součinu rozhodného příjmu v rodině a koeficientu 0,30 (na území hlavního města Prahy koeficientu 0,35), a zároveň tato částka není vyšší než částka normativních nákladů na bydlení (Seemanová, 2015).

Rodičovský příspěvek - nárok na rodičovský příspěvek má dle Malé (2015) rodič, který po celý kalendářní měsíc osobně celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině, a to až do vyčerpání celkové částky 220 000 Kč, nejdéle však do 4 let věku tohoto dítěte. Příjem rodiče přitom není sledován, a při nároku na výplatu rodičovského příspěvku může rodič výdělečnou činností zlepšovat sociální situaci své rodiny (Rodičovský příspěvek, 2015).

Porodné - náleží ženě, která porodila své první nebo druhé živé dítě nebo ženě, která převzala dítě mladší jednoho roku do trvalé péče nahrazující péči rodičů (Loukota, 2013). Autor dále zmiňuje, že porodné je stanoveno pevnou částkou a činí 13 000 Kč na první dítě a 10 000 Kč na druhé dítě; nárok na porodné je však vázán na stanovenou

hranici příjmů v rodině, která v kalendářním čtvrtletí předcházejícím kalendářnímu čtvrtletí, ve kterém se dítě narodilo, musí být nižší než 2,7násobek životního minima rodiny.

Pohřebné - je stanoveno pevnou částkou ve výši 5 000 Kč a náleží osobě, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti, nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte (Pohřebné, 2015).

1.8.2 Dávky pěstounské péče

Od 1. ledna 2013 se vznik nároku dávky pěstounské péče a jejich výše a výplata řídí zákonem č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů (Loukota, 2013).

Příspěvek na úhradu potřeb dítěte – nárok na tento příspěvek má dle Pátíkové a Šuplerové (2015) nezletilé a nezaopatřené dítě, které je svěřené do pěstounské péče. Autorky uvádějí, že nárok je zachován i po dosažení zletilosti dítěte, nejdále však do dvacátého šestého roku jeho věku a výše příspěvku se odvíjí od věku dítěte a také toho, zda se jedná o osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby.

Odměna pěstouna – Malá (2015) zmiňuje, že nárok má osoba pečující, ale také osoba, která je v evidenci osob, které mohou vykonávat péči na přechodnou dobu a výše odměny pěstouna za kalendářní měsíc dle autorky činí:

- 8 000 Kč, je-li pečováno o jedno dítě,
- 12 000 Kč, je-li pečováno o 2 děti,
- 20 000 Kč, je-li pečováno alespoň o 3 děti, nebo pokud je pečováno alespoň o 1 dítě, které je osobou závislou na pomoci jiné fyzické osoby v II., III. nebo IV. stupni, nebo pokud jde o osobu v evidenci, a to i v případě, že nepečuje o žádné dítě,

- 24 000 Kč, pečuje-li pěstoun alespoň o 1 dítě, které mu bylo svěřeno na přechodnou dobu a toto dítě je osobou závislou ve II., III. nebo IV. stupni na pomoci jiné fyzické osoby.

Příspěvek při převzetí dítěte – nárok má pečující osoba, která převzala dítě do pěstounské péče a výše tohoto příspěvku je dle věku dítěte:

- do 6 let – 8 000 Kč,
- od 6 let do 12 let – 9 000 Kč,
- od 12 let do 18 let – 10 000 Kč (Loukota, 2013).

Příspěvek na zakoupení osobního motorového vozidla – nárok má pečující osoba, která má v pěstounské péči nejméně 3 děti (Loukota, 2013). Autor dále uvádí, že výše příspěvku však činí 70% pořizovací ceny motorového vozidla, nejvýše však 100 000 Kč.

1.8.3 Dávky pomoci v hmotné nouzi

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi upravuje poskytování pomoci k zajištění základních životních podmínek osobám, jejichž příjem nedosahuje částky živobytí, přičemž si nemůžou tento příjem zvýšit vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu nebo z jiných vážných důvodů vlastním přičiněním a zabezpečení jejich základních životních podmínek je tak vážně ohroženo.

Příspěvek na živobytí - nárok na příspěvek na živobytí vzniká osobě či rodině, pokud po odečtení přiměřených nákladů na bydlení nedosahuje příjem této osoby či rodiny částky živobytí (Rezek, 2016). Autor také upozorňuje, že částka živobytí je stanovena pro každou osobu individuálně, a to na základě hodnocení její snahy a možností; pro stanovení živobytí okruhu společně posuzovaných osob se jednotlivé částky živobytí osob sčítají. Částka živobytí se odvíjí od částek existenčního a životního minima (Příspěvek na živobytí, 2015).

Doplatek na bydlení - Je dávka pomoci v hmotné nouzi, která dle Malé (2015) společně s vlastními příjmy občana a příspěvkem na bydlení ze systému státní sociální podpory pomáhá uhradit odůvodněné náklady na bydlení. Výše doplatku na bydlení je stanovena tak, aby po zaplacení odůvodněných nákladů na bydlení (tj. nájmu, služeb s bydlením spojených a nákladů za dodávky energií) zůstala osobě či rodině částka živobytí (Doplatek na bydlení, 2015).

Mimořádná okamžitá pomoc - Prostřednictvím mimořádné okamžité pomoci může být poskytnuta pomoc v situacích nepříznivého a mimořádného charakteru, kdy je potřeba poskytnout pomoc bezprostředně; zákon o pomoci v hmotné nouzi stanoví několik situací, v nichž lze tuto dávku pomoci v hmotné nouzi poskytnout (Mimořádná okamžitá pomoc, 2015).

1.8.4 Dávky pro osoby se zdravotním postižením

Dávky pro osoby se zdravotním postižením jsou upraveny zákonem č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů.

Příspěvek na mobilitu - je opakující se nároková dávka, která je určena osobě starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením ZTP nebo ZTP/P, a která se zároveň opakovaně v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována, výše této dávky je 400 Kč měsíčně (Malá, 2015).

Příspěvek na zvláštní pomůcku - nárok na tuto dávku má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové postižení anebo těžké zrakové postižení (Příspěvek na zvláštní pomůcku, 2015). Beck et al. (2012) uvádí, že těžká vada nosného nebo pohybového ústrojí, těžké sluchové nebo zrakové postižení musí být charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a zdravotní stav osoby nesmí vylučovat přiznání tohoto příspěvku a za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro tyto účely považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá

nebo má trvat déle než 1 rok. Zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím (Beck et al., 2012).

Průkaz osoby se zdravotním postižením - nárok má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra (zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením).

1.8.5 Příspěvek na péči

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách udává, že příspěvek na péči se poskytuje osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti.

Stupeň závislosti se dle Hubertové (2015) posuzuje podle počtu základních životních potřeb, které osoba není schopna zvládat a jak autorka uvádí, hodnotí se tyto potřeby:

- Mobilita
- Orientace
- Komunikace
- Stravování
- Oblékání a obouvání
- Tělesná hygiena
- Výkon fyziologické potřeby
- Péče o zdraví
- Osobní aktivity
- Péče o domácnost

Výše příspěvku na péči činí pro osoby do 18 let v I. stupni závislosti 3 000 Kč, ve II. stupni závislosti 6 000 Kč, ve III. stupni závislosti 9 000 Kč a ve IV. stupni závislosti

12 000 Kč (Loukota, 2013). Pro osoby starší 18 let činí výše příspěvku na péči v I. stupni závislosti 800 Kč, ve II. stupni závislosti 4 000 Kč, ve III. stupni závislosti 8 000 Kč a ve IV. stupni závislosti 12 000 Kč (Loukota, 2013).

Výše příspěvku na péči, jak uvádí Rezek (2016) se od 1. srpna 2016 zvýší o 10%, dále autor zmiňuje, že k valorizaci tohoto příspěvku nedošlo od roku 2006.

Úřad práce ČR, který příspěvek na péči vyplácí, zároveň jak uvádí Hubertová (2015) také kontroluje, zda byla dávka využita na zajištění pomoci, a zda je oprávněné osobě poskytována pomoc odpovídající přiznanému stupni závislosti.

2 CÍL PRÁCE, VÝZKUMNÁ OTÁZKA A HYPOTÉZY

2.1 Cíl práce

Cílem práce je popsat problematiku syndromu vyhoření u pracovníků (sociálních pracovníků a referentů) oddělení nepojistných sociálních dávek (dále jen ONSD) Úřadu práce České republiky.

Dílčím cílem je zjistit, jestli pracovníci mají informace, jak syndromu vyhoření předcházet a zároveň porovnat rozdíl mezi pracovníky velkých a malých měst. Dalším dílčím cílem je zjistit, jestli se pracovníci subjektivně cítí vyčerpáni.

2.2 Výzkumná otázka

Jaké povědomí mají pracovníci ONSD Úřadu práce České republiky o syndromu vyhoření?

2.3 Hypotézy

S ohledem na cíl a dílčí cíl byly stanoveny níže uvedené hypotézy:

1. Pracovníci ONSD ve větších městech se cítí subjektivně více vyčerpáni než pracovníci v menších městech.
2. Sociální pracovníci ONSD mají více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření než referenti ONSD.
3. Referenti ONSD se cítí subjektivně více vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD.

2.4 Operacionalizace pojmů

Povědomí o syndromu vyhoření znamená znalost:

- rizikových faktorů pro vznik syndromu vyhoření,
- fází syndromu vyhoření,
- příznaků syndromu vyhoření,
- prevence syndromu vyhoření.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Ke zpracování praktické části mé diplomové práce jsem si zvolila kombinaci kvantitativního a kvalitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum, jak uvádí Hendl (2005) poskytuje přesná, numerická data, umožňuje relativně rychlý a přímočarý sběr dat a výsledky jsou relativně nezávislé na výzkumníkovi. U kvalitativního výzkumu jde o široce rozprostřený sběr dat, určitý jev je zkoumán do hloubky a výzkumník o něm přináší maximální množství informací (Švaříček, Šeďová, 2007).

U kvantitativního výzkumu jsem ke sběru dat využila metodu dotazování v technice dotazníku, jehož velkou výhodou je, že v krátkém časovém období mohu získat informace od velkého počtu jedinců. Dotazník obsahoval 25 uzavřených otázek (příloha č. 1). Doba potřebná k vyplnění dotazníku byla stanovena přibližně na 10 minut. Dotazník byl zcela anonymní.

K vytvoření dotazníku jsem použila server „Vyplnto.cz“ a k jeho rozeslání jsem využila emailových adres pracovníků ONSD, které jsou zveřejněny na integrovaném portálu MPSV. Dotazníkové šetření probíhalo od 15. února 2016 do 5. března 2016.

Jako doplňkovou techniku jsem použila kvalitativní sběr dat, kde můžeme využívat buď pravděpodobnostní metody výběru výzkumného vzorku, nebo nepravděpodobnostní metody, které dále dělíme na prostý náhodný výběr, stratifikovaný náhodný výběr a kvótový náhodný výběr (Šucha, Charvát, Řehan, 2009). Ve své práci jsem využila prostý náhodný výběr, což znamená, že každá jednotka má stejnou šanci dostat se do výběru. Výhodou je, že tento výběr reprezentuje dobře jak známé, tak neznámé vlastnosti populace a nejjednodušší variantou prostého náhodného výběru je losování z klobouku (Miovský, 2006).

U kvalitativního přístupu jsem zvolila metodu dotazování a to technikou polostrukturovaného rozhovoru. Dle Miovského (2006) technika polostrukturovaného rozhovoru znamená, že tazatel má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace může být pozměněna, případně může

být něco dovysvětleno. Autor uvádí, že konkrétní otázky, které se zdají tazateli nevhodné, mohou být dokonce i vynechány; jiné naopak mohou být přidány. Polostrukturované rozhovory jsou flexibilnější a volnější než strukturované, ale jsou organizovanější a systematičtější než nestrukturované rozhovory (Miovský, 2006).

Na integrovaném portálu MPSV jsem si našla jména všech sociálních pracovníků ONSD a také referentů ONSD, kteří pracují pod krajskou pobočkou Úřadu práce ČR České Budějovice. Opsala jsem si jejich jména na papír, poté po jménech rozstříhala a vložila do misky. Metodou prostého náhodného výběru jsem vylosovala 8 budoucích komunikačních partnerů. Výzkumné šetření probíhalo od března 2016 do dubna 2016 a to buď v mé kanceláři, nebo kanceláři komunikačních partnerů. Rozhovory jsem vedla s pomocí dopředu připravených otázek, ale v závislosti na jejich odpovědi jsem tyto otázky postupně doplňovala jinými spontánními otázkami. Během výzkumného šetření bylo vždy zajištěno soukromí. Všichni komunikační partneři byli v úvodu rozhovoru seznámeni s obsahem a cílem výzkumu a také byli ubezpečeni o anonymitě výzkumu. Délka rozhovorů se průměrně pohybovala v délce jedné hodiny.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Základní vzorek je tvořen pracovníky (sociální pracovníci a referenti) krajské pobočky Úřadu práce ČR v Českých Budějovicích, pod kterou spadá 19 kontaktních pracovišť. Pod krajskou pobočkou v Českých Budějovicích pracuje celkem 155 referentů ONSD a 94 sociálních pracovníků ONSD (příloha č. 2).

Pro kvantitativní výzkum bylo osloveno všech 249 pracovníků ONSD. První výzkumný vzorek tvoří 148 pracovníků ONSD, kteří úplně a správně vyplnili dotazník. Pokud výzkumný vzorek rozdělíme dle pracovní pozice na Úřadu práce ČR, je tvořen 63 sociálními pracovníky ONSD a 85 referenty ONSD.

Pro kvalitativní výzkum bylo z 249 pracovníků ONSD prostým náhodným výběrem vylosováno 8 komunikačních partnerů, kteří tedy tvoří druhý výzkumný vzorek viz. Tabulka č. 1.

Tabulka č. 1 – Druhý výzkumný vzorek

Kontaktní pracoviště	Sociální pracovníci ONSD (počet)	Referenti ONSD (počet)	Celkem pracovníků ONSD (počet)
České Budějovice	1	1	2
Český Krumlov	1	1	2
Písek	0	2	2
Trhové Sviny	0	1	1
Týn nad Vltavou	1	0	1
Celkem	**3**	**5**	**8**

Zdroj:Vlastní výzkum

3.3 Zpracování výsledků u kvantitativního výzkumu

Sebraná data z dotazníků jsem zapsala do tabulky v programu Microsoft Excel a poté jsem provedla jejich vyčištění a kódování. V této fázi jsem vytvořila 2 skupiny pracovníků ONSD dle jejich pracovní pozice na Úřadu práce ČR.

Pro zpracování dat jsem použila popisnou neboli deskriptivní statistiku. Pro jednoduché porovnání jednoho parametru jsem zvolila přepočet na procenta, pro víceparametrová porovnání jsem zvolila kontingenční tabulky. Výsledky jsem dále prezentovala pomocí koláčových a sloupcových grafů. Pro ověření hypotéz jsem použila buď kontingenční tabulky, nebo statistickou metodu dobré shody, Chí-kvadrát test.

Chí-kvadrát test dobré shody slouží k testování shody mezi hodnotami, které očekáváme a těmi, které pozorujeme. Pomocí tohoto testu zjistíme, zda získaný vzorek dat odpovídá předpokládanému rozdělení. Test vychází z frekvenční tabulky a testuje nulovou statistickou hypotézu, tedy tvrzení, že počty v jednotlivých kategoriích se rovnají očekávaným počtům. Statisticky významný rozdíl zjištěný tímto typem testu znamená, že rozdíl mezi četností jevu zjištěnou ve vzorku a očekávanou četností je příliš velký na to, aby byl pouze náhodný. Hladina významnosti (běžně se používá 5%) by v takovém případě byla vyšší než P-hodnota. Míra významnosti se popisuje pomocí

hodnoty pravděpodobnosti označované p. Pokud $p < 0.05$, je zřejmé, že byl nalezen statistický významný rozdíl a je tedy možné zamítnout nulovou hypotézu.

3.4 Zpracování výsledků u kvalitativního výzkumu

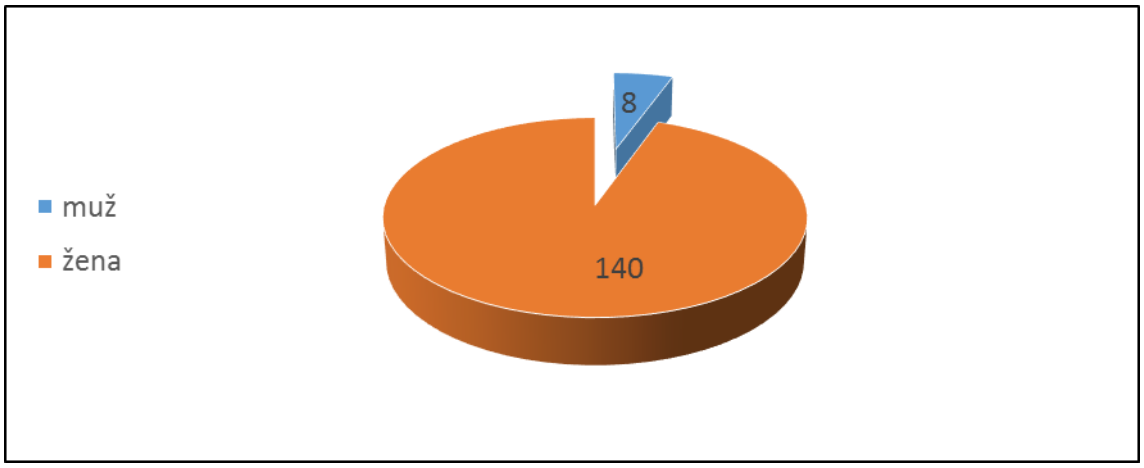
Pro fixaci dat jsem zvolila ruční zápis, a to i přesto, že hrozí riziko nezachycení všech detailů rozhovoru. Všichni komunikační partneři odmítli rozhovor s audiozáznamem. Analýzu kvalitativních dat jsem provedla metodou vytváření trsů, která podle Miovského (2009) slouží k tomu, abychom seskupily určité výroky do skupin, které by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami. Společným znakem trsu je v případě mé diplomové práce tematický překryv, což znamená, že jsem vyhledávala ve výrocích osob všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného okruhu.

4 VÝSLEDKY

4.1 Výsledky kvantitativního výzkumu

V následující části jsou znázorněny a popsány výsledky kvantitativního výzkumu. Pro zpracování dat jsem použila popisnou (deskriptivní) statistiku. Pro názornost jsou použity koláčové a sloupcové grafy, v některých případech tabulky s výsledky. Ke každému grafu nebo tabulce náleží příslušný komentář se zhodnocením daného kritéria.

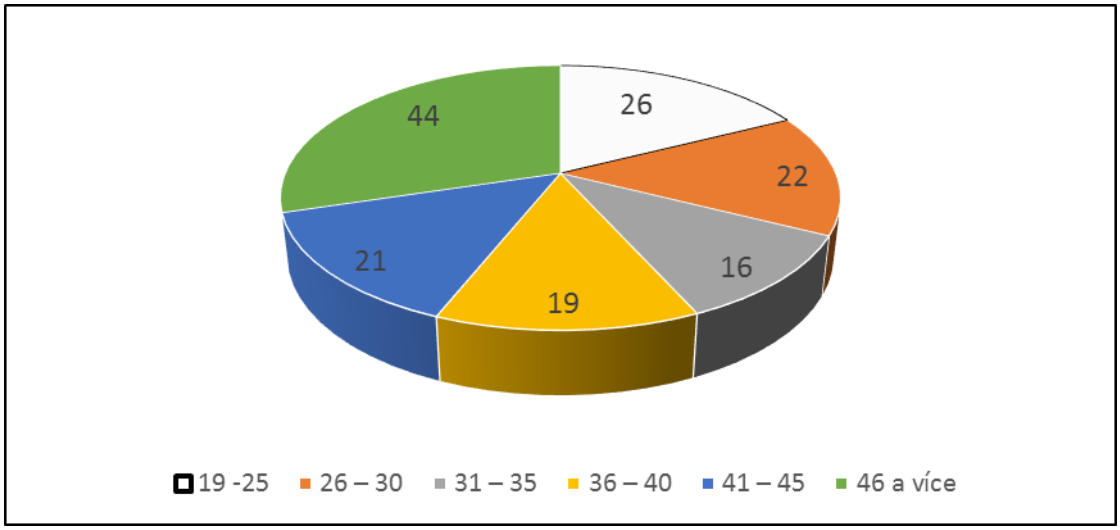
Graf č. 1 Pohlaví respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 1 je patrné, že počet žen výrazně převyšuje muže, a to o téměř 95%.

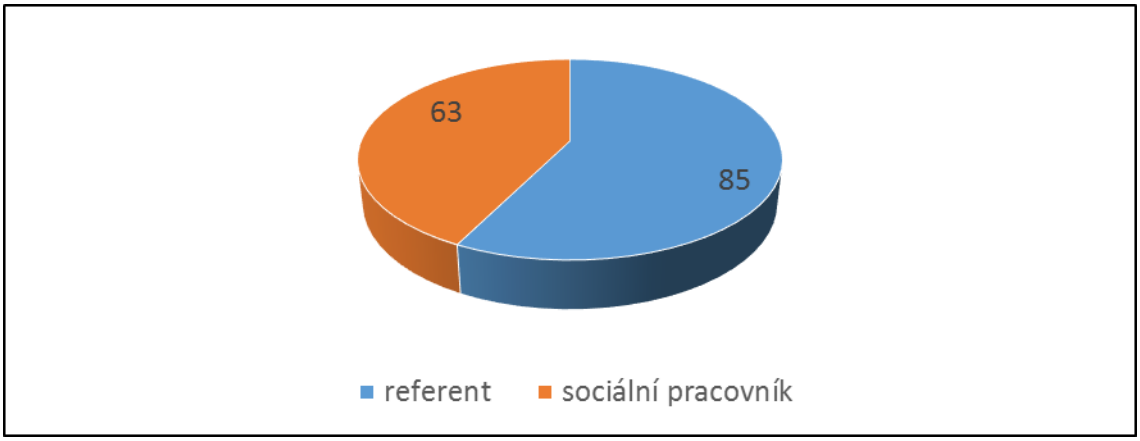
Graf č. 2 Věkové kategorie respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 2 ukazuje, že největší zastoupení mají nejstarší respondenti, a to téměř ze 30% následovaní nejmladší věkovou kategorií. Nejméně je zastoupena kategorie 31 až 35 let (11%).

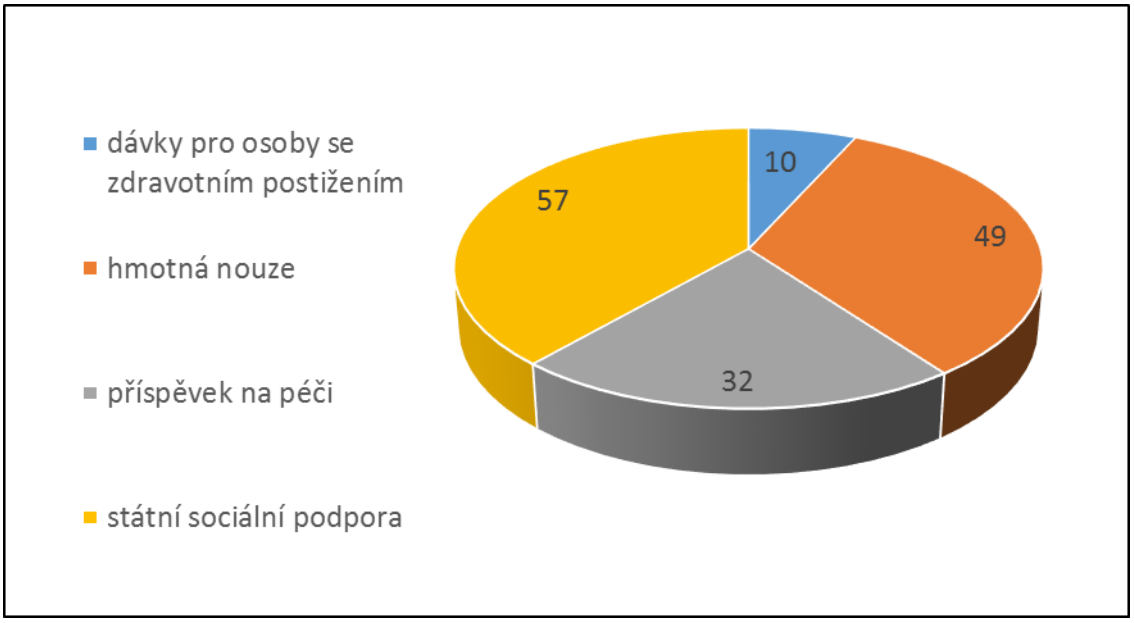
Graf č. 3 Porovnání respondentů dle pracovní pozice



Zdroj: Vlastní výzkum

Poměrné zastoupení referentů a sociálních pracovníku, jak nám ukazuje graf č. 3, je 57,5% ku 42,5%, tedy v číslech je to 85 referentů a 63 sociálních pracovníků.

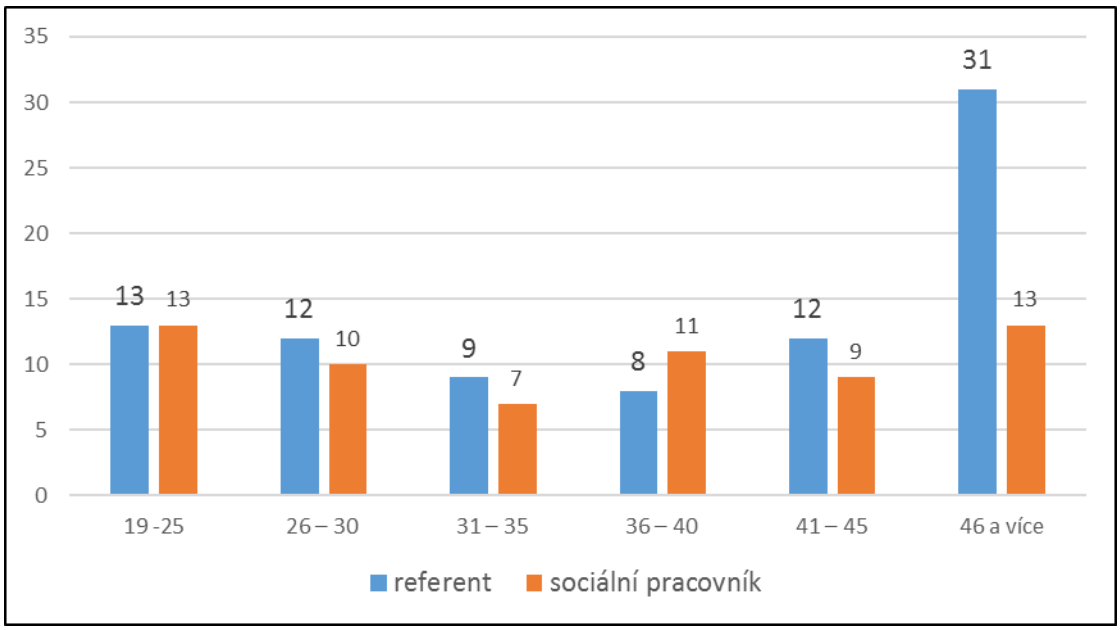
Graf č. 4 Rozdělení respondentů dle druhu agendy



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 4 je zřejmé, že největší zastoupení má státní sociální podpora (38,5%), dále hmotná nouze (33%), nejméně respondentů vykonává agendu dávek pro osoby se zdravotním postižením (14,8%).

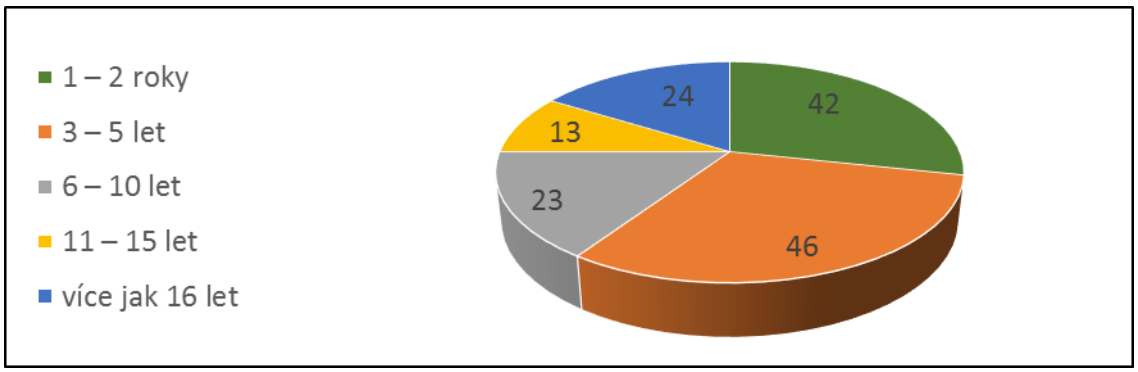
Graf č. 5 Rozdělení respondentů podle věku a pracovní pozice



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 5 ukazuje souvislost mezi věkem respondentů a jejich pracovní pozicí. Nejvyšší zastoupení referentů je v nejstarší kategorii, 31. Sociální pracovníci jsou rozvrstveni více rovnoměrně. Zajímavé je, že nejnižší zastoupení referentů je ve věkové skupině 36-40 (8), zatímco sociálních pracovníků je nejméně ve skupině 31-35 (7).

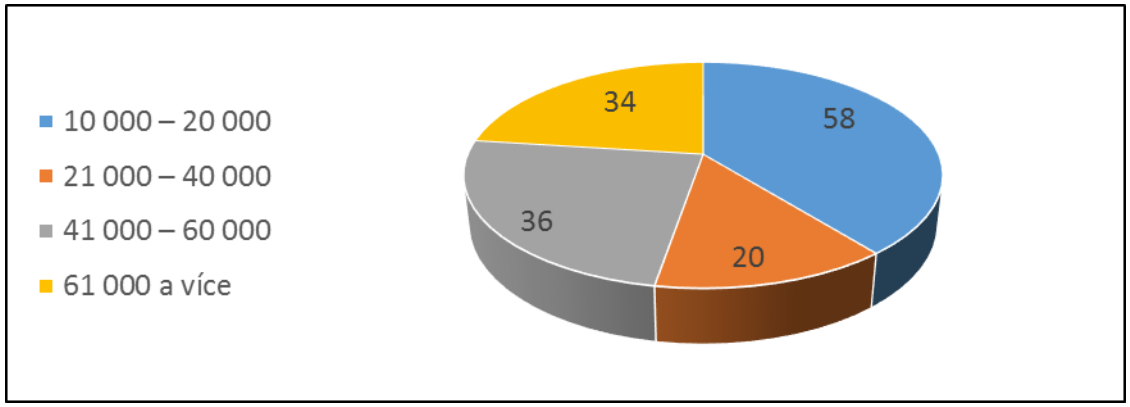
Graf č. 6 Rozdělení respondentů podle délky pracovního poměru



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 6 je patrné, že nejvíce zastoupenou skupinou podle délky pracovního poměru je skupina 3-5 let (46 – 31%), následovaná délkou pracovního poměru 1-3 roky. Dále je hluboký propad a nejméně respondentů pracuje na současné pozici 11-15 let (13 – 9%).

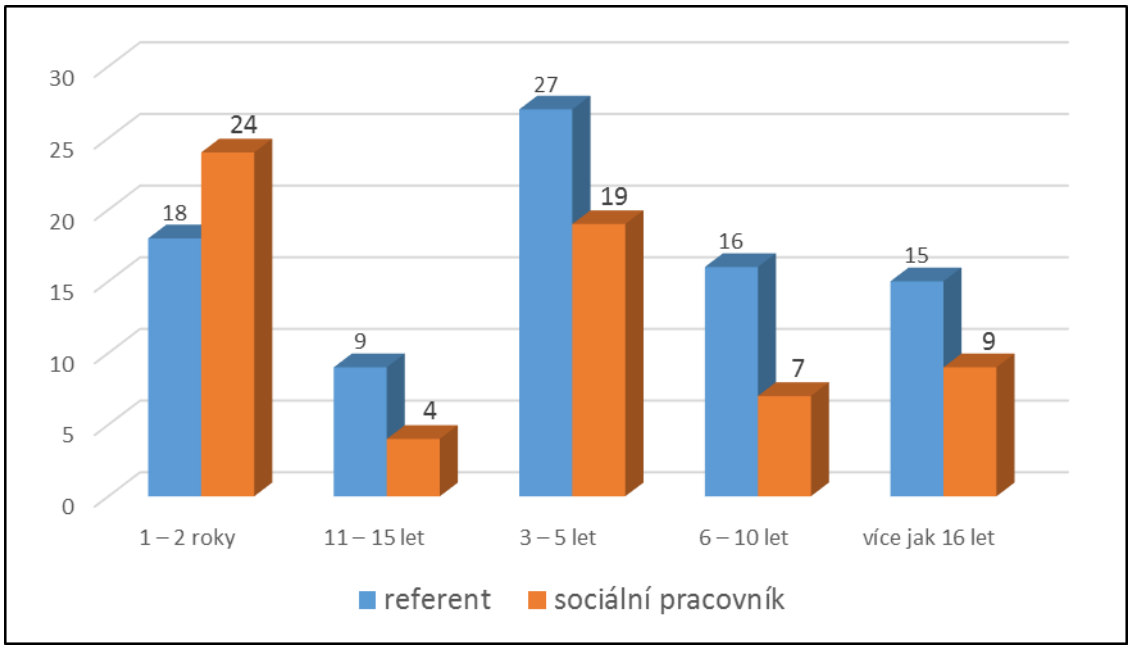
Graf č. 7 Rozdělení respondentů podle velikosti správního obvodu



Zdroj: Vlastní výzkum

Na grafu č. 7 je vidět, že nejvíce respondentů je ze správních obvodů 10 000 – 20 000 obyvatel, celých 39 %, více než 1/3. Správní obvody od 41 000 výše si téměř rovným dílem dělí 47% podílu. Nejméně zastoupený správní obvod je 21 000 – 40 000 obyvatel, 13,5% z celkového počtu respondentů.

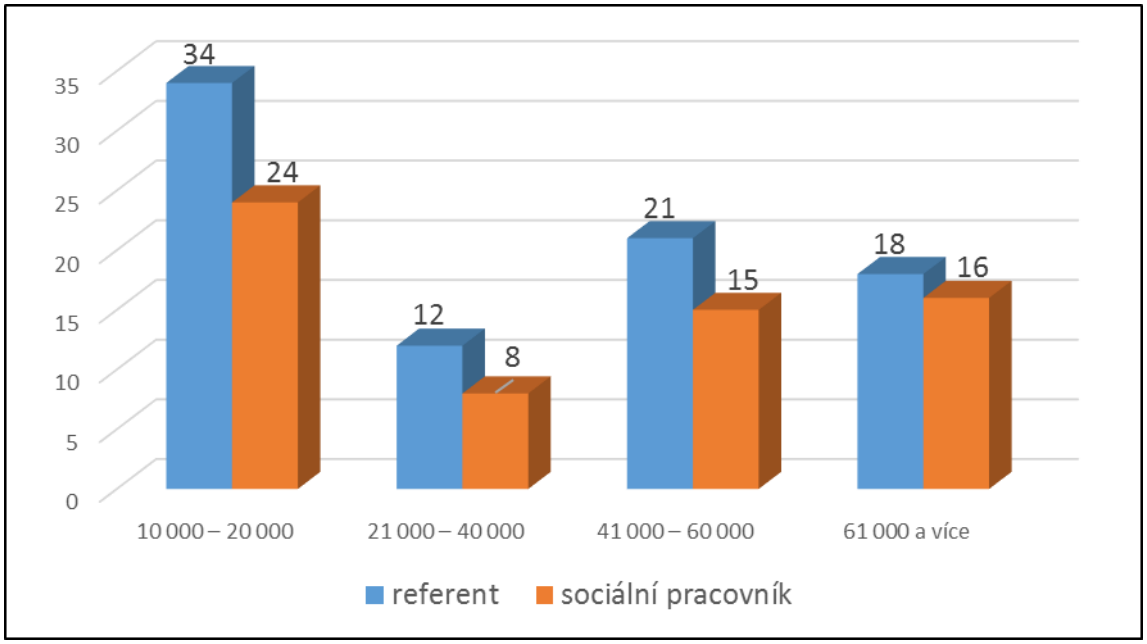
Graf č. 8 Rozdělení respondentů podle pracovní pozice a délky pracovního poměru na této pozici



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 8 vyplývá, že referenti mají výrazně vyšší zastoupení v kategorii 3-5 let (27), zatímco sociální pracovníci v kategorii 1-2 roky (24). Shodně pak obě pracovní pozice vykazují nejméně respondentů v kategorii 11-15 let (9 referentů a 4 sociální pracovníci), což koresponduje s grafem č. 6.

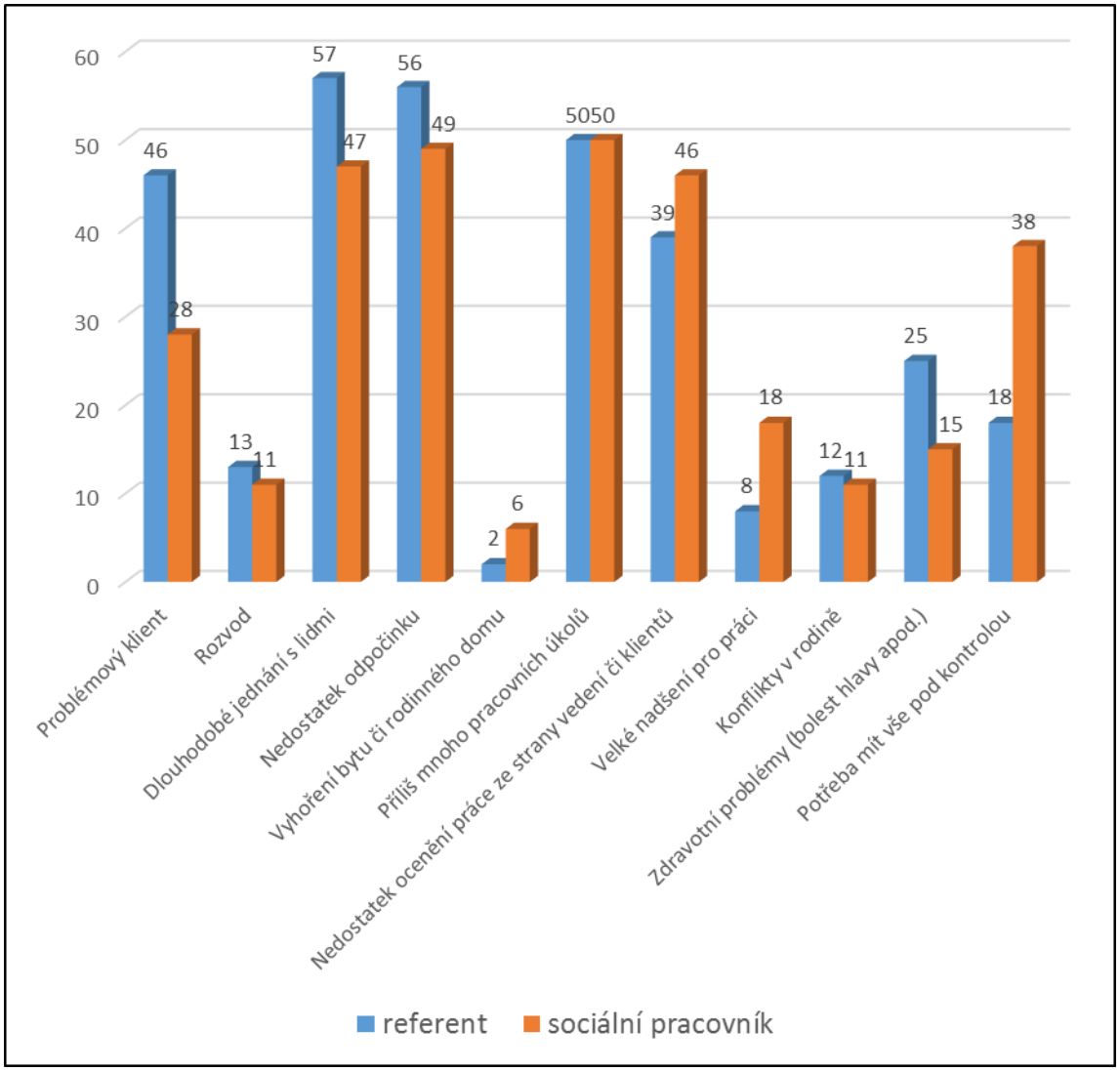
Graf č. 9 Rozdělení respondentů podle pracovní pozice a velikosti správního obvodu



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 9 je patrné, že obě pracovní pozice mají velmi podobné rozložení respondentů v závislosti na velikosti správního obvodu. Nejvíce respondentů je z obvodů 10 000 – 20 000 obyvatel (34 referentů a 24 sociálních pracovníků). Nejméně je pak ze správního obvodu 21 000 – 40 000 obyvatel (12 referentů a 8 sociálních pracovníků). Což koresponduje s grafem č. 7.

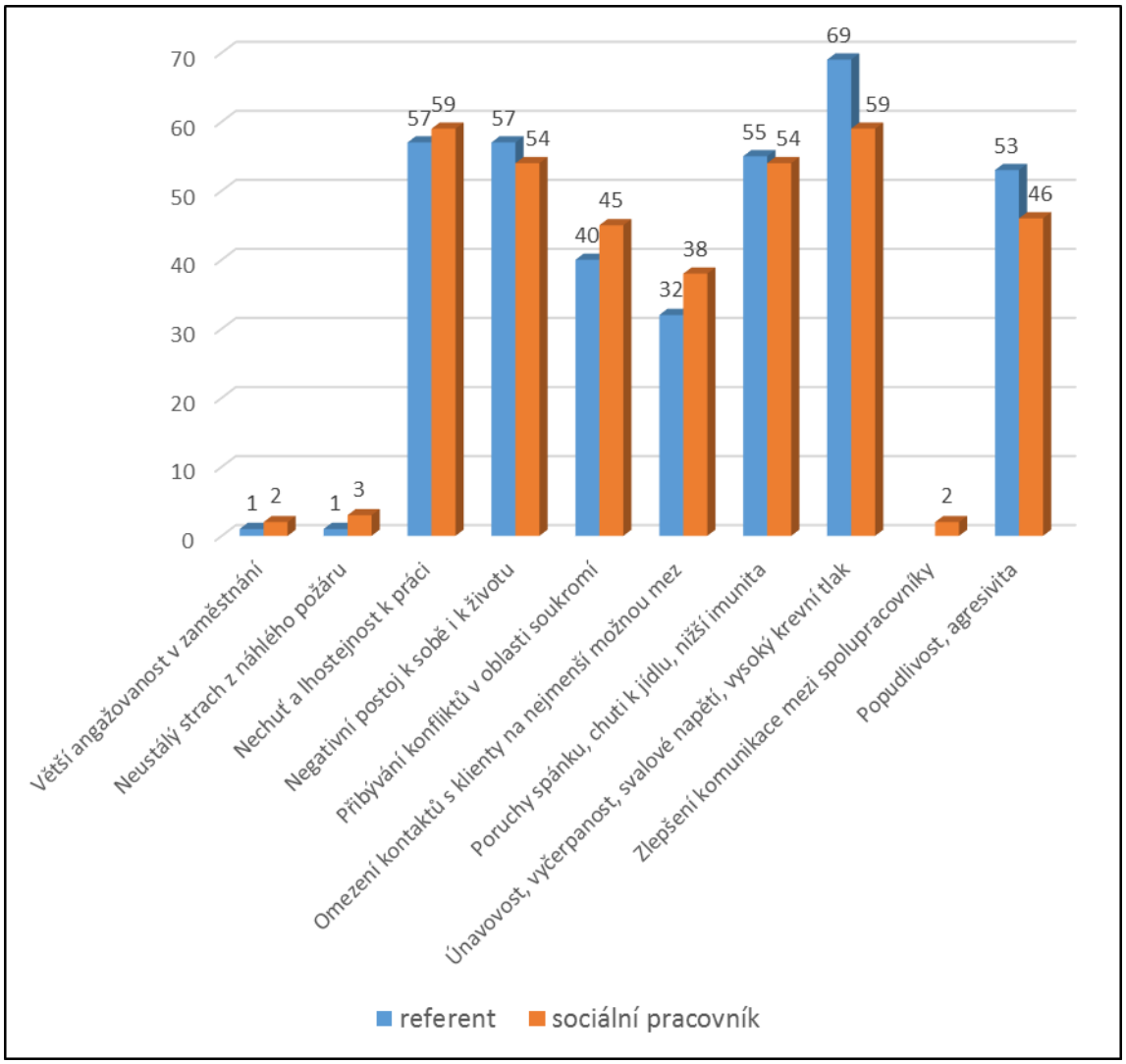
Graf č. 10 Nejčastější příčiny syndromu vyhoření dle pracovní pozice



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 10 nám ukazuje, že nejvíce referentů označuje za příčinu syndromu vyhoření dlouhodobé jednání s lidmi (57), zatímco u sociálních pracovníků je to příliš mnoho pracovních úkolů (50). Na druhém místě je pak shodně u obou skupin nedostatek odpočinku (56 referentů, resp. 49 sociálních pracovníků). U sociálních pracovníků je významné i potřeba mít vše pod kontrolou (38) a referenti vyzdvihují problémového klienta (46).

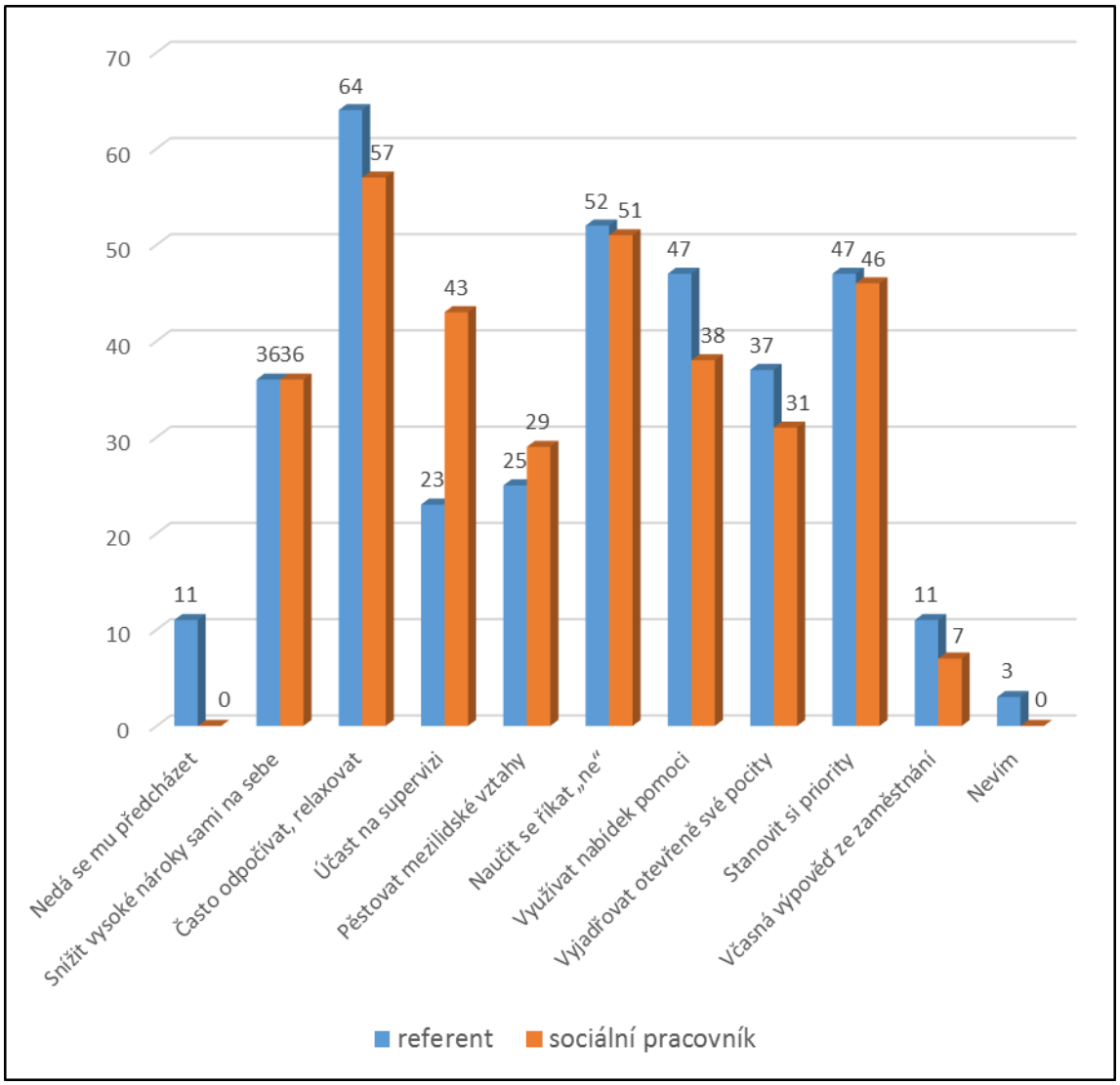
Graf č. 11 Nejčastější projevy syndromu vyhoření podle pracovní pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

V grafu č. 11 jsou vidět poměrně homogenní výsledky porovnání pracovních pozic a jejich hodnocení nejčastějších příčin syndromu vyhoření. Shodně uvádějí jako nejčastější projev únavovost, vyčerpanost, svalové napětí a vysoký krevní tlak (69 referentů a 59 sociálních pracovníků). U sociálních pracovníků je stejně vysoko hodnocena i nechuť a lhostejnost k práci (také 59 sociálních pracovníků).

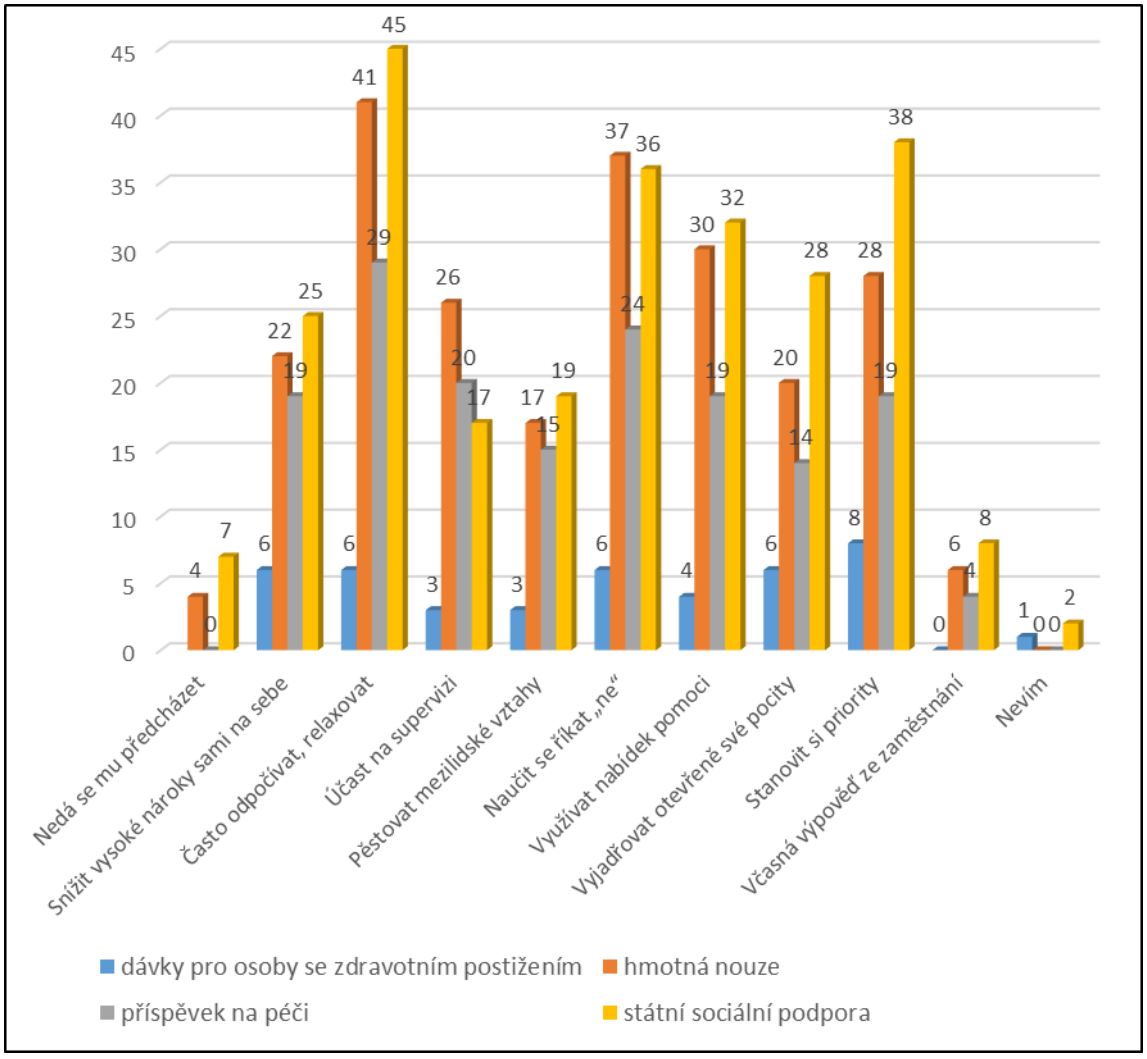
Graf č. 12 Předcházení syndromu vyhoření podle pracovní pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

I graf č. 12 ukazuje podobné rozdělení pro referenta i sociálního pracovníka lišící se jen v detailech. Nejvýznamnější prevencí pro obě pozice je odpočinek a relaxace (64 referentů a 57 sociálních pracovníků) a schopnost říci ne (52 referentů a 51 sociálních pracovníků). Zajímavé je, že sociální pracovníci vidí prevenci v možné účasti na supervizích (43 – 68¨%), zatímco u referentů je tento aspekt až ve spodní polovině důležitosti (23 – 27%).

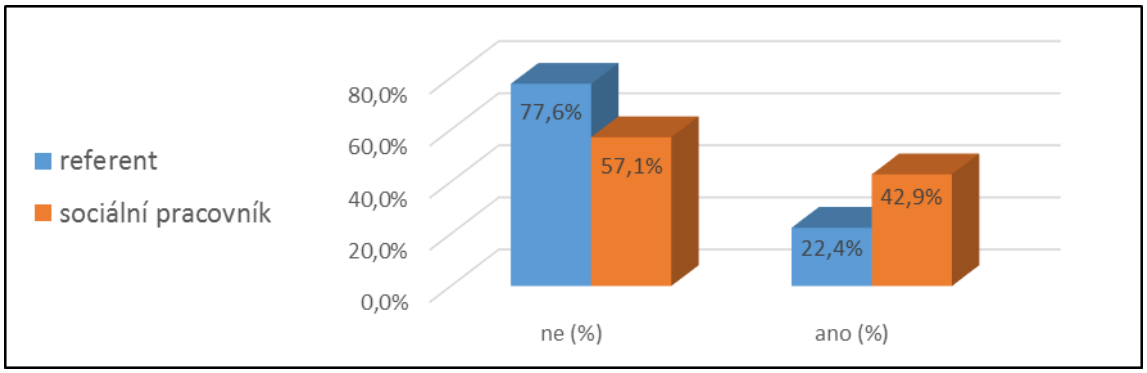
Graf č. 13 Předcházení syndromu vyhoření podle vykonávané agendy respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 13 je patrné, že varianta často odpočívat, relaxovat je nejvíce hodnocena agendami Hmotná nouze (41), Státní sociální podpora (45) a Příspěvek na péči (19), zatímco agenda Dávky pro osoby zdravotně postižené vyzdvihuje variantu stanovit si priority (8).

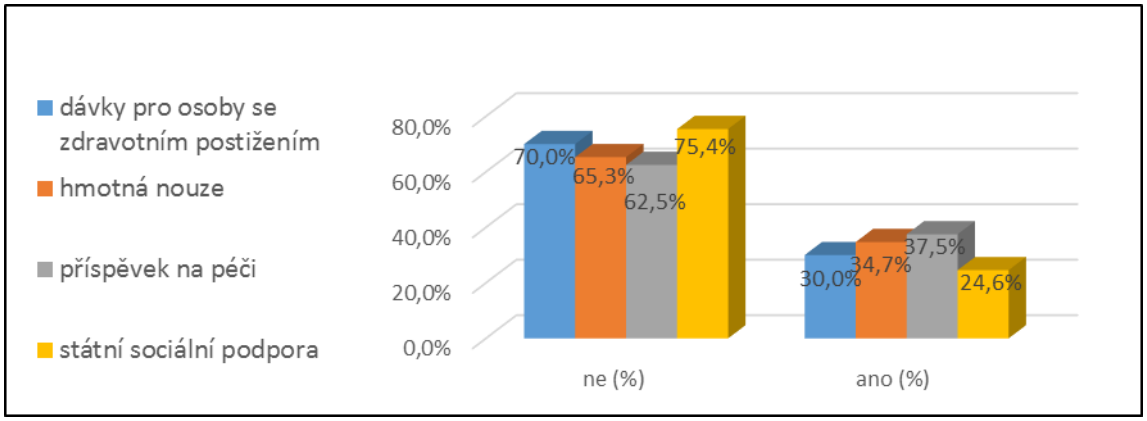
Graf č. 14 Školení prevence proti syndromu vyhoření versus pracovní pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 14 ukazuje, že sociální pracovníci se účastní školení prevence proti syndromu vyhoření ve 42,9%, zatímco referenti jen z 22,4%, což je téměř dvakrát více.

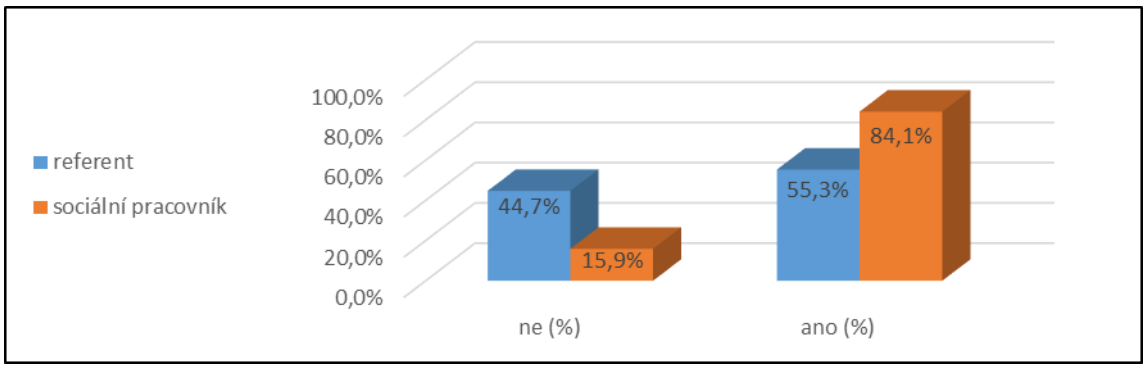
Graf č. 15 Školení prevence proti syndromu vyhoření versus agenda vykonávaná respondenty



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 15 je patrné, že nejmenší účast na školení mají pracovníci s agendou Státní sociální podpora (24,6%). Relativně nejlépe jsou na tom respondenti s agendou Příspěvek na péči (37,5%).

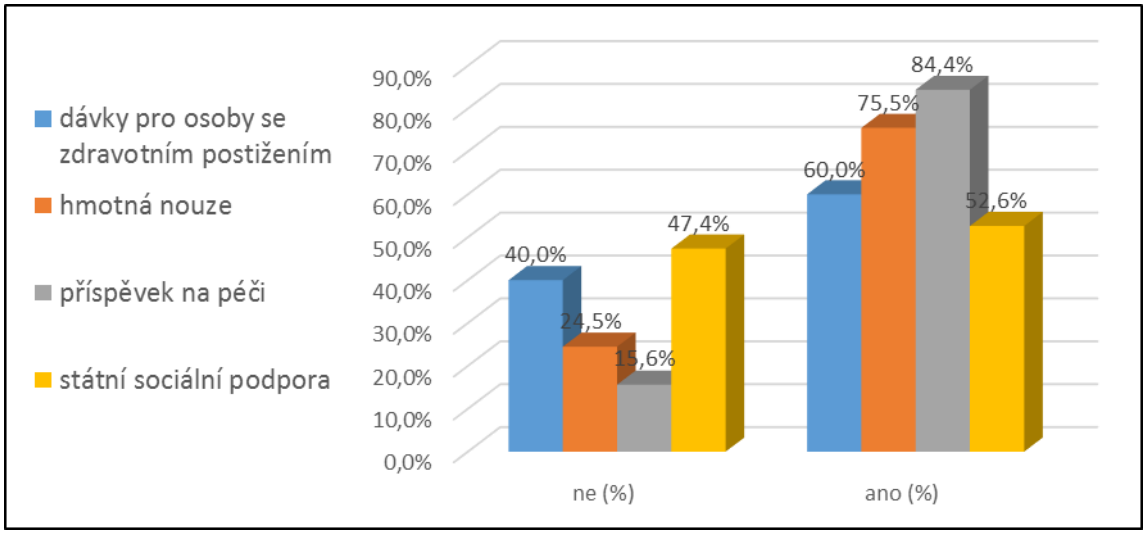
Graf š. 16 Znáte pojem supervize podle pracovní pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 16 ukazuje, že sociální pracovníci pojem supervize znají z 84%, zatímco referenti pouze z 55%.

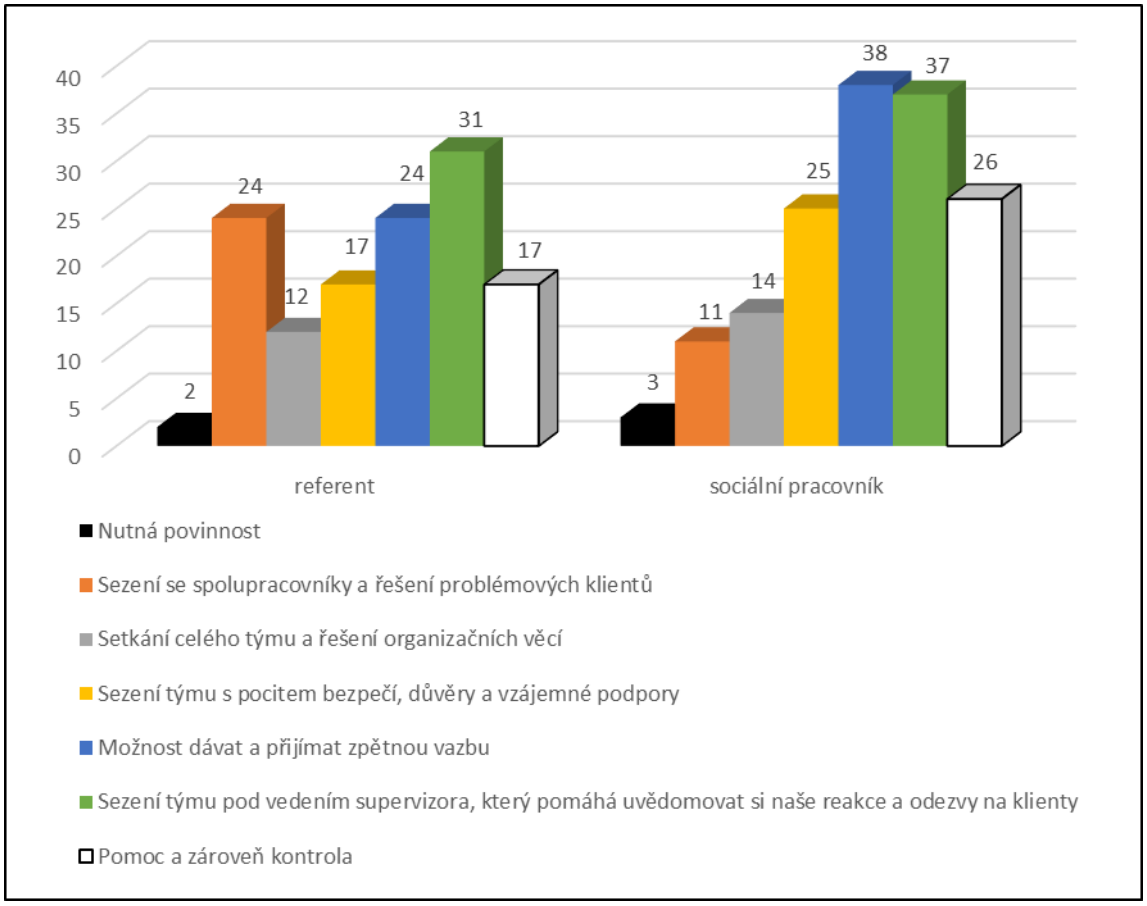
Graf č. 17 Znáte pojem supervize z pohledu vykonávané agendy respondenta



Zdroj: Vlastní výzkum

Na graf č. 17 je vidět, že nejvíce znají pojem supervize respondenti vykonávající agendu Příspěvek ne péči (84,4%). Nejméně tento pojem znají respondenti vykonávající agendu Státní sociální podpora (52,6%).

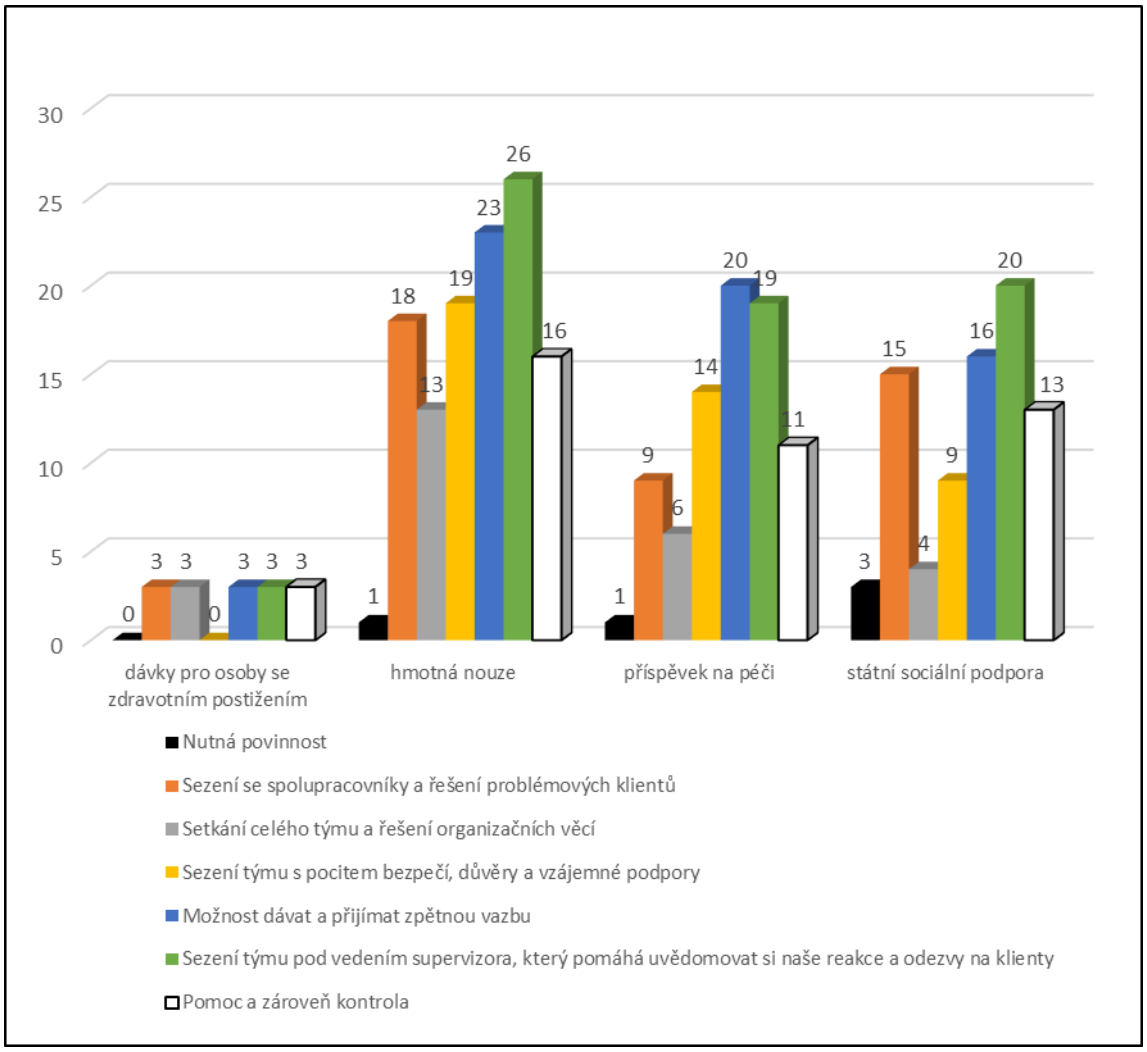
Graf č. 18 Co pro vás pojem supervize znamená z pohledu pracovní pozice



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf č. 18 ukazuje, že referenti jsou toho názoru, že nejdůležitější je sezení v týmu pod vedením supervizora (31). Podle sociálních pracovníků je to možnost dávat a přijímat zpětnou vazbu (38). Obě pracovní pozice pak nejméně uvádějí „Nutná povinnost“ (2 referenti a 3 sociální pracovníci). Výrazný rozdíl mezi referenty a sociálními pracovníky je u možnosti „Sezení se spolupracovníky a řešení problémových klientů“, kdy referenti uvádějí tuto možnost mezi nejdůležitějšími, zatímco sociální pracovníci naopak mezi těmi nejméně důležitými.

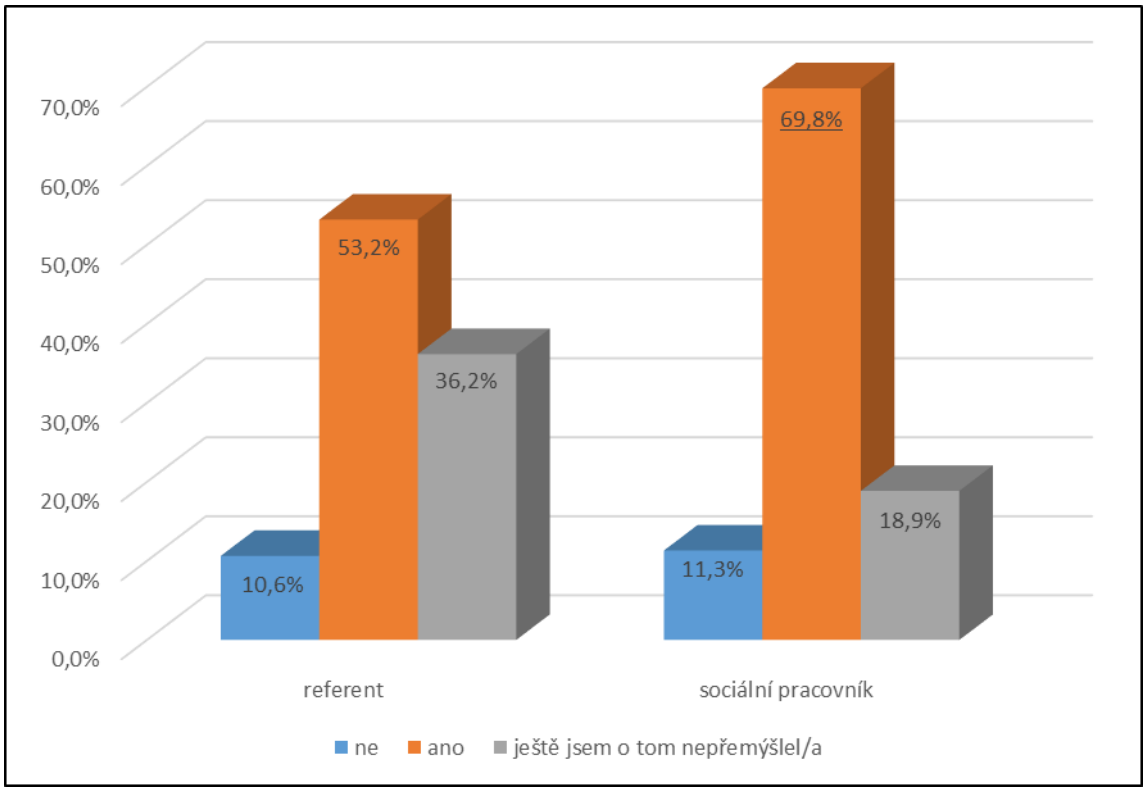
Graf č. 19 Co pro vás pojem supervize znamená z pohledu vykonávané agendy respondenta



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu č. 19 je patrné, že respondenti vykonávající agendu Hmotná nouze (26) a Státní sociální podpora (20) zdůrazňují jako nejdůležitější význam supervize sezení týmu pod vedením supervizora. Respondenti vykonávající agendu Příspěvek na péči udávají jako nejvýznamnější aspekt supervize možnost dávat a přijímat zpětnou vazbu (20). Zajímavý je vyrovnaný výsledek respondentů vykonávající agendu Dávky pro osoby zdravotně postižené.

Graf č. 20 Měl by ÚP ČR zajišťovat supervize z pohledu pracovní pozice respondentů



Zdroj: Vlastní výzkum

Podle grafu č. 20 jsou sociální pracovníci z více než 2/3 přesvědčeni o tom, že by ÚP ČR měl zařizovat supervize (69,8%), u referentů více než 1/3 o tomto zatím nepřemýšlela (36,2%).

Vyhodnocení hypotéz

Ve svém výzkumu jsem si stanovila tři hypotézy, které jsem podrobila testu dobré shody, Chí-kvadrát, abych určila jejich statistickou pravděpodobnost.

Tabulka č. 1

	Reálné odpovědi		Očekávané odpovědi		Chí-kvadrát	
Otázka / Odpověď ano	Malá města	Velká města	Malá města	Velká města	X^2	X^2
Máte pocit, že Vás práce vyčerpává?	44	64	42,3	65,7	0,033	0,021
Máte pocit, že se obtížně soustředíte?	25	38	24,7	38,3	0,001	0,017
Připadáte si fyzicky „vyždímaná/ý?	24	37	23,9	37,1	0,007	0,010
Býváte vnitřně neklidný/á a nervózní?	32	51	32,5	50,5	0,000	0,000
Máte pocit, že svoji práci omezujete pouze na mechanické provádění?	15	22	14,5	22,5	0,000	0,000
Trápí Vás poruchy spánku?	20	25	17,6	27,4	0,197	0,127
Vyhýbáte se účasti na dalším vzdělávání?	1	8	3,5	5,5	1,165	0,751
Máte pocit, že Vás klienti obtěžují?	7	23	11,8	18,2	1,541	0,993
Máte chuť pomáhat problémovým klientům?	39	54	36,4	56,6	0,116	0,075
Přemýšlíte o odchodu z pracoviště?	13	13	10,2	15,8	0,524	0,338
SUMA						5,915

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 1 se vztahuje k hypotéze 1 „Pracovníci ONSD ve větších městech se cítí subjektivně více vyčerpaní než pracovníci v menších městech“. Určila jsem si, že menší město je správní obvod do 20 000 obyvatel včetně (příloha č.3). Stanovila jsem si

hypotézu H0 „Pracovníci ONSD ve větších městech se cítí méně nebo stejně subjektivně vyčerpaní jako pracovníci v menších městech“. Očekávané odpovědi by měly být u obou skupin procentuálně stejné. Při zvolené hladině významnosti 5% a daném stupni volnosti 9, nám při použití Yatssovi korekce spočítané kritérium (5,915) vyšlo nižší než tabulkové (16,9), čímž můžeme říci, že nemůžeme hypotézu H0 vyloučit. To znamená, že v porovnání pracovníků z malých a velkých měst nejsou signifikantní rozdíly v posouzení vyčerpanosti. Jinými slovy, původní hypotézu, že "Pracovníci ONSD ve větších městech se cítí subjektivně více vyčerpaní než pracovníci v menších městech" můžeme vyvrátit.

Tabulka č. 2

	Reálné odpovědi		Očekávané odpovědi		Chí-kvadrát	
Otázky / Odpovědi ano	referent	sociální pracovník	referent	sociální pracovník	X^2	X^2
Nedá se mu předcházet	11	0	6,3	4,7	2,769	3,736
Snížit vysoké nároky sami na sebe	36	36	41,4	30,6	0,569	0,768
Často odpočívat, relaxovat	64	57	69,5	51,5	0,359	0,484
Účast na supervizi	23	43	37,9	28,1	5,475	7,386
Pěstovat mezilidské vztahy	25	29	31,0	23,0	0,980	1,322
Naučit se říkat „ne“	52	51	59,2	43,8	0,749	1,010
Využívat nabídek pomoci	47	38	48,8	36,2	0,036	0,048
Vyjadřovat otevřeně své pocity	37	31	39,1	28,9	0,062	0,083
Stanovit si priority	47	46	53,4	39,6	0,654	0,883
Včasná výpověď ze zaměstnání	11	7	10,3	7,7	0,003	0,003
Nevím	3	0	1,7	1,3	0,350	0,473
SUMA						28,203

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 2 se vztahuje k hypotéze 2 „Sociální pracovníci ONSD mají více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření než referenti ONSD“. Pro její ověření jsem použila test dobré shody. Stanovila jsem si hypotézu H0 „Referenti ONSD mají stejně nebo více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření jako sociální pracovníci“. Při zvolené hladině významnosti 5% a daném stupni volnosti 10 nám spočítané

kritérium (28,2) vyšlo výrazně vyšší než tabulkové (18,3). Opět jsem použila Yatssovu korekci. Tímto můžeme hypotézu H0 vyloučit a potvrdit původní hypotézu "Sociální pracovníci ONSD mají více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření než referenti ONSD".

Tabulka č. 3

	Reálné odpovědi		Očekávané odpovědi		Chí-kvadrát	
Otázka / Odpověď ano	referent	sociální pracovník	referent	sociální pracovník	X^2	X^2
Máte pocit, že Vás práce vyčerpává?	62	46	62	46	0,004	0,005
Máte pocit, že se obtížně soustředíte?	34	29	36	27	0,132	0,106
Připadáte si fyzicky „vyždímaná/ý?	17	20	21	16	0,850	0,893
Býváte vnitřně neklidný/á a nervózní?	34	29	36	27	0,132	0,106
Máte pocit, že svoji práci omezujete pouze na mechanické provádění?	17	20	21	16	0,850	0,893
Býváte vnitřně neklidný/á a nervózní?	48	35	48	35	0,001	0,003
Trápí Vás poruchy spánku?	25	20	26	19	0,028	0,006
Vyhýbáte se účasti na dalším vzdělávání?	7	2	5	4	0,343	0,875
Máte pocit, že Vás klienti obtěžují?	18	12	17	13	0,004	0,046
Máte chuť pomáhat problémovým klientům?	51	42	53	40	0,109	0,092
Přemýšlíte o odchodu z pracoviště?	12	14	15	11	0,576	0,535
SUMA						6,587

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3 se vztahuje k hypotéze 3 „Referenti ONSD se cítí subjektivně více vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD“. Opět jsem si stanovila hypotézu H0 „Referenti ONSD se cítí stejně nebo méně vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD“ a na ověření použila test dobré shody, Chí-kvadrát. Námi vypočítané kritérium při použitá Yatessovy korekce (6,587) je téměř 3x menší než tabulkové (18,3), tudíž při zvolené

hladině významnosti 5% a daném stupni volnosti 10 nemůžeme vyvrátit nulovou hypotézu H0. Rozdíly mezi referenty a sociálními pracovníky nejsou signifikantní. Tímto výsledkem vyvracíme původní hypotézu, že "Referenti ONSD se cítí subjektivně více vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD".

4.2 Výsledky kvalitativního výzkumu

V této části prezentuji výsledky získaných dat z polostrukturovaných rozhovorů (příloha č. 4). V přepsaných rozhovorech jsem vyhledávala ve výrocích komunikačních partnerů všechny takové pasáže, které se týkají jednoho úzce ohraničeného okruhu - trsy.

Výzkumnou otázkou jsem se snažila zjistit, jaké povědomí mají pracovníci ONSD Úřadu práce České republiky o syndromu vyhoření a z odpovědí vyplynuly následující trsy:

Trs č. 1 - informovanost o syndromu vyhoření

Trs č. 2 - vnímání klientů

Trs č. 3 - subjektivní pocity

Následující tabulka č. 4 charakterizuje základní výzkumný soubor pro kvalitativní výzkum.

Tabulka č. 4

Označení komunikačních partnera	Věk	Dosažené vzdělání	Pracovní pozice	Vykonávaný druh agendy	Velikost správního obvodu	Počet odpracovaných let na této pozici
A	31	Vysokoškolské (ZSF JCU)	sociální pracovník	příspěvek na péči	157 000	3
B	33	Vysokoškolské (Univerzita Palackého)	sociální pracovník	hmotná nouze	42 000	4

C	25	Středoškolské (Gymnázium)	referent	hmotná nouze	157 000	2
D	47	Středoškolské (SEŠ)	referent	státní sociální podpora	52 000	12
E	50	Vysokoškolské (VOŠ sociální)	sociální pracovník	příspěvek na péči	19 000	10
F	52	Středoškolské (SŠ zemědělská)	referent	státní sociální podpora	42 000	15
G	29	Středoškolské (Gymnázium)	referent	hmotná nouze	15 000	1
H	27	Středoškolské (Gymnázium)	referent	hmotná nouze	52 000	3

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo celkem osm komunikačních partnerů (dále jen KP). KP A, B a E pracují na pozici sociálního pracovníka, ostatní pracují na pozici referenta. Nejstaršímu KP je 52 let a pracuje na pozici referenta agendy státní sociální podpory již 15 let. Nejmladšímu KP je 25 let a pracuje na pozici referenta agendy hmotné nouze pouze 2 roky.

4.2.1 Informovanost o syndromu vyhoření

Ve svém kvalitativním výzkumu jsem pokládala komunikačním partnerům otázky ve smyslu, co vše vědí o syndromu vyhoření, kde se s tímto pojmem setkali poprvé, či co je podle jejich názoru nejlepší prevence proti syndromu vyhoření. Cílem bylo zjistit, jaké povědomí mají pracovníci ONSD o syndromu vyhoření. Odpovědi poukazují na to, že informovanost je kusá, neúplná a je třeba ji rozšířit.

Čtyři komunikační partneři uvedli dost rozsáhlou odpověď, tři odpověděli stručně a jeden komunikační partner řekl, že neví, co syndrom vyhoření je.

„Jedná se o celkové vyčerpání organismu, únavu, nechuť cokoliv dělat a řešit, ale nějaké fáze a průběh to opravdu nevím.“ *(E – sociální pracovník)*

„Syndrom znamená, že jsi strašně unavená a vyčerpaná, nic tě nebaví, většinou už tě nezajímají ani věci doma. Stává se to většinou těm, co pracují dlouhodobě s jinými lidmi, když máš problémy v práci, nikdo tě nepodrží, všichni ti házou klacky pod nohy, nemáš nikde zastání a ostatní na tebe přenáší jen své problémy.“ (D - referent)

„Já ani nevím, co to je. Slyšela jsem o tom, ale nedokážu si pod tím nic pořádně představit.“ (G – referent)

Podle definice je syndrom vyhoření stav naprostého emočního, mentálního a fyzického vyčerpání. Žádný z komunikačních partnerů neodpověděl úplně správně. Ti, co uvedli, že se jedná o fyzické a psychické vyčerpání nezmínili emoční vyčerpání.

Zjišťovala jsem také, jakou prevenci komunikační partneři znají. Komunikační partneři, kterých jsem se dotazovala, uváděli podobné způsoby prevence.

„Dostatek odpočinku, dostatek koníčků, dostatečné možnosti odreagování se.“(E - sociální pracovník)

Někteří z komunikačních partnerů vidí prevenci v odreagování se, ale konkrétní důvody odreagování nespecifikují.

„Podle mého je nejlepší prevence pořádně se doma odreagovat, netahat si problémy z práce domů. V práci se moc nerozčilovat, probrat to s kolegyněmi, aby člověka různé problémy netížily.“ (F- referent)

Následující tabulka č. 5 ukazuje jednotlivé způsobů prevence syndromu vyhoření tak, jak ji uvedli komunikační partneři.

Tabulka č. 5

KP	Odreagování se	Pěstování koníčků	Nebrat si s sebou práci domů	Odpočinek	Opustit zaměstnání	Nevím
A			X	X		
B		X			X	
C	X		X			
D			X			
E	X	X		X		
F	X		X			
G						X
H						X

Zdroj: Vlastní výzkum

Z pohledu pracovní náplně je zajímavé, že komunikační partneři zabývající se agendou příspěvek na péči nebo státní sociální podpora vědí o syndromu vyhoření více než komunikační partneři zabývající se agendou hmotná nouze. Z těchto čtyř komunikačních partnerů znají pojem syndrom vyhoření tři a o jeho prevenci mají představu jen dva KP vykonávající agendu hmotná nouze.

„Tak prevenci proti syndromu fakt nevím a ani mě nic nenapadá.“ (H - referent)

V následující tabulce č. 6 je vidět, kde se KP s pojmem syndrom vyhoření setkali poprvé.

Tabulka č. 6

KP	Při studiu na škole	V časopise	Školení o syndromu vyhoření	internet
A	X	X		
B	X			
C	X			
D		X		
E	X			
F			X	
G		X		
H		X		X

Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, kde se s pojmem syndrom vyhoření komunikační partneři poprvé setkali, odpověděli všichni sociální pracovníci, že v době studia na vysoké škole.

„No slyšela jsem o něm už dávno, ani nevím kde, asi někde v časopise, ale pak jsme se o něm učili ve škole na vejšce, tak můžu říct, že vlastně tam. V jakém předmětu to bylo, už si nepamatuji.“ (A – sociální pracovník)

„Určitě ve škole, ale to už je hodně dlouho, skoro 11 let.. Nepamatuji si, jak hodně jsme to probírali, asi jen trochu.“ (B – sociální pracovník)

Referenti se s pojmem syndrom vyhoření setkávali poprvé při četbě, nejčastěji v časopise.

„Asi jsem o tom někde četla, ale už si nepamatuji.“ (G - referent)

„Asi jsem o tom četla na internetu nebo v nějakém časopise, nevím, ten pojem znám hodně dlouho, už si ani nevybavuju kde.“ (H – referent)

Ale objevovala se odpověď, kdy KP zmiňuje školení jako zdroj prvního kontaktu se syndromem vyhoření:

„Já jsem se setkala s pojmem pořádně až na školení, které zajišťuje úřad práce, byla jsem na něm s kolegyní v Písku …“ (F – referent)

4.2.2 Vnímání klientů

Při rozhovorech s komunikačními partnery jsem také zjišťovala, s jakým typem klientů nejčastěji komunikují, zda s nimi pracují rádi nebo je to pro ně spíše zátěž. Cílem bylo zjistit, jak vnímají své klienty. Z jednotlivých odpovědí je patrné, že většina komunikačních partnerů vnímá své klienty a práci s nimi jako přítěž, jako problém, práce je jim nepříjemná a nebaví je.

„Vnímám své klienty jako nutné zlo, fakt, všechny. Jednání s nimi je hrozné, nikdy nic neví, nic si nepamatují, ale chtějí úplně všechno a nejlépe hned. Lžou, skoro všichni pracují načerno a tady dělají hrozné chudáčky.“ (B - sociální pracovník)

„Já je vnímám jako velký problém. Je jedno, kdo sem přijde, všichni lžou a křičí.“ (D - referent)

Je tady opět vidět rozdíl v komunikačních partnerech zajišťujících agendu hmotná nouze, státní sociální podpora a příspěvek na péči. Zatímco komunikační partneři s agendou hmotná nouze jsou jednoznačně negativní v hodnocení svých klientů a práce s nimi, komunikační partneři zajišťující agendu příspěvek na péči jsou naopak pozitivní. KP vykonávající agendu státní sociální podpora hodnotí spolupráci s klienty jak pozitivně, tak i negativně.

„Já pracuji na PNP a DOZP a žádné problémy s klienty nemám. To jsou buď zdravotně postižení a nebo starší klienti, dělám pouze sociální šetření, tam jsou vždycky hodní, příjemní, rádi mě vidí, nabízejí mi občerstvení. … Můžu říct, že mé klienty vnímám jen kladně a ráda s nimi spolupracuji.“ (A - sociální pracovník)

„Já se všemi klienty spolupracuji ráda, pracuji na oddělení Státní sociální podpory, nemám tam vyloženě konfliktní klienty a tak se snažím vždycky nějak domluvit. ... Rozhodně pro mě nejsou klienti žádný problém.“ (Referent – F)

4.2.3 Subjektivní pocity

Dalším předmětem výzkumu byly subjektivní pocity každého z komunikačních partnerů. Položené otázky zjišťovaly stav na konci pracovního dne, spolupráci s klienty a způsob opětovného získání energie a chuti komunikačních partnerů do dalšího dne. Z výsledků vyplývá, že práce je pro všechny komunikační partnery unavující, vyčerpává je, ale ty, kteří nemají na starosti hmotnou nouzi mají alespoň pozitivní pocity.

Vesměs všichni komunikační partneři odpovídali tak, že jsou na konci pracovního dne unaveni.

„Na konci pracovního dne se cítím unavená. V práci často řešíme problémy klientů a je to mnohdy vyčerpávající.“(C - referent)

Některé odpovědi byly takové, kdy na konci dne komunikační partneři odcházejí ze zaměstnání naprosto vyčerpáni nebo dokonce i naštvaní, rozčilení.

„Úplně vyčerpaně, jsem sociální pracovník, dělám sociální šetření, ale zároveň zajišťuji dávky, takže jsem s klienty pořád v kontaktu. Už jenom čekám, až skončí úřední hodiny a půjdu domů. Někdy jsou ty sociální šetření lepší než být v kanclu, protože tam na tebe řve jeden klient za druhým, hlavně když jim řekneš, že byli sankčně vyřazeni z evidence a tím pádem nejsou osobou v hmotné nouzi a dávky jim budou odebrány.“ (B - sociální pracovník)

„Totálně vyčerpaně, naštvaně, rozčíleně. Protože mě už všichni dokážou rozčílit, každé ráno si říkám, že se nenechám vytočit, ale vždycky to někdo dokáže, tím jak lžou.“ (H - referent)

Ovšem mezi tímto ryze negativním hodnocením a konstatováním o únavě se objevují i pozitivní odpovědi některých komunikačních partnerů.

„Většinou se cítím unavená, protože třeba musím udělat 5 až 6 sociálních šetření denně, ale jak říkám, je to fajn práce a lidi jsou taky příjemný, takže rozhodně nejsem vyčerpaná nebo naštvaná. Unavená jsem spíš proto, že vlastně neustále mluvím a mluvím a pořád přejíždím někam autem. To, že jdu ráda domu je jasný, ale neznamená to, že nemám svoji práci ráda, to vůbec ne, můžu říct, že bych vůbec neměnila.“ (A - sociální pracovník)

„Na konci pracovního dne se cítím většinou unaveně ale i spokojeně, pokud nedojde k žádným problémům s klienty.“(E - Sociální pracovník)

Korelace mezi subjektivním pocitem komunikačního partnera a jeho pracovní pozicí, respektive agendou, kterou se zastává, vyjadřuje následující tabulka č. 7.

Tabulka č. 7

KP	Pracovní pozice	Příspěvek na péči	Hmotná nouze	Státní sociální podpora
A	Sociální pracovník	Pozitivní		
B	Sociální pracovník		Negativní	
C	Referent		Negativní	
D	Referent			Negativní
E	Sociální pracovník	Pozitivní		
F	Referent			Pozitivní
G	Referent		Negativní	
H	Referent		Negativní	

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 7 je zřejmé, že komunikační partneři zajišťující agendu hmotná nouze hodnotí své subjektivní pocity jednoznačně negativně, zatímco ti, kteří mají na starosti agendu příspěvek na péči, jsou v tomto hodnocení pozitivní.

Ve vnímání klientů a hodnocení svých pocitů rozhodovalo to, jak se jednotliví klienti ke komunikačním partnerům chovají. Zatímco někde jsou slušní, jinde lžou, křičí a napadají pracovníky.

„Na konci dne se cítím strašně unavená, celý den posloucháš ty lži, musíš předstírat, že jim i věříš, a že tě to zajímá, pak píšeš rozhodnutí, kde píšeš, že nemají žádné příjmy, i když víš, že mají, bydlíme na malém městě, tak se lidi navzájem znají a ví, jestli chodíš pracovat.“ (D - referent)

V tabulce č. 8 je vidět, jaký způsob doplnění energie volí jednotliví KP.

Tabulka č. 8

KP	Odreagování se	Kontakt s blízkými	Pěstování koníčků	Odpočinek
A			X	
B	X	X		
C		X	X	
D				X
E	X	X	X	
F	X		X	X
G		X	X	
H				X

Zdroj: Vlastní výzkum

„Běhání. Běhám s kamarádkou každý večer, a když je to v práci hodně náročné, tak úplně cítím, jak to všechno ze mě při běhání spadne a cítím se moc fajn.“ (A – sociální pracovník)

„Mě jenom odpočinek, pustím si nahlas CD, nejraději poslouchám rock a ležím.“ (H – referent)

„Když přijdu domů, tak mám nejraději to ticho, nikdo nekřičí, nic po mě nechce.“ (D – referent)

4.2.4 Shrnutí výsledků

Hlavní výzkumná otázka mé práce je: Jaké povědomí mají pracovníci ONSD Úřadu práce České republiky o syndromu vyhoření?

Z kvalitativního výzkumu vedeného formou polostrukturovaných rozhovorů s osmi náhodně vybranými komunikačními partnery jsem se dozvěděla, že komunikační partneři částečně vědí, co znamená pojem syndrom vyhoření, ale blíže ho již nedokážou specifikovat. O fázích a průběhu syndromu vyhoření neměl nikdo z komunikačních partnerů žádné informace.

Co se týká rizikových faktorů pro vznik syndromu vyhoření, většinou měli komunikační partneři povrchní informace pouze o vnějších rizikových faktorech, ale o vnitřních rizikových faktorech se nikdo nezmínil. Z vnějších rizikových faktorů většinou všichni shodně udávali dlouhodobé a opakované jednání s lidmi.

Komunikační partneři také většinou shodně zmiňovali příznaky syndromu vyhoření na úrovni sociálních vztahů, kdy počáteční nadšení z práce slábne, a klienti se stávají přítěží.

Jako nejlepší prevenci proti syndromu vyhoření často komunikační partneři udávali, že odreagování se, ale nedokázali to již blíže specifikovat. Shodně však zmiňovali různé formy zájmů a koníčků.

5 DISKUZE

Nadšení do práce, zápal pro obor, optimistické vyhlídky do budoucna, pracovní doba dlouho přes plánovanou, práce o víkendech není žádnou překážkou, ale naopak vítanou příležitostí v klidu věci dotáhnout do konce. Následuje nesnesitelná únava a čím dál častěji pocity, že se dotýkáte dna svých psychických sil. Neschopnost soustředění, svíravý strach z každého dalšího pracovního dne, množící se konflikty s kolegy či klienty. Tak obvykle vypadají počátky a konce většiny příběhů popisujících zkušenost se syndromem vyhoření. Trpí tímto strašákem současné doby pracovníci ONSD Úřadu práce ČR? Je rozdíl mezi jednotlivými úřady z pohledu velikosti správního obvodu, vykonávané agendy?

Těmito a mnoha dalšími otázkami jsem se zabývala ve svém výzkumu, který se skládal s kvantitativní a kvalitativní části.

V kvantitativním výzkumu bylo osloveno 249 pracovníků ONSD Úřadu práce České republiky, z nich validních odpovědí splňujících všechna kritéria bylo 148. Z těchto 249 pracovníků jsem náhodně vybrala 8 komunikačních partnerů a s nimi jsem pomocí polostruktorovaného rozhovoru provedla kvalitativní část mého výzkumu. Na základě výsledků kvantitativního výzkumu jsem vyhodnocoval hypotézy, které jsem si na začátku svého výzkumu stanovila. Výsledky jsem podložila kvalitativním výzkumem.

Hodnotila jsem 148 validních odpovědí, z nichž převážnou většinu tvořily ženy. Celkem to bylo 140 žen, tedy 94,6% všech respondentů. Tento „nepoměr“ si vysvětluji tím, že ženy mají k práci sociálního pracovníka blíže než muži. I Maroon (2012) zmiňuje, že zabýváme-li se odborníky působícími v pomáhajících profesích s ohledem na jejich pohlaví, nelze si nevšimnout skutečnosti, že zde často početně převažují ženy nad muži.

Respondenti tvořili dvě skupiny podle pracovního zařazení, skupinu sociálních pracovníků, kterých bylo 63 a skupinu referentů v počtu 85. Z pohledu věku byla téměř třetina zastoupena respondenty starších 46 let (v počtu 44 = 30%) a podle délky pracovního poměru nejpočetnější byla skupina pracující v současné pozici 3-5 let (46 respondentů = 31%).

Obě dvě skupiny, tedy referenti a sociální pracovníci, se dále dělili podle agendy, kterou na své pozici vykonávají. Jedná se o dávky pro osoby ze zdravotním postižením, kde bylo nejméně respondentů (10), hmotnou nouzi, příspěvek na péči a státní sociální podporu, zastoupenou nejvyšším počtem respondentů v počtu 57.

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jestli mají pracovníci ONSD povědomí o tom, co je syndrom vyhoření. Podotázky, které jsem si kladla byly, zdali pracovníci ONSD znají příčiny, důsledky syndromu vyhoření a jestli ví, jaká je prevence proti syndromu vyhoření.

Již na začátku mého výzkumu jsem předpokládala rozdíly mezi referenty a sociálními pracovníky. Dá se říct, že zatímco referenti berou svou práci pouze jako výkon povolání, tak pro sociální pracovníky je toto povolání více posláním. Jsou přesvědčeni o tom, že je důležité pomáhat klientům s jejich tíživou životní situací, berou svou práci jako smysl života. Referenti podle mé zkušenosti většinou nemají prosociální cítění, nemají zájem pomáhat klientům a chybí jim nadhled a správná motivace. Jejich cílem, na rozdíl od sociálních pracovníků je rychle vyřídit danou záležitost a klienta se „zbavit“.

Sociální pracovníci jsou také více edukovaní, spoustu informací o své profesi získávají během svého studia a dá se předpokládat, že ví, jak předcházet syndromu vyhoření, jak se s ním případně vyrovnat. Sociální pracovník, co by pomáhající profese, je veden během jeho přípravy na toto povolání k altruistickému chování. Altruistické chování ovšem nelze naučit, protože vychází z podstaty člověka. Géringová (2014) ve svém díle uvádí, že altruismus je obecně chápán jako ochota pomáhat někomu bez očekávání odměny, ačkoliv se nevylučuje získání nějakých osobních výhod: osobního uspokojení, dobrého pocitu, sebeúcty nebo splnění morální povinnosti. Autorka zmiňuje, že základem pro altruistické chování, které je opakem egoistického, je schopnost empatie. Tudíž sociální pracovník by měl být schopen empatie, což je opět vlastnost vrozená, která se dá rozvíjet, ale ne získat.

Zajímavé bylo porovnání referentů vůči sociálním pracovníkům z hlediska různých aspektů. Například věkový poměr je rozdílný v tom, že zatímco sociální pracovníci jsou

zastoupeni ve všech věkových kategoriích podobně (rozdíl mezi nejvíce a nejméně zastoupenou kategorií je necelých 10 %), referenti mají výrazně vyšší zastoupení v kategorii 46 a více let, který dělá 36,5 %; u referentů je rozdíl mezi nevíce a nejméně zastoupenou skupinou 27 %.

Můj výzkum zaměřený na získání odpovědi na to, jestli jsou zaměstnanci ONSD o syndromu vyhoření informováni ukázal, že respondenti, kteří se výzkumu zúčastnili, mají určitou představu, která ale není úplná a liší se od jednotlivce. Nejen vyhodnocení kvantitativního, ale zejména kvalitativního výzkumu ukázalo, že znalost o syndromu vyhoření je jen obecná, nejde do hloubky a například v žádné z odpovědí se nevyskytla zmínka o jeho jednotlivých fázích, které jsou idealistické nadšení, stagnace, frustrace, apatie, jak uvádí například Stock (2014).

Odpovědi na znalost příčin vzniku syndromu vyhoření vykazují jasnou představu, že syndrom vyhoření je způsoben příliš vysokou pracovní zátěží, nadměrným sociálním kontaktem s klienty a nedostatkem odpočinku. Tyto důvody vzniku syndromu vyhoření uvedla výrazná většina respondentů, a to jak referentů, tak i sociálních pracovníků. Ovšem příčiny rodinné, osobní už uvedla pouhá pětina z nich. To poukazuje na to, že syndrom vyhoření je často spojován pouze s pracovní zátěží a nikoliv jako soubor všech vlivů, jak je popisují například Kallwass (2010) nebo Jeklová a Reitmayerová (2006). Rozdíl mezi referenty a sociálními pracovníky je vidět pokud porovnáme, kolik z nich uvedlo jako příčinu velké nadšení k práci. Z 26 respondentů, kteří tuto možnost zvolili, bylo 18 sociálních pracovníků, ale jen 8 referentů. To koresponduje s mým předpokladem, že sociální pracovníci jsou více informovaní než referenti, protože velké nadšení pro práci může být prvopočátkem budoucího syndromu vyhoření (prvotní fáze). Když jsem srovnávala vyhodnocení příčin syndromu vyhoření podle vykonávané agendy, tak jediný výraznější rozdíl byl u státní sociální podpory, jejíž respondenti uváděli mezi významnými příčinami zdravotní problémy, jako jsou bolest hlavy apod., zatímco respondenti vykonávající ostatní agendy, tedy příspěvek na péči, hmotou nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením kladli před tuto příčinu potřebu mít vše pod kontrolou.

Projevy syndromu vyhoření jsou těžko rozpoznatelné, zejména pokud jde o rané fáze syndromu vyhoření a je třeba se velmi pečlivě zaměřit na pozorování a vyhodnocování chování jedince, aby bylo možné začínající proces syndromu vyhoření rozpoznat. Jeklová a Reitmayerová (2010) uvádějí, že negativní projevy nemusejí samy o sobě znamenat přítomnost vyhoření. Deprese například, píší dále autorky, může být spojována i s náročnou životní situací, se zážitky z mládí apod. Únava se zase pojí s nějakým fyzickým nebo intelektovým výkonem, které sami o sobě přinášejí určitý pocit sebeuspokojení, oproti tomu při vyhoření se únava pojí s pocity marnosti a selhávání a zatímco u obyčejné únavy nám může postačit důkladně si odpočinout, u únavy spojené se syndromem vyhoření běžný odpočinek nepostačí, uvádějí autorky. Z tohoto důvodu jsem očekávala, že výsledky odpovědí na otázku Jaké jsou nečastější projevy syndromu vyhoření, budou poukazovat na ty nejhorší příznaky poslední fáze tohoto problému. Mé očekávání se potvrdilo, protože většina respondentů uváděla fyzické projevy, jako jsou vyčerpanost, zvýšení krevního tlaku, svalové napětí, poruchy spánku a stravování a dále pak poruchy chování, jako agresivitu, popudlivost, nechuť k práci a negativní postoj k životu. Méně respondentů, ale stále významné procento, kolem 45%, také uvedlo omezení sociálních kontaktů, zejména s klienty a přibývání konfliktů v soukromém životě.

Na otázku jak syndromu vyhoření předcházet odpovědělo minimum respondentů (9,5 %), že neví nebo že se syndromu vyhoření předcházet nedá. Ti, kteří takto odpověděli, byli všichni ze skupiny referentů. Většina respondentů (121) uvedla, že je nutný častý odpočinek a relaxace, dále pak naučit se říkat ne (103) a zvládat priority (93), to znamená plánovat své kapacity tak, aby byly využity na 100%, ne na 120%. Jak také uvádějí Jeklová a Reitmayerové (2010) ve své publikaci, je třeba snížit vysoké nároky na sebe, naučit se říkat ne, předcházet komunikačním problémům, vyjadřovat otevřeně své pocity, doplňovat energii, stanovit si priority, plánovat, vyvarovat se negativního myšlení a další. Porovnáním odpovědí respondentů s odbornou literaturou je zřejmé, že respondenti znají nástroje, jak se bránit prakticky (priority, odpočinek, plánování kapacit, přijímání jen zvládnutelných úkolů). Ovšem psychosociální aspekty až tak

dobře neznají, což je kontrola komunikace, obrana před negativismem, otevřenost a další.

Srovnáním výsledků u respondentů vykonávajících různé agendy je vidět několik rozdílů. Například u respondentů majících na starost hmotnou nouzi, příspěvek na péči nebo státní sociální podporu je nejvýznamnějším preventivním opatřením častý odpočinek, tak u respondentů s agendou dávky pro osoby zdravotně postižené je to stanovení si priorit. Dalším zajímavým aspektem je rozdíl v možnosti účasti na supervizi, kde respondenti s agendou hmotná nouze tuto možnost vyzdvihují výrazněji než respondenti ostatních agend. Podle mého názoru to bude zapříčiněno klientelou, kterou agendy spravují. Klienti státní sociální podpory a příspěvku na péči nejsou a priory v těžké životní situaci a nemají důvod nepřiznávat své příjmy, uvádět nepravdy a vymýšlet si. Tudíž jednání s nimi je jednodušší, méně stresující. Stejně tak agenda spravující dávky pro zdravotně postižené osoby. Její klienti jsou rádi za každou pomoc, která se jim dostane. Naproti tomu klienti žádající o hmotnou nouzi jsou ti, kteří se dostali do sociálně tíživé situace a snaží se z ní co nejvíce vyzískat. To má za příčinu uvádění polopravd až lží, nepřiznání příjmů, například práce na černo. S takovými klienty se pak hůře pracuje, nezřídka dochází k hádkám mezi pracovníkem ÚP a klientem, slovnímu napadání a to vše vede k větší stresové zátěži. Zajímavé je, jak jednotlivé agendy uvedly, že problémový klient je příčinou vzniku syndromu vyhoření. Podle předpokladu, nejméně zastoupená byla agenda státní sociální podpora, 45,5% respondentů. Následovali respondenti vykonávající příspěvek na péči (47% respondentů) a poté agenda hmotné nouze (55% respondentů). Překvapivě nejvíce tuto možnosti uvedli respondenti s agendou dávky pro osoby se zdravotním postižením (60%). Příčinou může být to, že v jinak poměrně klidné agendě, s klientelou, která není výrazně problémová, je jedinec vymykající se z tohoto standardu brán velmi vážně.

Dalším faktorem, který ukazuje na rozdíly mezi referenty a sociálními pracovníky je vykonávaná agenda. Už z definice pracovní náplně, kterou jsem uvedla v teoretické části, je jasné, že referenti a sociální pracovníci mají rozdílné povinnosti a pravomoci a s tím spojené vykonávání příslušné agendy. Zastoupení referentů je takové, že téměř 60% jich vykonává státní sociální podporu, agendu nevyžadující sociální šetření

(sociálních pracovníků 11%). Naproti tomu sociálních pracovníků vykonává hmotnou nouzi 43% (referentů 26%). Právě agenda hmotné nouze se svými problémovými klienty by se mohla zdát příčinou vyšší stresové zátěže a tím i vyšší fluktuace zaměstnanců mající na starosti její vykonávání, tedy sociálních pracovníků. Tento názor podporuje Maroon (2012) ve své knize, kde říká, že z popisů pracovních povinností je patrná značná odpovědnost, kterou sociální pracovníci musí v různých rolích převzít. Dále uvádí, že klienti, kteří jsou v péči sociálních pracovníků, jsou často bez motivace a péči brání. Sociální pracovníci se cítí bezmocní, zklamaní a pochybují o vlastních schopnostech a pak mají ke klientovi a k práci negativní postoj, pokračuje autor. Proti tomu ovšem stojí fakt, že fluktuace se týká zejména referentů, tedy pracovníků, kteří tyto problémy neřeší. Vysvětluji si to přístupem referentů k práci s klienty. Podle mého názoru se referenti nesnaží do klientovy situace vcítit, neberou každého klienta individuálně, ale všechny situace se snaží řešit podle stejného vzorce. A právě to je pro referenty silně frustrující a stresové.

S výše uvedeným zdá se souvisí i odpovědi respondentů na školení v oblasti prevence proti syndromu vyhoření. Jak jsem se zmínila výše, referenti „pouze“ vykonávají své pracní povinnosti, nemají zájem o školení a nejsou dostatečně kvalifikovaní k empatickému přístupu ke klientům. Naproti tomu sociální pracovníci mají ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách povinnost absolvovat 24 hodin školení ročně. To je také příčinou, proč mají referenti méně informací a proč uvádějí z téměř 78%, že nebyli proškoleni. Popravdě ani u sociálních pracovníků není procento proškolených nijak veliké, nicméně je dvojnásobné oproti referentům (43%). Výsledky ukazují, že z pohledu agendy jsou nejvíce proškoleni pracovníci zabývající se příspěvkem na péči a hmotnou nouzí a nejméně ti, kteří vykonávají státní sociální podporu, což odpovídá tomu, že 86% z nich jsou referenti.

Autoři odborných publikací uvádějí supervizi jako dobrý nástroj k prevenci proti syndromu vyhoření. Například Maroon (2012) uvádí, že v profesním světě nabitém emocemi, plném přetížení, ambivalence a tlaku rolí může být supervizor rozhodujícím ohniskem a stabilizujícím činitelem. Tam, kde supervize přispívá k jasné definici rolí a tím ke zmírnění jejich mnohoznačnosti, uvádí dále Maroon (2012), se sociálním

pracovníkům zlepšuje sebevědomí a jsou méně frustrovaní. Jeklová a Reitmayerová (2006) zdůrazňují, že k pravidelné korekci profesionálního chování a zároveň zajišťování prevence v rámci syndromu vyhoření se používá supervize, jenž slouží jako nástroj k pravidelnému očištění od zbytků myšlenek i emocí, které v hlavě uvíznou. Z mého výzkumu vyplývá, že přes 84% sociálních pracovníků se s pojmem supervize setkalo, skoro 45% referentů naopak tento pojem nezná. A z pohledu agendy jde o stejný poměr, tedy přes 84% respondentů s agendou příspěvek na péči ví, co je supervize, resp. téměř 76% respondentů zabývající se hmotnou nouzí, zatímco bezmála 48% respondentů vykonávajících agendu státní sociální podpory ne.

Respondenti se také vyjadřovali k tomu, zdali by si přáli, aby Úřad práce ČR zajišťoval supervizi pro své zaměstnance. Z celkové ho počtu sto respondentů, kteří pojem supervize znají, se jich 62% vyjádřilo, že ano, že by chtěli, aby Úřad práce ČR supervize zajišťoval. Z tohoto počtu to bylo 25 referentů a 37 sociálních pracovníků, což dává výsledek 70% sociálních pracovníků a 53% referentů.

Rozdíl mezi referenty a sociálními pracovníky bych přikládala jednak vzdělání a jednak přístupu k práci, kterou vykonávají. Jak jsem se již zmínila, referenti nejsou vzděláváni pro kontakt s klienty ve smyslu přístupu. Referenti často neví, jak reagovat na klienty, se kterým je těžké se domluvit, kteří nechápou důvody, proč jim nelze vyhovět. Berou všechny klienty stejně, očekávají ode všech stejné reakce a předpokládají, že se všichni klientu budou chovat rozumně. Tím se dostávají do pro ně horších situací než je nezbytně nutné. Sociální pracovníci, připravovaní na trpělivý empatický přístup ke klientele dokáží stresovým situacím předejít nebo je zmírnit. Na druhou stranu, sociální pracovníci mající svou náplň práce jako poslání, osobní cíl, se hůře smiřují s neúspěchem na rozdíl od referentů, jejichž přístup je odosobněný a mající charakter pracovních úkolů. Referenti si nenosí práci domů, snad jen nepříjemné pocity z ní, ale sociální pracovník často problémy svých klientů řeší i ve svém osobním volnu. Jak uvádí ve své publikaci Maroon (2012), základní princip sociální práce, kdy ve středu pozornosti je neustále klient, poukazuje na ohnisko intervenčního procesu. Přání pomoci klientovi, uvádí dále autor, je centrální, naopak potřeby, přání a záliby sociálního pracovníka se odsunují do pozadí.

Vyhodnocení hypotéz

Ve svém výzkumu jsem si stanovila tři hypotézy:

Pro jejich vyhodnocení jsem použila statistickou metodu dobré shody, Chí-kvadrát. U všech jsem si stanovila Hypotézu H0, kterou jsem vyhodnocovala na základě zvolené hladiny významnosti 5% s daným stupněm volnosti a k přesnějšímu výsledku jsem použila Yatssovu korekci.

První hypotéza H1 „Pracovníci ONSD ve větších městech se cítí subjektivně více vyčerpaní než pracovníci v menších městech“, byla na základě použité metody vyvrácena. Předpokládala jsem, že v místech s větším správním obvodem bude i více klientů k řešení a tím méně času, což bude mít za příčinu nárůst stresu, a to v mnohem větší míře než v místech s menším správním obvodem. Z toho jsem vyvozovala závěr, že bude stoupat i vyčerpanost. Stanovila jsem si tedy hypotézu H0, která říká, že jsou na tom obě skupiny stejně, to znamená, že předpokladem bylo, že se odpovědi u respondentů z menších měst a větších měst budou víceméně shodovat. Ptala jsem se například na to, jak se komunikační partneři cítí, zdali mají nějaké zdravotní obtíže nebo jestli stále chtějí v současném zaměstnání setrvat. Odpovědi byly různé, ale nebyly nikterak významně rozdílné. To mi potvrdila i statistická metoda dobré shody, která neodhalila dostatečně signifikantní rozdíly mezi pracovníky ONSD ve větších a menších městech a tím hypotézu H0 nemohla vyvrátit. Pokud tedy platí H0, nemůže zároveň platit původní hypotéza, tudíž je tímto H1 vyvrácena.

Druhou hypotézu H2 „Sociální pracovníci ONSD mají více informací o tom, jak předcházet syndromu vyhoření než referenti ONSD“ jsem s použitím stejné metody potvrdila. Opět jsem definovala H0, tedy, že referenti i sociální pracovníci mají shodné informace o syndromu vyhoření a předpokládala, že jejich odpovědi budou shodné nebo velmi podobné. Vyhodnocovala jsem zvolené možnosti na prevenci před syndromem vyhoření z dotazníku. Dá se říci, že hypotézu potvrdil i kvalitativní výzkum, kdy sociální pracovníci ve 100% uvedli nějaké příklad prevence před syndromem vyhoření, zatímco z pěti referentů neuvedli žádný příklad dva referenti. Ve vyhodnocení hypotézy pak statistická metoda Ch-kvadrát ukázala výrazné signifikantní rozdíly v odpovědích

obou skupin, čím jsem hypotézu H0 vyvrátila a potvrdila tak tu původní H1, tedy, že sociální pracovníci mají více informací o syndromu vyhoření než referenti. Důvodem může být, podle mého názoru, již komentovaný přístup k pracovním povinnostem a s tím související zájem o danou práci a sebevzdělávání, zvyšování si povědomí o konkrétní problematice.

Třetí hypotéza H3 „Referenti ONSD se cítí subjektivně více vyčerpáni než sociální pracovníci ONSD“ byla vyvrácena na základě toho, že rozdíly mezi sociálními pracovníky a referenty nejsou signifikantní. Vyhodnocované otázky byly stejné jako u hypotézy H1, jen jsem namísto k velikosti správního obvodu přihlížela k pracovní pozici respondenta. Kvalitativní výzkum podtrhuje výsledek ověření hypotézy, protože v něm shodně všichni komunikační partneři uváděli, že je práce vyčerpává. Některé i naplňuje, způsobuje uspokojení, ale vyčerpává. Postup vyhodnocení u třetí hypotézy byl totožný jako u předchozích dvou hypotéz. Hypotéza H0 předpokládala shodné vyhodnocení vyčerpanosti u obou skupin respondentů. Jejich odpovědi ale nevykazovali dostatečnou rozdílnost, a tak není možné H0 vyvrátit, což znamená, že nemůže platit původní hypotéza H3.

Shrnutí a závěr

Výsledky výzkumu ukazují, že pracovníci ONSD Úřadu práce ČR mají znalosti o syndromu vyhoření, že znají jeho příčiny, projevy a mají představu o prevenci před jeho výskytem. Nicméně tyto informace jsou neúplné, někdy matoucí ve smyslu zaměření se na nepodstatné příčiny a pomíjení těch důležitých. Je zde vidět i rozdíl mezi jednotlivými pracovními pozicemi, což jsme si i statisticky potvrdili. Ale také mezi jednotlivými agendami.

Nelze říci, jestli k syndromu vyhoření mají blíže sociální pracovníci nebo referenti. To také nebylo předmětem výzkumu. Nicméně tento ukazatel může posloužit k vyhodnocení informovanosti o syndromu vyhoření, což už cíle této práce je.

Maroon (2012) zmiňuje, že klienti přicházejí obtíženi problémy a očekávají vysvětlení a útěchu a jejich city se pohybují v širokém rozmezí, kdy jde o nenávist, stud, vinu, vztek, smutek, nedůvěru, agresi, strach ze zneužití. Autor dále uvádí, že negativní chování

klientů je častý psychosociální příznak, který se může vyznačovat pasivními vzorci chování, jako je nedostatek motivace něco měnit, aktivními, destruktivními vzorci, jako agrese, manipulace a kritizování pomáhajícího, což znamená, že klient je pasivní a nemotivovaný nebo agresivní a manipulativní, přičemž obojí útočí na efektivitu práce pomáhajícího.

Takže zatímco se v tomto modelu referent chová podobně negativně a na konci dne odchází frustrován ze vzniklého konfliktu s klientem, sociální pracovník je vyčerpán svou snahou klientovi pomoci a z práce si odnáší pocit zmaru, frustrace s neuspokojení klienta. Můžeme tedy říci, že oba pracovníci končí den nešťastně a s množícími se podobnými situacemi se dostávají do prvních stádií přicházejícího syndromu vyhoření.

Tento závěr by měl pomoci s přípravou zaměstnanců na kontakt s klienty, na cílené školení o prevenci před syndromem vyhoření právě s ohledem na pracovní pozici, kterou zaměstnanec vykonává.

6 ZÁVĚR

Cílem mé diplomové práce bylo popsat problematiku syndromu vyhoření u pracovníků oddělení nepojistných sociálních dávek Úřadu práce ČR.

Na základě dvouletých pracovních zkušeností coby sociální pracovník na Úřadu práce ČR pro agendu hmotné nouze a příspěvek na péči jsem předpokládala rozdíly mezi referenty a sociálními pracovníky, a to jak v množství informací o syndromu vyhoření, tak v subjektivních pocitech a především také ve vnímání klientů.

Výzkum částečně potvrdil tento předpoklad v kontextu jejich znalostí o syndromu vyhoření. Naopak se nepotvrdil rozdíl mezi malými a velkými správními obvody, kde jsem předpokládala větší zátěž ve větších městech.

Ukázalo se také, že zájem referentů o zkoumanou problematiku není zdaleka tak výrazný jako u sociálních pracovníků, ba naopak, v některých případech zcela chybí. Absence zájmu se projevila i v samotném přístupu k vykonávané pracovní činnosti, naprostý opak v porovnání se sociálními pracovníky. Rozdíl mezi referenty a sociálními pracovníky je zejména v přístupu ke klientům. Motivační hybatel pro referenta je egoisticky zaměřen, zatímco u sociálního pracovníka je to altruismus, empatie. Všechny tyto důvody mne vedou k doporučení, aby se pozice zabývající se ONSD a to především hmotná nouze, obsazovaly především sociálními pracovníky.

Výsledky výzkumu ukazují dále na potřebu prohloubení znalostí o podstatě syndromu vyhoření u všech pracovníků ONSD. Nehledě na velikost správního obvodu, vykonávanou agendu, pracovní pozici ani délku pracovního poměru v úřadě. Znalosti pracovníků ONSD Úřadu práce ČR jsou neúplné, nedostatečné. V případě pomáhajících profesí, a to ONSD jsou, je hrozba syndromu vyhoření velká.

Tato diplomová práce by se měla stát podkladem pro další studie vlivu práce na pozici ONSD na osobnost a psychiku zaměstnanců a přispět k prevenci proti syndromu vyhoření. Jedním ze způsobů použití by mohlo být cílené vzdělávání s ohledem na konkrétní vykonávanou agendu pracovníků ONSD Úřadu práce ČR.

7 SEZNAM INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. BARTOŠÍKOVÁ, I., 2006. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-701-3439-9.

2. BECK, P. et al., 2012. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: ANAG. ISBN 978-80-7263-744-7.

3. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o sociálních službách*, v platném znění. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108

4. ČESKO. *Zákon č. 110/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o životním a existenčním minimu*, v platném znění. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-110

5. ČESKO. *Zákon č. 111/2006 Sb., ze dne 14. března 2006, o pomoci v hmotné nouzi*, v platném znění. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-111

6. ČESKO. *Zákon č. 117/1995 Sb., ze dne 26. května 2002, o státní sociální podpoře*, v platném znění. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117

7. ČESKO. *Zákon č. 329/2011 Sb., ze dne 13. října 2011, poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů*, v platném znění. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329

8. ČESKO. *Zákon č. 73/2011 Sb., ze dne 09. února 2011, o Úřadu práce České republiky*, v platném znění. Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-73

9. Doplatek na bydlení, 2014. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/bydleni

10. GÉRINGOVÁ, J., 2011. *Pomáhající profese*. Praha: TRITON. ISBN 978-80-7387-394-3.

11. GREGORY, S. T., 2015. Burnout Among Primary Care Physicians: A Test of the Areas of Worklife Model. *Journal of Healthcare Management* [online]. Vol. 60, issue 3, p. 133-148 [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: http://ehis.ebscohost.com/eds/results?sid=0a62bb8a-f72a-4c83-b74fc4b54a3e6f02%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4111&bquery=burnout&bdata=Jmxhbmc9Y3MmdHlwZT0wJnNpdGU9ZWRzLWxpdmU%3d

12. GRÜN, A., 2014. *Vyhoření: Jak rozproudit vlastní energii*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0587-6.

13. GUGGENBUHL CRAIG, A., 2010. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-809-8.

14. HÁJEK, K., 2012. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0221-9.

15. HALBESLEBEN, J. R. B. a E. DEMEROUTI, 2005. The construct validity of an alternative measure of burnout: Investigating the English translation of the Oldenburg Burnout Inventory. *Work* [online]. Vol. 19, issue. 3, p. 208-220 [cit. 2016-04-15]. DOI: 10.1080/02678370500340728.]. ISSN 0267-8373 Dostupné z: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500340728

16. HAVRÁNEK, P. a kol., 2004. *Umění žít*. Vimperk: TINA. ISBN 80-85618-17-6.

17. HAWKINS, P. a R. SHOHET, 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-715-9.

18. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

19. HONZÁK, R., 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad. ISBN 978-80-7429-552-2.

20. HOSKOVCOVÁ, S., 2009. *Psychosociální intervence*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1626-1.

21. HUBERTOVÁ, A., 2015. Využití příspěvku na péči. *Listy sociální práce*. Roč. 3, č.1, s. 9. ISSN 2336-2332.

22. JANKOVSKÝ, J., 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-329-6.

23. JEKLOVÁ, M. a E. REITMAYEROVÁ, 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-74-1.

24. JŮN, H., 2010. *Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-590-5.

25. KALLWASS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-299-7.

26. KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 2003. *Syndrom vyhoření*. 2. vydání. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.

27. KOPŘIVA, K., 2006. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-429-X.

28. KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-807-3675-684.

29. LOUKOTA, I., 2013. Státní sociální podpora. In: KAHOUN, V. et al. *Sociální zabezpečení*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-733-0.

30. MALÁ, Z., 2015. *Slovník sociálního zabezpečení*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-114-0.

31. MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: Teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0180-9.

32. MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

33. Metodický pokyn č. 13, 2015. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: https://sps.mpsv.cz/orgs/upc/53/Sdilene%20dokumenty/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2Forgs%2Fupc%2F53%2FSdilene%20dokumenty%2Fp%C5%99%C3%ADsp%C4%9Bvek%20na%20p%C3%A9

34. Metodický pokyn č. 5, 2015. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: https://sps.mpsv.cz/orgs/upc/53/Sdilene%20dokumenty/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2Forgs%2Fupc%2F53%2FSdilene%20dokumenty%2FHMOTN%C3%81%20NOUZE%20od%20%202015&FolderCTID=0x012000C2A485C42E46F74BA5067C4F6E5E68DB

35. Metodický pokyn č. 6, 2015. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z: https://sps.mpsv.cz/orgs/upc/53/_layouts/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/orgs/upc/53/Sdilene%20dokumenty/HMOTN%C3%81%20NOUZE%20od%20%202015/20

36. MICHKOVÁ, A., 2008. *Supervize*. České Budějovice: Jihočeská univerzita České Budějovice, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-145-1.

37. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

38. MONTERO-MARÍN, J. a J. GARCÍA-CAMPAYO, 2010. A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". *BMC Public Health* [online]. [cit. 2016-02-16]. DOI: 10.1186/1471-2458-10-302. ISSN 1471-2458. Dostupné z: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/302

39. MPSV, 2015. *Slovník sociálního zabezpečení 2015*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-114-0.

40. NOVÁK, T., 2011. *Jak bojovat se stresem*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0695-4.

41. Úřadu práce České republiky, 2014. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/oup

42. Pohřebné, 2014. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/pohrebne

43. PRIEß, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-5394-2.

44. PRŮŠA, L. a kol., 2014. *Alchymie nepojistných sociálních dávek*. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-528-3.

45. Příspěvek na péči, 2014. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek

46. Příspěvek na živobytí, 2014. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/hn/obcane/zivobyti

47. REZEK, T., 2016. Zvýšení příspěvku na péči. *Práce a sociální politika*. Roč. 13, č. 1, s. 1. ISSN 0049-0962.

48. Rodičovský příspěvek, 2014. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/soc/ssp/obcane/rodicovsky_prisp

49. SEEMANOVÁ, J., 2015. *Nebojujte se zákony a slaďte práci s rodinou*. Praha: APERIO. ISBN 978-80-904301-6-7.

50. SCHMIDBAUER, W., 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-312-9.

51. SCHMIDBAUER, W., 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-369-7.

52. SMITH, M. a J. SEGAL, 2016. *Preventing burnout*. [online]. [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: http://www.helpguide.org/articles/stress/preventing-burnout.htm#preventing

53. STOCK, CH., 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-3553-5.

54. ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĎOVÁ, 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry.* Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

55. ŠVINGALOVÁ, D., 2006. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-105-8.

56. TOŠNER, J. a T. TOŠNEROVÁ, 2002. *Burn-out syndrom,* Praha: Hestia. ISBN 978-80-262-0213-5.

57. VÍT, K., 2015. *Správným směrem*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-091-4.

58. VOSEČKOVÁ, A. a Z. HRSTKA, 2010. *Kapitoly z psychologie zdraví: Syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Fakulta vojenského zdravotnictví UO. ISBN 978-80-7231-344-0.

59. WEBER, A., 2000. Burnout syndrome: a dinase of modern societies. *Occupational medicine*. [online]. Vol. 50, issue 7, p. 512-517 [cit. 2016-03-12]. Dostupné z: http://occmed.oxfordjournals.org/content/50/7/512.full.pdf

60. Zpráva o činnosti Úřadu práce České republiky, 2016. [online]. *MPSV*. [cit. 2016-03-02]. Dostupné z: http://portal.mpsv.cz/upcr/oup/zprocin/zprava_o_cinnosti_up_cr_za_rok_2015.pdf

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Dotazník

Příloha č. 2: Seznam kontaktních pracovišť spadajících pod krajskou pobočku Úřadu práce České Budějovice

Příloha č. 3: Správní obvody obcí s rozšířenou působností

Příloha č. 4: Scénář otázek k rozhovoru

Příloha č. 1 – Dotazník

Vážení respondenti,

jsem studentka ZSF JU a chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění dotazníku, který poslouží k získání podkladů k mé diplomové práci, jejíž téma je: *"Syndrom vyhoření u pracovníků oddělení nepojistných sociálních dávek Úřadu práce České republiky"*.

Dotazník je zcela anonymní. Velmi děkuji za spolupráci!

1. **Jaké je Vaše pohlaví?**
   - ☐ žena
   - ☐ muž

2. **Jaký je Váš věk?**
   - ☐ 19 -25
   - ☐ 26 – 30
   - ☐ 31 – 35
   - ☐ 36 – 40
   - ☐ 41 – 45
   - ☐ 46 a více

3. **Jakou pozici na ÚP ČR zastáváte?**
   - ☐ sociální pracovník
   - ☐ referent (specialista na dávky, ověřovatel dávek)
   - ☐ jiné

4. **Je Vaše pozice sociálního pracovníka spojena i se zajišťováním dávek?**
   - ☐ ano
   - ☐ ne

5. **Jaký druh agendy na ÚP ČR vykonáváte? (pouze jednu možnost)**
   - ☐ státní sociální podpora
   - ☐ pěstounská péče
   - ☐ hmotná nouze

☐ příspěvek na péči

☐ dávky pro osoby se zdravotním postižením

☐ jiné

6. Jak dlouho pracujete na této pozici?

☐ 1 – 2 roky

☐ 3 – 5 let

☐ 6 – 10 let

☐ 11 – 15 let

☐ více jak 16 let

7. Do jaké kategorie správního obvodu obce s rozšířenou působností spadá Vaše KoP podle počtu obyvatel:

☐ 10 000 – 20 000

☐ 21 000 – 40 000

☐ 41 000 – 60 000

☐ 61 000 a více

8. Myslíte si, že syndrom vyhoření je:

☐ fyzické vyčerpání

☐ fyzické, mentální a emoční vyčerpání

☐ mentální vyčerpání

☐ o syndromu jsem již slyšel/a, ale nevím, co znamená

☐ nevím, nikdy jsem o syndromu vyhoření neslyšel/a

9. Zaškrtněte všechny nejčastější příčiny syndromu vyhoření dle vašeho mínění:

☐ rozvod

☐ problémový klient

☐ dlouhodobé jednání s lidmi

☐ nedostatek odpočinku

☐ vyhoření bytu či rodinného domu

☐ příliš mnoho pracovních úkolů

☐ nedostatek ocenění práce ze strany vedení či klientů

☐ velké nadšení pro práci

☐ konflikty v rodině

☐ zdravotní problémy (bolest hlavy apod.)

☐ potřeba mít vše pod kontrolou

10. Zaškrtněte všechny projevy syndromu vyhoření dle vašeho mínění:

☐ větší angažovanost v zaměstnání

☐ neustálý strach z náhlého požáru

☐ nechuť a lhostejnost k práci

☐ negativní postoj k sobě i k životu

☐ přibývání konfliktů v oblasti soukromí

☐ omezení kontaktů s klienty na nejmenší možnou mez

☐ poruchy spánku, chuti k jídlu, nižší imunita

☐ únavovost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak

☐ zlepšení komunikace mezi spolupracovníky

☐ popudlivost, agresivita

11. Jak si myslíte, že se dá předcházet syndromu vyhoření:

☐ nedá se mu předcházet

☐ snížit vysoké nároky sami na sebe

☐ často odpočívat, relaxovat

☐ účast na supervizi

☐ pěstovat mezilidské vztahy

☐ naučit se říkat „ne“

☐ využívat nabídek pomoci

☐ vyjadřovat otevřeně své pocity

☐ stanovit si priority

☐ včasná výpověď ze zaměstnání

☐ nevím

12. Účastnila jste se školení Prevence syndromu vyhoření, které zajišťuje ÚP ČR?

☐ ano

☐ ne

13. Znáte pojem supervize?

☐ ano

☐ ne

14. Co vše pro Vás supervize znamená? (otázka pouze pro ty, kdo odpoví v otázce č. 13 ano)

☐ nutná povinnost

☐ sezení se spolupracovníky a řešení problémových klientů

☐ setkání celého týmu a řešení organizačních věcí

☐ sezení týmu s pocitem bezpečí, důvěry a vzájemné podpory

☐ možnost dávat a přijímat zpětnou vazbu

☐ sezení týmu pod vedením supervizora, který pomáhá uvědomovat si naše reakce a odezvy na klienty

☐ pomoc a zároveň kontrola

15. Myslíte, že by ÚP ČR měl zajišťovat supervize? (otázka pouze pro ty, kdo odpoví v otázce č. 13 ano)

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

16. Máte pocit, že Vás práce vyčerpává?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

17. Máte pocit, že se obtížně soustředíte?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

18. Máte pocit, že svoji práci omezujete pouze na mechanické provádění?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlela

19. Připadáte si fyzicky „vyždímaná/ý?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlela/a

20. Býváte vnitřně neklidný/á a nervózní?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

21. Trápí Vás poruchy spánku?

☐ Ano

☐ Ne

☐ Ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

22. Vyhýbáte se účasti na dalším vzdělávání?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

23. Máte pocit, že Vás klienti obtěžují?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

24. Máte chuť pomáhat problémovým klientům?

☐ ano

☐ ne

25. Přemýšlíte o odchodu z pracoviště?

☐ ano

☐ ne

☐ ještě jsem o tom nepřemýšlel/a

Příloha č. 2 – Seznam kontaktních pracovišť, které spadají pod krajskou pobočku Úřadu práce České Budějovice

Kontaktní pracoviště	Počet referentů	Počet sociálních pracovníků
Blatná	5	0
České Budějovice	21	24
Český Krumlov	13	7
Dačice	4	6
Jindřichův Hradec	11	7
Kaplice	6	4
Milevsko	4	5
Nové Hrady	1	0
Písek	19	7
Prachatice	9	5
Soběslav	7	3
Strakonice	16	0
Tábor	23	9
Trhové Sviny	1	4
Třeboň	5	5
Týn nad Vltavou	4	2
Vimperk	7	2
Vodňany	3	2
Volary	1	2
Celkem	**155**	**94**

Zdroj: Vlastní výzkum

Příloha č. 3 – Správní obvody obcí s rozšířenou působností

Správní obvod obce s rozšířenou působností	Počet obyvatel
Blatná	13 790
České Budějovice	157 018
Český Krumlov	41 690
Dačice	19 379
Jindřichův Hradec	47 575
Kaplice	19 420
Milevsko	18 466
Písek	52 168
Prachatice	33 334
Soběslav	21 983
Strakonice	45 262
Tábor	80 481
Trhové Sviny	18 747
Třeboň	24 824
Tým nad Vltavou	14 096
Vimperk	17 466
Vodňany	11 601

Zdroj: Regionální informační servis

Příloha č. 4 – Scénář otázek k rozhovoru

1. Jaký je Váš věk?
2. Na jaké pracovní pozici pracujete na Úřadu práce ČR?
3. Jak dlouho pracujete na této pozici?
4. Jaký druh agendy na Úřadu práce ČR vykonáváte?
5. Jaké je Vaše vzdělání?
6. Co vše víte o syndromu vyhoření?
7. Kde jste se s pojmem syndrom vyhoření setkala poprvé?
8. Jaká je dle Vašeho mínění nejlepší prevence proti syndromu vyhoření?
9. Jak vnímáte Vaše klienty?
10. Můžete popsat, jak se cítíte na konci Vašeho pracovního dne? Proč?
11. Co Vám po náročném dni v práci dokáže nejvíce dodat energii? A proč?