

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním

Bakalářská práce

Autor: Lucie Hrůzová
Studijní program: B6731 – Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: Kombinované
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Zadání



Univerzita Hradec Králové
Ústav sociální práce

Zadání bakalářské práce

Autor: Lucie Hrůzová

Studium: U1736

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním**

Název bakalářské práce AJ: The Burnout Syndrome amongst Social Workers Providing Services to People with Mental Illness

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Tématem mé bakalářské práce bude syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním. Bude pojednávat o vývoji, symptomech a projevu. V neposlední řadě se bude věnovat prevenci a způsobům, jak předcházet vyhoření a zda je supervize účinná metoda proti vyhoření. Budu se zabývat otázkou co je duševní nemoc, specifiky sociální práce s duševně nemocnými a cílovou skupinou. Praktickou část budu realizovat kvantitativní metodou.

MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2012. ISBN 978-80-262-0180-9 MATOUŠEK, Oldřich. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 1. vydání. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-002-X MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5. HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3553-5

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Jičíně dne 17.7.2020

Lucie Hrůzová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala za odbornou pomoc, zkušenosti a cenné rady své vedoucí bakalářské práce MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. Poděkování dále patří všem sociálním pracovníkům, kteří si udělali čas vyplnit dotazník, a tím přispěli k výzkumu. Velké díky patří celé mé rodině za trpělivost a podporu v průběhu celého studia.

Anotace

HRŮZOVÁ, Lucie. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Filozofická fakulta. Vedoucí práce doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Tématem předložené bakalářské práce je syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním. V teoretické části jsou uvedeny definice syndromu vyhoření, popsány příznaky, vývoj a diagnostika tohoto syndromu. Práce se věnuje prevenci ze strany jednotlivce a ze strany zaměstnavatele. Popisuje specifika sociální práce s duševně nemocnými, uvádí duševní poruchy a poruchy chování. V empirické části je popsán realizovaný výzkum, jehož cílem bylo zjistit přítomnost syndromu vyhoření a využívaná preventivní opatření včetně supervize u sociálních pracovníků pečujících o lidi s duševním onemocněním. Výzkumné šetření mělo kvantitativní charakter a opíralo se o data získaná z dotazníku. Ten se skládal ze standardizované části, a to dotazníku Burnout Measure (BM) od autorů Ayale Pines a Elliot Aronson, který se zaměřuje na zjištění míry syndromu vyhoření a nestandardizované části, tvořené vlastními otázkami, orientovanými na prevenci syndromu vyhoření.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, sociální pracovník, duševní onemocnění, dotazníkové šetření, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, supervize.

Annotation

HRŮZOVÁ, Lucie. The Burnout Syndrome of social workers who take care of people with mental illness. Hradec Králové, 2020. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Faculty of Philosophy. Leader of the Bachelor Degree Thesis doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

The topic of the submitted bachelor thesis is burnout syndrome of social workers who take care of people with mental illness. The theoretical part provides definitions of burnout syndrome, describes the symptoms, development and diagnosis of this syndrome. The thesis deals with prevention by the individual and by the employer. It describes the specifics of social work with people with mental illness, lists mental and behavioural disorders. The empirical part describes the realized research, which aimed to determine the presence of burnout syndrome and the preventive measures used, including supervision of social workers who take care of people with mental illness. The research survey was quantitative in nature and relied on data obtained from questionnaires. It has standardized part, Burnout Measure (BM) by Ayale Pines and Elliot Aronson, which focuses on determining the extent of burnout and non-standardized questionnaire, formed by own questions which was focused on the prevention of burnout syndrome.

Key words: burnout syndrome, social worker, mental illness, questionnaire survey, social work with people with mental illness, supervision.

OBSAH

Úvod	9
Teoretická část	11
1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom)	11
1.1 Definice syndromu vyhoření.....	11
1.2 Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření.....	12
1.3 Příznaky vyhoření	13
1.4 Vývoj syndromu vyhoření.....	15
1.5 Diagnostika syndromu vyhoření	16
1.6 Předcházení syndromu vyhoření.....	17
1.6.1 Prevence ze strany jednotlivce.....	18
1.6.2 Prevence ze strany zaměstnavatele	20
1.6.3 Supervize	20
2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	24
2.1 Sociální pracovník v oblasti duševního zdraví.....	24
2.2 Komunitní péče o lidi s duševní nemocí.....	27
2.3 Duševní onemocnění	28
2.3.1 Duševní poruchy	28
2.4 Shrnutí teoretické části.....	32
Empirická část.....	33
3 Metodologie výzkumu	33
3.1 Cíle výzkumu	33
3.1.1 Hlavní cíl.....	33
3.1.2 Dílčí cíle.....	33
3.1.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek	34
3.2 Výzkumný problém a výzkumné předpoklady	34
3.3 Metody výzkumu	35
3.3.1 Standardizovaný dotazník Burnout Measure BM.....	35
3.3.2 Vlastní doplněné položky dotazníku.....	36
3.4 Výzkumný soubor, organizace a průběh výzkumu	36
3.5 Analýza a zpracování dat	37
3.5.1 Analýza položek vztahujících se k výzkumným předpokladům	40

3.6	Vyhodnocení výzkumných předpokladů.....	47
3.7	Shrnutí empirické části.....	49
Závěr	.....	51
Seznam použité literatury a dalších zdrojů	.....	54
Přílohy	.....	I
Seznam tabulek	.....	V
Seznam grafů	.....	VI

Úvod

V posledních letech se v České republice téma syndromu vyhoření stává stále více diskutovaným v odborné i laické veřejnosti. Zvyšující se životní tempo a s tím související zvyšující se životní úroveň, mají za následek zvýšené nároky zaměstnavatelů na své zaměstnance, ale i na kvalitu poskytovaných služeb jako takových a syndrom vyhoření je jedním z přirozených důsledků těchto skutečností. Objevuje se proto také potřeba preventivních opatření, která by pomáhala předcházet stavům komplexního vyčerpání u pracovníků, a to nejen v sociálních službách.

Ústředními tématy této bakalářské práce je právě zmiňovaný syndrom vyhoření a jeho prevence u sociálních pracovníků, pracujících s cílovou skupinou, jedinců s duševním onemocněním. Důraz je kladen na vlastní zajištění ochranných opatření, ale i na zajištění preventivních opatření ze strany zaměstnavatelů.

Téma jsem si zvolila, protože mám se syndromem Burnout osobní zkušenost. Objevil se u mě v předchozím zaměstnání, při čemž jsem se věnovala pouze své práci, na rodinu, přátele a své záliby jsem neměla čas. Začaly se objevovat první příznaky jako velká fyzická únava, psychická únava a pasivita. Při představě, že ráno musím jít do zaměstnání, se mi dělalo nevolno, téměř každý den jsem pociťovala velkou míru stresu. Po šesti letech jsem zaměstnání opustila a učila jsem se myslet sama na sebe, být více asertivní a věnovat se něčemu jinému než jen práci. Rozhodla jsem se pracovat ve zcela jiném oboru. Z vlastní zkušenosti vím, že prevence je velmi důležitá, jak z pohledu jedince, tak na pracovišti.

Hlavním cílem práce je zjistit přítomnost syndromu vyhoření a využívaná preventivní opatření včetně supervize u sociálních pracovníků pečujících o jedince s duševním onemocněním. Hlavní cíl jsem rozdělila do tří dílčích cílů. První dílčí cíl má zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků vyskytuje syndrom vyhoření. Druhý dílčí cíl má zjistit, jaká preventivní opatření využívají sami sociální pracovníci proti syndromu vyhoření. Třetím dílčím cílem je zjistit, zda supervize sociálním pracovníkům pomáhá proti syndromu vyhoření.

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je často dlouhodobá, a přitom úspěchy v oblasti samotného sociálního fungování klienta bývají kolísavé. Sociální pracovníci by se proto neměli zaměřovat pouze na viditelné výsledky své práce, ale také na svou psychickou pohodu, radost z práce samotné a měli by tak vědomě předcházet syndromu vyhoření. S tím souvisí třetí dílčí cíl, kterým je zjistit, jestli supervize pomáhá sociálním pracovníkům navodit dobrou psychickou pohodu na pracovišti, snižovat míru stresu, udržet profesionální odstup od problémů klientů, a tím jim celkově pomoci v prevenci rozvinutí syndromu vyhoření.

Na základě stanoveného hlavního výzkumného cíle, dílčích cílů a výzkumného problému byly definovány výzkumné předpoklady.

Předložená bakalářská práce může přispět nejen sociálním pracovníkům k seznámení se s problematikou syndromu vyhoření. Výsledky výzkumu, týkající se individuálních preventivních opatření účastníků výzkumu, mohou zároveň sloužit sociálním pracovníkům jako inspirace, jakými způsoby úspěšně předcházejí syndromu vyhoření ostatní. Výzkum má také poukázat na to, jak důležitá je u sociálních pracovníků pečujících o jedince s duševním onemocněním prevence syndromu vyhoření a že by ji neměli podceňovat.

Teoretická část

1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom)

Syndrom vyhoření (také se používá termín *burnout syndrom*) je odborný termín, který se objevil v psychologii a psychoterapii v 70. letech 20. století. Poprvé jej použil psychoanalytik Hendrich Freudenberger (1974), který popsal vyhoření u lidí, kteří pracovali v pomáhajících profesích. Tito lidé se cítili emocionálně, fyzicky a intelektuálně vyčerpaní, protože byli pod dlouhodobou mentální zátěží. Mezi ohrožené profese patří sociální pracovníci, psychologové, lidé zaměstnaní ve výchově, vzdělávání nebo v oblasti medicíny a psychiatrie. Tyto profese spojuje silný tlak, který pracovníci pocítují při každodenní práci. (Maroon, 2012)

1.1 Definice syndromu vyhoření

Dle Stibalové (2010) je syndrom vyhoření dlouhodobým procesem, který přichází, když na sebe člověk klade příliš vysoké pracovní nároky. Nerozhoduje přitom věk, pohlaví, inteligence či vzdělání. Syndrom vyhoření může vzniknout již na začátku pracovní kariéry, pokud bude jedinec pod velkou pracovní zátěží. Často postihuje zaměstnance, kteří jsou nadšeni tím, co dělají, vymýšlejí nové postupy, ale bohužel toto počáteční nadšení časem upadá. Cítí se fyzicky i psychicky velmi unavení, trpí pocity beznaděje a sociálního odcizení. Celková vyčerpanost může vést až k depresi.

Vosečková, Hrstka (2010) se ohledně vymezení syndromu vyhoření shodují s odborníky v následujících bodech:

- psychické příznaky, které mění rovinu jednotlivce po stránce tělesné i sociální,
- jedná se o psychický stav, prožitek, vyčerpání,
- hlavní složkou je emoční oploštělost, chronický stres, kognitivní vyčerpání, celková únava.

Christian Stock (2010, s. 15) definuje syndrom vyhoření následujícím způsobem:

„Syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě syndromu vyhoření zpravidla narušena. “

Pines a Aronson popisují jednotlivé druhy vyčerpání, které mohou vést k vyhoření. Jedná se o fyzické vyčerpání, emocionální vyčerpání a mentální vyčerpání. **Fyzické vyčerpání** je popisováno výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí. **Emocionální** vyčerpání je definováno pocitem beznaděje a představou, že člověku není pomoci. **Mentální** vyčerpání se projevuje negativním postojem sama k sobě, k práci a celkově k životu. (Pines, Aronson in Křivohlavý1998)

1.2 Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření

Vosečková, Hrstka (2010) popisují faktory, které mohou přispět ke zvýšení pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření ze **třech rozdílných úhlů pohledu**:

- **V individuálním přístupu** je zdůrazňována role osobních charakteristik, typ chování, nezdolnost, význam motivace a smysl života.
- **Z pohledu psychologie práce a organizace** definují syndrom vyhoření jako důsledek působení chronického stresu na pracovišti. Mezi jednotlivé indikátory řadí: pracovní přetížení, konflikt rolí, nedostatečnou sociální oporu, časový stres, nedostatek prostoru k vlastnímu rozhodování a slabou zpětnou vazbu.
- **Sociologický přístup** klade důraz na sociální opory a sociální sítě, nižší fungování přirozených sociálních vazeb, zdůrazňuje význam motivace a smyslu života.

Pravděpodobnost syndromu vyhoření se zvýší, čím více rizikových faktorů se u člověka objevuje a kumuluje. Za klíčový faktor je považován **chronický stres**. Autoři popisují další faktory jako jsou např. **chování typu A** s důrazem na soutěživost a hostilitu, vysoká obětavost a zájem o druhé, **nízká asertivita**, nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení. Odolnost jedince záleží na jeho osobnosti. Z vnějších faktorů mohou jedince ovlivnit **podmínky v zaměstnání**, v organizaci, kde pracuje, jakou má sociální oporu. Každý člověk má vlastní zdroje pro zvládnání požadavků, které jsou na něho kladeny. Řadíme sem **fyzické vlastnosti** (tělesná zdatnost, obratnost, trénovanost), **inteligence** (vlohy, dovednosti, znalosti,

zkušenosti), **osobnostní vlastnosti** (tendence chovat se určitým způsobem). (Vosečková, Hrstka 2010)

Maroon (2012) uvádí, že na základě pozorování pracovníků se silným vyhořením byly popsány dva rozdílné typy náchylných lidí. Do první kategorie patří **lidé trpící komplexem méněcennosti** vůči svým přátelům a rodině, kteří byli v dětství postiženi citovou deprivací. Během výzkumu byli tito lidé charakterizováni jako citově založení a pasivní. Nejdůležitější pro ně byl pocit lásky. Do druhé kategorie patří děti ctižádostivých, motivujících a aktivních otců považovaných za vzor nebo ochranných matek, které byly vždy připraveny pomoci. Tito lidé se považovali za družné, talentované a ctižádostivé. Jsou zaměřeni na výkon, soutěž, mají vysoké pracovní nasazení, aby dosáhli svého cíle a berou na sebe velkou zátěž. Touží po ocenění, uznání, neumí si říct o pomoc – spoléhají se hlavně sami na sebe.

Syndrom vyhoření vzniká součinností rizikových faktorů, které Pešek a Praško (2016), rozdělili do třech kategorií. V první kategorii jsou faktory, jež jsou součástí osobnosti člověka. Patří sem například **perfekcionismus**, vysoká míra empatie, neschopnost relaxace, nadměrná potřeba zalíbit se druhým, **nízká míra sebereflexe**, **nadměrná očekávání** a nadšení při zahájení práce. V druhé kategorii autoři popisují činitele, které patří do pracovní sféry. Zde můžeme jmenovat například požadavky na vysoký výkon, **nízkou míru samostatnosti**, nedostatek podpory od kolegů a nadřízených, **absence kvalitní supervize**, obtížní klienty. Poslední kategorie se věnuje mimopracovnímu životu a mezi rizikové faktory se řadí absence partnera nebo nechápavý či konfliktní partner. Dále pak nedostatek koníčků, tělesného pohybu či hlubších přátelských vztahů.

1.3 Příznaky vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření mohou být různé. Dle Stocka (2010) patří mezi ty základní tři symptomy:

- **Vyčerpání** - člověk se cítí emočně i fyzicky vysílený. Znaky emočního vyčerpání mohou být sklíčenost, bezmoc, beznaděj, pocity strachu, pocity prázdnoty. Mezi fyzické znaky se řadí nedostatek energie, slabost, chronická únava, svalové napětí, bolest zad, náchylnost k infekčním onemocněním, poruchy spánku, poruchy paměti a soustředění, náchylnost k nehodám.

- **Odcizení** – podle autora se jedná o ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Ten, kdo trpí syndromem vyhoření, nemá zájem o své okolí, jeho počáteční nadšení ubývá a nahrazuje ho cynismus. Člověk pocítuje zklamání a frustraci. Objevuje se negativní postoj k sobě samému, k životu, k práci, ztráta sebeúcty, pocit méněcennosti.
- **Výkonnost** – člověk přestane věřit ve vlastní schopnosti, snižuje se produktivita. K odvedené práci je potřeba více času a energie. Mezi projevy poklesu výkonnosti patří nespokojenost s vlastním výkonem, ztráta nadšení, nerozhodnost, ztráta motivace, pocit selhání.

Křivohlavý (2012) dělí příznaky syndromu vyhoření z pohledu jejich délky trvání, a to na **počáteční, akutní, chronické**.

Dle Křivohlavého je potřeba věnovat pozornost příznakům, když je stav psychického vyčerpání v počáteční fázi. Typické příznaky pro tuto fázi jsou: pokud se snažíme pracovat stále více a více, a přitom máme stále méně a méně radosti z práce; když nám druzí lidé stále více a více „jdou na nervy“ a nemůžeme to už vydržet; pokud jsme sáhli k alkoholu, k práškům na spaní, tabletkám na uklidnění, jen abychom konkrétní situaci zvládli.

V akutní fázi syndromu se můžeme nacházet, pokud nás: opustilo veškeré nadšení, ideály a naděje, které jsme dřív měli, při rozčilení jsme zažili zdravotní potíže nebo bolesti v srdeční krajině. Pokud se nám stalo, že jsme se neudrželi a například „vzbouhli“ nebo „vyletěli“ vzteky. (Křivohlavý, 2012)

Pokud se stav psychického vyčerpání stal chronickým jevem, pak mezi příznaky syndromu vyhoření může patřit: neustálé vyhýbání se své práci; cítíme – li se ve společnosti druhých lidí zle; když si nepřipustíme, že problémy skutečně máme a že je potřeba vyhledat odbornou pomoc. (Křivohlavý, 2012)

Unger (1980) uvádí individuální příznaky vyhoření:

- **Fyzické příznaky** – fyzické vyčerpání, únava, nespavost bolesti hlavy, žaludeční a střevní potíže, dlouhotrvající nachlazení, úbytek váhy či její nárůst.
- **Psychické příznaky** – netečnost, cynismus, ztráta flexibility, negativismus, emocionální vyčerpání, pocit zlosti, špatná nálada.

- **Behaviorální příznaky** – nespokojenost v práci, časté absence, omezené komunikování, nedostatek pracovních cílů, náchylnost k úrazům.

1.4 Vývoj syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je pomalý proces, který je velmi těžké rozpoznat. (Maroon 2012) Lidé k němu mohou dospět po určité, individuálně různě dlouhé době, která se dělí na fáze. Odborníci se úplně neshodují na konkrétním počtu fází, popisují tři až dvanáct fází. Stadia nelze přesně ohraničit, jsou individuální. Mohou se střídat, opakovat, některá se nemusí objevit vůbec. Nejčastější model, který se uvádí, je složený z pěti fází nazvaných: **idealistické nadšení, stagnace, frustrace, apatie, syndrom vyhoření.** (Pešek, Praško, 2016)

- **Idealistické nadšení** – typické myšlenky pro tuto fázi: *Jdu do toho na plný plyn, těším se na skvělou seberealizaci. Těm lidem je potřeba pomáhat.* (Pešek, Praško, 2016, s. 19)
Dle Stocka má sociální pracovník v této fázi velké plány, klade na sebe vysoké nároky. Myslí například, že svou práci zachrání všechny drogově závislé ve svém obvodu. (Stock, 2010)
- **Stagnace** – typické myšlenky ve fázi stagnace podle autorů: *Proč bych se měl honit? Požadavků je hodně, nějak to dopadne. Hlavně si v práci udělat pohodu.* (Pešek, Praško, 2016, s.19) V této fázi se sociální pracovník seznámil s realitou a přemýšlí o ideálech, které měl na začátku. Zažívá zklamání, celý jeho život se soustředí jen na práci. (Stock, 2010)
- **Frustrace** – myšlenky ve fázi frustrace: *Klienti si vymýšlejí, manipulují, zneužívají mě.* (Pešek, Praško, 2016, s. 19) Sociální pracovník začíná pochybovat o smyslu své práce, významu práce a narůstá jeho zklamání. (Stock, 2010)
- **Apatie** – myšlenky ve fázi apatie: *Nestojí to za nic, ale nějak to vydržím. Hlavně abych to přežil.* (Pešek, Praško, 2016, s. 19) V poslední fázi nastupuje jako obranná reakce proti frustraci vnitřní rezignace. Pracovník dělá jen to, co je nezbytně nutné. Vyhýbá se náročným úkolům, kontaktům s klienty apod. (Stock, 2010)

- **Syndrom vyhoření** – v poslední fázi jedinec může mít následující myšlenky: *Už to nejde vydržet, mám toho dost. Vedení i klienti jsou šílení. Asi bych s tím měl něco dělat, ale nechce se mi.* (Pešek, Praško, 2016, s. 19)

Kallwas (2005) popisuje tři fáze vyhoření. V první fázi se prohlubuje vyčerpání, přichází úbytek energie i duševních zájmů. Ve stavu celkového vyčerpání přichází fáze druhá, kdy člověk necítí radost ani smutek tak intenzivně jako dřív. Okolní svět mu je lhostejný. V poslední fázi se často jedinec stahuje do ústraní, přerušuje kontakty s přáteli a známými.

1.5 Diagnostika syndromu vyhoření

Způsobů, jak měřit vyhoření, je několik. Křivohlavý (2012) uvádí, nejrozšířenější nástroj, který byl zaveden v roce 1981, je **Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese**. (Maslach Burnout Inventory – MBI) Autorky, Maslachová a Jacksonová, diagnostikují vyhoření podle:

- **Emocionálního vyčerpání**, charakterizovaného ztrátou chuti k životu a nedostatkem sil k jakékoli činnosti.
- **Depersonalizace**, projevující se u lidí, kteří potřebují kladnou odezvu od těch, kterým se věnují,
- **Seberealizace**, projevující se u lidí s nízkou mírou sebehodnocení a sebedůvěry.

V dotazníku, který autorky vytvořily, je 22 otázek, přičemž 9 se vztahuje k emocionálnímu vyčerpání, 8 k seberealizaci a 5 k odcizení. Odpovědi se hodnotí v rozmezí škály 0 - 6. Ti, kteří mají vysoký počet bodů u otázek o emocionálním vyčerpání i odcizení a mají málo bodů v oblasti seberealizace, procházejí syndromem vyhoření. (Maroon, 2012)

Pro svůj výzkum, popsáný v empirické části práce, jsem využila druhý nepoužívanější nástroj k měření syndromu burnout, a to dotazník Burnout Measure BM od Ayale Pines a Elliot Aronson, 1980.

Tento dotazník umožňuje měřit intenzitu celkového vyčerpání, tj.:

- **Vyčerpání fyzického** – pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, pocity ztráty sil, stavu, kdy je člověk blízko k tomu, aby onemocněl.
- **Vyčerpání emocionálního** – pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti, depresivní myšlenky.
- **Vyčerpání mentálního** – pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, ztráty iluzí, pocity marnosti vlastní existence.

Každé oblasti vyčerpání se věnuje shodně 7 otázek. (Křivohlavý, 2012)

Pokud se u jedince dlouhodobě objevují všechny v dotazníku uvedené fyzické, emocionální a duševní reakce, nachází se v procesu vyhoření. Jedinec, který zažívá jen občas některé z těchto pocitů, výsledek ukazuje, že je načase se zastavit, zamyslet se a určit si priority, a to jak v zaměstnání, tak v osobním životě. Rozeznat vyhoření, je prvním a nejdůležitějším krokem k řešení problému. (Maroon, 2012)

1.6 Předcházení syndromu vyhoření

Matoušek popisuje prevenci jako „*Soubor opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, zejména těm typům selhání, které ohrožují základní hodnoty společnosti.*“ (Matoušek, 2003, s.164)

Dle Kebzy (2001, in Baštecká, 2009) je důležité v primární i terciární prevenci být otevřený novým zkušenostem a náročné situace a požadavky řešit aktivně. Snažit se oddělit pracovní stres od ostatních krásných prožitků a činností, posilovat dobré vztahy s druhými lidmi, využívat sociální opory.

Kopřiva (2006) popisuje tři oblasti, které hrají hlavní roli při prevenci a zvládnání stresu:

- Životní styl – pohyb, výživa, spánek
- Mezilidské vztahy
- Přijetí sebe samého.

1.6.1 Prevence ze strany jednotlivce

Kašparů (2006, in Křivohlavý, 2012) uvádí šest podnětů pro prevenci syndromu vyhoření. Představuje si obraz krychle, která má znázorňovat místnost, uprostřed které hoří svíčka. **Svíčka je symbolem – vzplání našeho nadšení.** Je důležité, aby oheň této svíčky nezhasl, ale stále plál. Každá stěna této krychle má velký význam v prevenci vyhoření.

Přední stěna – smysl naší existence, tj. co nás čeká, k čemu směřujeme, co jsme si určili za cíl, co dává našemu životu sílu, energii a naději, kde bereme motivaci.

Zadní stěna – bezpečný týl, tj. lidi, kteří stojí za námi, o které se můžeme vždy opřít, kteří nám poskytují ochranu (rodina, nadřízení, spolupracovníci).

Stěna po naší levici – přátelé, tj. lidé blízcí našemu srdci, s nimiž můžeme mluvit bez obav a nemusíme se bát něco říct.

Stěna po naší pravici – lidé, pro které pracujeme. Pro rodiče to jsou děti, pro lékaře pacienti, pro učitele žáci, pro sociální pracovníky klienti.

Dolní podstava – vědomí, že jsem člověk nejen na správném, ale také na svém místě.

Horní podstava – je symbolem duchovního života, víry, modlitby, lásky, naděje a života v pravdě. (Kašparů, 2006 in Křivohlavý 2012)

Dle Venglářové (2011, in Křivohlavý, 2012) je důležité si uvědomit rizika své práce a být připraven na možnost vyhoření. Znat příznaky, které ukazují na možné vyhoření, seznámit se s problematikou tohoto syndromu. **Mít se rád a umět o sebe pečovat, přijímat se, vážit si sebe, mít k sobě úctu.** Umět požádat o pomoc někoho jiného. Znat svoje hranice a uvědomit si, že každý má omezenou kapacitu a požadavky, které jsou kladeny okolím, jsou vysoké. Vytvářet si vlastní sociální síť, pečovat o ni. Mít nadřízeného, který má porozumění pro to, co dělám, který umí ocenit moji práci, nešetří pochvalou. **Uvědomit si svoje dobré vlastnosti, schopnosti, nedostatky,** ale také vlastní pocity, a to v každé situaci, ve které se nacházíme. Na základě sebepoznání, může dojít ke správnému sebehodnocení. Mít svého supervizora, který se stará o můj pracovní, ale i osobní růst. Neměli bychom zapomínat na svůj osobní život, udržovat si svoje zájmy, koníčky. Umět pečovat o sebe, zamyslet se nad tím, co nám dělá radost, potěšení. Naučit se „přepínat“

z pracovního života do soukromého, umět relaxovat, pěstovat tělesný pohyb. Umět se adaptovat na změny prostředí a adaptovat si prostředí. Pokud už u nás k vyhoření dojde, Maroon (2012) považuje za důležitý aktivní přístup jednotlivce, spočívající v následujícím:

- **Najít konkrétní důvody vyhoření** – pokud zjistíme, co proces vyhoření způsobilo, můžeme začít pracovat na změnách.
- **Naučit se lépe si organizovat čas** – časový management je základem k tomu, abychom měli svoji práci pod kontrolou. Důležité je naučit se říkat „ne“ bez pocitu viny.
- **Stanovit si cíle** – reálné krátkodobé i dlouhodobé cíle, které budeme postupně plnit.
- **Zhodnotit své úspěchy** – vytvořit reálná kritéria. Existují metody k měření úspěchu: nepokoušet se zachránit svět, zaměřit svou pozornost na úspěch, soustředit se na průběh místo na výsledek, určit si časovou osu, výsledek práce si nebrat osobně.
- **Hledat ve svém životě rovnováhu** – to by měl být kontinuální proces za podpory svého partnera, rodiny přátel. Najít si čas na svoje záliby, vlastní aktivity, žít život tak, aby nás uspokojoval.
- **Požádat druhé o pomoc** – přátelé znají naše silné a slabé stránky, můžeme jim sdělovat pocity, myšlenky, naslouchat jeden druhému. Odborníci se shodují, že lidé s aktivním společenským životem si lépe poradí se stresem a nemocemi. Je dobré mít kolem sebe síť přátel a příbuzných, kteří mohou pomoci.
- **Zlepšit organizaci dne** – naplánovat si den, určit si priority, odříct některé nedůležité činnosti, zpracovávat úkoly krok za krokem.

Autoři Vosečková, Hrstka (2010) se shodují v některých protektivních faktorech jako jsou: vhodná organizace času, pestrost a proměnlivost práce, pocit osobní pohody, pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání.

1.6.2 Prevence ze strany zaměstnavatele

Prevenici syndromu vyhoření u pracovníků může pomoci i zaměstnavatel, a to vhodnými preventivními opatřeními.

Aby k psychickému vyhoření na pracovišti nedocházelo, je důležité si přesně ujasnit, co kdo má dělat, co je jeho povinností a právem na pracovišti. Pracovní úkoly zadat tak, aby byla možná jejich realizace. Nestačí jen delegovat, kdo co má dělat, ale také je potřeba průběžná kontrola, tzn. zda je uděláno, co bylo dohodnuto. Flexibilita v pracovních postupech, plnění úkolů podle vlastního uvážení, určitá svoboda. Je potřeba dbát na vyjádření uznání, nejen finančně, ale i slovním vyjádřením, pracovním postupem či zvláštními odměnami. (Křivohlavý, 2012)

Dle Maroona (2012) je důležité plánování vzdělávacích programů, rozvoj personálu, poskytování individuálního poradenství, možnost svěřit se kolegům, kteří mají za úkol naslouchat a nabídnou emociální podporu, motivaci a partnerství. Vzdělávání pracovníků rozšiřuje a obnovuje znalosti, zaměstnanci jsou flexibilnější a sebevědomější.

Abychom mohli pomáhat našim klientům, musíme se umět dobře starat o sebe. Užitečným nástrojem, který zlepšuje naši psychickou kondici a kvalitu práce je **supervize**. (Pešek, Praško 2016)

1.6.3 Supervize

Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách nepopisuje přímo supervizi, ale ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádí některá ustanovení Zákona o sociálních službách, jsou v příloze uvedeny Standardy kvality sociálních služeb. V kritériu 10e se uvádí zmínka o tom, že poskytovatel zajišťuje pro své zaměstnance podporu formou nezávislého kvalifikovaného odborníka. Jednou z forem takovéto podpory je právě supervize. Je jedním z nejefektivnějších způsobů rozvoje a řešení problematických situací.

Supervize v pomáhajících profesích pomáhá pracovníkům rozvíjet se, zlepšovat schopnost sebeuvědomování a zvyšuje kvalitu služby. Také pomáhá porozumět lépe situaci, konflikty řešit komunikací, která vede k většímu porozumění. Supervizi používáme jako podporu a poradenství pro lidi v pomáhajících profesích. Důležitou roli hraje supervizor, který určuje chod a průběh dané supervize. Pomáhá sociálním

pracovníkům získat nadhled nad situací, bez hodnotících komentářů. Může se zaměřit na individuální rovinu jednotlivce, na určitého klienta, na vztahy s kolegy, atmosféru v týmu a skupinovou supervizi. (Pešek, Praško, 2016)

Kopřiva (2006, s. 132) definuje supervizi následujícím způsobem: „*Co může pomáhající dělat, když si uvědomuje, že ve vztahu k potřebným lidem si nezřídká odžívá své vlastní emoce, že má tendenci je nadbytečně řídit, že prožívá svou práci jako oběť, že klientům neumí naslouchat, že nedovede uchránit svou autonomii proti jejich agresi, že mu jeho práce bere energii a netěší ho: Existují dvě cesty, výcvik a supervize.*“

Hess (1980, in Hawkins, 2004, s. 59) definuje supervizi jako „*Čistou mezilidskou interakci, jejímž hlavním cílem je, aby se jedna osoba supervizor, setkávala s jinou osobou, supervidovaným s cílem zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.*“

Němečtí autoři Dörner a Plog (1999) supervizi popisují jako bezpečný prostor, kde můžeme zjistit, jak působím na druhé, jak působí organizace na mě, kde jsou hranice schopnosti pomoci, zda je možné se změnit.

Funkce supervize

Hawkins, Shohet (2004) popisují základní funkce supervize, které mohou supervidovanému pomoci v práci:

- Vzdělávací funkce pomáhá lépe rozumět klientovi, více si uvědomovat své reakce a odezvy na klienta.
- Podpůrná funkce se zaměřuje na sebereflexi vlastních reakcí na klienta.
- Řídící stránka supervize plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality.

Baštecká (2016) a spol. popisují funkce supervize následovně:

- Vzdělávací funkce pro supervidovaného jako rozvoj pracovních a osobních dovedností, znalostí, postojů. Souvisí s celoživotním vzděláváním.
- Podpůrná funkce by měla supervidovanému pomáhat zvládat pracovní zátěž, posilovat pracovní naději a pracovní odhodlání. Podporovat supervidované, aby lépe rozuměli emoční zátěži vlastní práce a lépe ji zvládali.
- Řídící funkce učí držet se profesionálních zásad, standardů, organizačních postupů.

Druhy supervize

Nejčastěji je prováděna týmová supervize, ale obvykle bývá možnost si sjednat i skupinovou supervizi nebo individuální supervizní setkání. (Mahrová, Venglářová, 2008)

- **Týmové supervize** se účastní všichni členové týmu, cílem je dobrá spolupráce v týmu, zlepšení efektivity práce a komunikace jednotlivých členů týmu. Vedení není součástí setkání, jen ve výjimečných případech, a to za souhlasu všech členů týmu.
- Ve **skupinové** supervizi se setkávají pracovníci, aby mluvili o práci a klientech. Cílem je profesionální rozvoj, získávání nových zkušeností a dovedností. Skupina je tvořena 8 až 12 členy. Předem se domluví cíle, obsah, a formální požadavky na supervizi.
- **Individuální** supervize probíhá formou strukturovaného rozhovoru mezi jednotlivcem a supervizorem. Je zaměřena pouze na pracovní záležitost.

Dalším druhem skupinové případové supervize je tzv. **Balintovská skupina**. Zakladatelem metody je Michael Balint (1859 - 1970), maďarský lékař. V 50. letech 20. století používal s kolegy tento postup při kazuistických seminářích nad těžkými případy ze své praxe. Přístup klade důraz na vztah mezi pomáhajícím profesionálem a pacientem a je vhodný pro všechny pomáhající profese. Balintovskou skupinu tvoří 6 – 12 pracovníků, kteří řeší konfliktní nebo problémové vztahy s klienty a jejich práce má pět fází. V první fázi jsou krátce představeny případy, které pracovníci přinesou na supervizi a společně je vybrán jeden z nich. Společně je podrobně popsána situace, která je pro jedince, který případ přinesl, těžká nebo konfliktní. Ve stručnosti řekne, co v dané situaci podnikl. Ve druhé fázi se ostatní doptávají na doplňující informace. Významná je třetí fáze, kde probíhá sdělování fantazií ke konkrétnímu klientovi. Mluví se o pocitech, obavách a možných potřebách. Předkladatel případu naslouchá. Čtvrtá fáze předkládá nápady a postupy, co by kdo dělal, kdyby byl klíčovým pracovníkem klienta právě on. Předkladatel stále naslouchá. V páté fázi předkladatel shrne postupy, které ho zaujaly a může je použít v praxi. (Mahrová, Venglářová, 2008)

Další formou supervize je **intervize**, při které se setká tým nebo skupina lidí bez supervizora. Sdílí mezi sebou hlavně náročné pracovní situace. Opakem je **autovize**,

kde se sami můžeme sebereflexí zamyslet nad svými postupy a pozorovat se, jaké emoce v nás případ vyvolává. (Mahrová, Venglářová, 2008)

2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

„Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na zlepšení nebo obnovení sociálního fungování klienta a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“ (Navrátil, Musil, 2000, in Janebová, 2014, str. 16)

Autoři Chytil a Mahrová (2008) popisují cíl sociální práce jako poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám nebo komunitám. Služby pomáhají klientům vyrovnat se s nezměnitelnými problémy, omezit nebo odstranit problémy, které lze vyřešit nebo přispět ke zlepšení situace, tam kde je možná úprava sociálních poměrů. Komplexně přistupuje k řešení sociální situace z hlediska ekonomického, psychologického, zdravotního, právního, sociologického a pedagogického. Cílem je podpora fungování klienta v jeho sociální situaci.

2.1 Sociální pracovník v oblasti duševního zdraví

Dle **Zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. § 109** sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.

Sociální pracovník je také popisován jako profesionál, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení těchto problémů a snaží se zabránit jejich vzniku či vyhrocení. Mezi základní principy sociální práce patří lidská práva a sociální spravedlnost. (Chytil, Mahrová, 2008)

Je velmi důležité znát svoje kompetence v systému sociálních služeb a sociální práce. Úkolem sociálního pracovníka je mimo jiné klienta do systému přivést, pomoci mu vybrat okruh služeb, které právě on a jeho rodina potřebují. Jednou z klíčových schopností člověka v pomáhajících profesích, je umět připravit pro klienta reálnou a individuální nabídku. (Mahrová, 2008) Sociální pracovník je tím, kdo pracuje přímo s klientem, ale i tím, kdo předává klienta s duševním onemocněním do péče jiných

odborníků. **Užívá metody individuální, skupinové či komunitní práce.** (Mahrová, 2008)

Probstová a Pěč (2014) uvádějí, že sociální pracovník je pečující osobou v oblasti péče o duševní zdraví, využívá své profesní znalosti a dovednosti ve službě pomoci specifické a různorodé cílové skupině – lidem trpícím duševními potížemi. Praxe ukazuje, že ke své práci potřebuje znát a umět:

- rozlišit nejdůležitější příznaky duševních poruch,
- provádět základní diagnostické úvahy,
- umět mapovat sociální síť,
- spolupracovat a komunikovat s ostatními odborníky v oblasti psychiatrické péče,
- komunikovat s klienty a jejich blízkými,
- plánovat, provádět a vyhodnocovat efektivitu intervencí.

Maronn (2012) popisuje tři skupiny sociálních pracovníků. V první skupině jsou pracovníci, kteří si vyhořením prošli a zvládli ho. Při zátěžových situacích reagují aktivněji, situaci berou jako výzvu, ne jako krizi. Druhá skupina zná svoje silné a slabé stránky, má konkrétní představu o svých potřebách, přednostech a díky tomu vyhoření zvládne. Třetí skupina se skládá z těch, kteří začínali s reálnými cíli, které si sami upravili, aby se vyhnuli stresovým situacím. Jako například schopnost čelit stresujícím konfliktům s kolegy a nadřízenými, najít rovnováhu mezi nutnými pracovními povinnostmi a nezdravou maximální obětavostí.

Dle Probstové poskytuje sociální pracovník duševně nemocným cílenou pomoc v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, pracovního či rodinného práva, ale také konkrétní intervence jako je např. poradenství a rodinná psychoterapie. (Probstová, in Matoušek 2010)

Carling 1995 (1995, in Matoušek, 2010) popisuje sociálního pracovníka jako spojence mezi duševně nemocným a okolním světem, který by měl umět vytvořit vztah s klientem založený na respektu a partnerství, získat informace o klientovi a jeho okolí, zázemí, sestavit a realizovat plán intervencí. K tomu využívá **schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta, pozorovat klienta v interakci s okolím, umět popsat klientovo emoční, kognitivní a sociální fungování, být**

schopen popsat jeho osobní cíle a plány. Mimo to také znát informace o jeho bydlení, práci, sociálním a rodinném podpůrném systému. Sociální pracovník také připravuje klienta na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného prostředí. Poskytuje podporu ve fázi po hospitalizaci, a to v oblastech práce, bydlení, vztahů a finančního zabezpečení. Podílí se na sestavení krizového plánu, což je plán postupu pro případ zhoršení obtíží nebo krize.

Cílem sociálního pracovníka je dle Dörnera a Ploga (1999) podporovat pacienta, zpřístupnit sociální prostor tak, aby se pro pacienty stal dosažitelným. Pro tým je odborníkem pro kontakt se správnými institucemi i pro společné sociální prostředí.

Mahrová, Venglářová (2008) popisuje klienta v sociální práci jako spolupracovníka a rovnocenného partnera. Klient je ten, kdo sám rozhodne a zvolí si způsob života a jeho rozhodnutí je respektováno. Bohužel jsou i situace, kdy tyto předpoklady nemohou být naplněny. Příkladem jsou právě lidé s duševním onemocněním, kteří jsou někdy i nedobrovolně hospitalizováni, kdy je ohroženo jejich sociální fungování, zdraví a život. Klient s duševním onemocněním má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení.

Dlouhodobě duševně nemocný je popisován jako jedinec, který trpí duševní poruchou (organická poškození CNS, schizofrenie, depresivní nebo manická porucha, paranoidní či jiná psychóza) či jiným onemocněním, které se může stát dlouhodobým, nebo nepříznivě ovlivňuje tři a více z následujících základních hledisek denního života:

- osobní hygiena a sebeobsluha,
- mezilidské vztahy,
- cíle,
- sociální dovednosti, učení,
- ekonomická soběstačnost. (Lieberman 1988, in Matoušek, 2010)

Dle Probstové (in Matoušek, 2010) se sociální pracovníci mohou specializovat v oblasti **psychiatrické rehabilitace, sociální rehabilitace, psychoedukace, případového vedení nebo psychoterapie.**

2.2 Komunitní péče o lidi s duševní nemocí

Probstová a Pěč se ve své knize věnují komunitní péči o lidi s duševním onemocněním. V této péči je využíván hlavně terapeutický a rehabilitační potenciál lidí v dané komunitě. Komunitní péče je široký soubor služeb, programů, zařízení a cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, aby byly uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Lidé jsou podporováni v léčbě, v oblastech bydlení, práce, kontaktů s rodinou, přáteli, volného času. Je poskytována podpora v oblasti finančních a sociálních nároků, ochrana práv uživatelů, právní poradenství. Do systému péče jsou zapojeni praktiční lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, psychoterapeutické programy, akutní lůžková psychiatrická péče na oddělení všeobecných nemocnic, dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. (Foitová, 2009, in Probstová, Pěč 2014)

Pro lidi s duševními poruchami jsou specializované služby komunitní péče, autoři je nazývají komunitní psychiatrie. Jedná se o ambulantní psychiatrické služby, denní stacionáře včetně psychoterapeutických programů, psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby, rezidenční služby v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. (McDaid a kol., 2005, in Probstová, Pěč 2014)

Pro komunitní psychiatrii jsou charakteristické tyto vlastnosti:

- Multidisciplinární týmy – spolupracují v nich psychiatři, komunitní psychiatrické sestry, psychologové, sociální pracovníci, ergoterapeuti, psychoterapeuti. Každý z odborníků je zodpovědný za svoji část péče. Více odborníků se podílí na péči o klienta na základě plánu péče, který byl zpracován podle léčebných a rehabilitačních potřeb jedince.
- Péče je poskytována ve vymezené lokalitě či regionu, čímž se zlepšuje propojenost mezi týmy a dalšími službami.
- Poskytování služeb co nejbliže domovů lidí.
- Služby jsou mobilní, přizpůsobují se potížím a potřebám lidí.
- Zakládají si na dodržování občanských práv u klientů.

(Thornicroft, 2003, in Probstová, Pěč 2014)

2.3 Duševní onemocnění

Syndrom vyhoření je v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10) zařazen do kategorie Z 73, kde jsou zahrnuty problémy spojené s obtížemi při vedení života. (Kebza, 2001, in Bašteská 2009)

Klasifikace onemocnění používaná v České republice je MKN – 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize). MKN - 10 má tři osy. První osu tvoří klinické diagnózy (duševní a somatické poruchy), na této ose jsou zaznamenávány všechny poruchy, kterými klient trpí. Druhá osa se zaměřuje na stupeň postižení (v péči o vlastní osobu, v pracovní výkonnosti, v rodinném soužití a širším sociálním chování). Třetí osa jsou související faktory (vliv vnějšího prostředí). Onemocnění jsou popisována na základě skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, v daném souboru se odlišují od ostatních a nerepresentují jiné onemocnění. Duševní poruchy tvoří samostatnou kapitolu. Sociální pracovník by měl umět rozlišit nejdůležitější příznaky duševních poruch, které jsou vodítkem ke znalosti symptomů, syndromů a diagnóz duševních onemocnění, znát jejich průběh, ale i dopad na život člověka. (Probstová, Pěč, 2014)

2.3.1 Duševní poruchy

U lidí s duševní poruchou je potřeba přijmout nemoc jako takovou, se všemi jejími projevy. Prvním krokem je, mít co nejvíce základních informací o duševních nemocech a jejich diagnostice. Zde je uvedeno základní rozdělení duševních poruch tak, jak je uvádí Mahrová, Venglářová (2008).

- **Organické duševní poruchy včetně symptomatických**

Jsou charakteristické tím, že mají prokazatelný organický základ. Hlavními příčinami bývají atrofie, zánět, nádor, zranění, porucha výživy. Základní klinické formy jsou demence a delirium. Organické poruchy mohou mít projevy také jiných duševních onemocnění jako je deprese, psychotické projevy, poruchy osobnosti.

- **Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek**

Řadíme sem poruchy vyvolané používáním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ, hypnotik, kokainu, stimulantů (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel. Zneužívání psychoaktivních látek může pramenit z úzkosti, kterou jedinec prožívá.

- **Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy**

Obecně jsou charakterizovány význačnými poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. U lidí se schizofrenním onemocněním bývá narušený filtr třídění informací, je těžké soustředit se jen na podstatné věci. Mohou být přítomny perzekuční, vztahovačné, erotomanické, religiózní, hypochondrické bludy. Vnímání může být narušeno přítomností halucinací, nejčastěji sluchových (hlasy), zrakových, méně často se vyskytují tělesné, chuťové a čichové. Poruchy vypadají jako lenivost, negativismus.

- **Afektivní poruchy (poruchy nálady)**

Do nich řadíme deprese a mánie. Při střídání manické fáze s depresivní fází v různém poměru u jednoho pacienta, mluvíme o bipolární poruše. Pokud u člověka převládá nadnesená, euforická nálada, nadměrná činorodost, myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení, snížená potřeba spánku, proměnlivá chuť k jídlu, roztržitá pozornost, nachází se jedinec v ohraničeném období zvaném mánie. Depresivní porucha se vyznačuje smutnou náladou, ztrátou zájmu a potěšení ze všeho, co dřív měl jedinec rád. K dalším příznakům patří porucha chuti k jídlu, změna tělesné hmotnosti, poruchy spánku, psychomotorický neklid, ztráta energie, pocit bezcennosti, myšlenky na smrt nebo sebevraždu. Nemocný se cítí bezradný, sklíčený. Deprese je někdy provázána svíráním na hrudi, bolestí svalů, kloubů.

- **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**

Neuróza vzniká působením psychosociálních vlivů. Je to porucha adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému. Mezi neurotické příznaky patří obavy, strach, nejasný neklid, úzkost, slabost, smutek. Neurózy dělíme na akutní, které jsou vyvolány psychickým traumatem a sekundární, které jsou důsledkem dlouhodobých komplexních poruch v mezilidských vztazích. Patří sem například fobické úzkostné poruchy, kdy úzkost je vyvolána určitými konkrétními situacemi nebo objekty vně pacienta, které nejsou nebezpečné. Zástupcem je sociální fobie, ale také strach z opuštění domova, připojení se

k davu. V této skupině dále najdeme obsedantně kompulzivní poruchu, kdy hlavním znakem jsou opakovaně se vyskytující obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní vtíravé myšlenky se opakovaně vnučují do mysli a vyvolávají tíseň. Akutní reakce na stres je stav, kdy stresorem je traumatizující zážitek spojený s ohrožením bezpečnosti, tělesné integrity jedince nebo blízkých osob (živelná pohroma, úraz, přepadení, znásilnění). Posttraumatická stresová porucha je opožděnou reakcí na událost hrozivého nebo katastrofického rázu.

- **Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory**

Tato kategorie se zabývá poruchami příjmu potravy a sexuálními poruchami. Mezi poruchami příjmu potravy můžeme jmenovat hlavně mentální anorexii a mentální bulimii. Sexuální poruchy zahrnují tři odlišné skupiny problémů: *sexuální dysfunkce* – autorky je popisují jako neobvyklé, nedostatečné nebo chybějící reakce organismu na sexuální stimulaci.

poruchy pohlavní identity – transsexualismus (přání být tolerován jako člen opačného pohlaví), transvestitismus (nošení šatů opačného pohlaví pro potěšení, ale bez přání trvalé změny pohlaví).

poruchy sexuální preference – vedou jedince k volbě odlišného objektu sexuálního zájmu či k realizaci neobvyklých sexuálních praktik.

- **Poruchy osobnosti**

Patří k nejčastěji diagnostikovaným poruchám v psychiatrii. Lidé, kteří jimi trpí, mají závažné problémy začlenit se do společnosti, pracovat, a udržet vztahy, pečovat o potomky, těžko se přizpůsobují, mají nízkou schopnost empatie. Lidé s poruchou osobnosti nedokážou těžit z odměny, poučit se ze stresu, dodržovat dlouhodobý životní plán, častá je presumpce viny (za všechno může okolí), mají potíže s autoritami.

- **Mentální retardace**

Jedná se o duševní opoždění, k diagnostice se používá individuální speciální test, který zjistí podprůměrný intelekt (IQ kolem 70 nebo méně). Mimo snížený intelekt se projevuje také narušením adaptačního chování v komunikaci, sebepéče, sociálních a interpersonálních dovedností, práce, zábavě a bezpečnosti. Mentální retardaci můžeme dělit na lehkou mentální

retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci.

- **Poruchy psychického vývoje**

Mezi nimi můžeme jmenovat např. specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, což jsou takové poruchy, u nichž je normální způsob osvojení řeči narušen už od raných stadií vývoje. Po zpoždění v řeči se často přidávají další problémy ve čtení, psaní, abnormality ve vztazích, emoční poruchy a poruchy chování. Do této skupiny také patří specifické vývojové poruchy školních dovedností, které se dělí na specifickou poruchu čtení (dyslexie), specifickou poruchu psaní (dysgrafie), specifickou poruchu počítání (dyskalkulie) a smíšenou poruchu školních dovedností.

- **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**

Jedná se o psychické obtíže dětského věku, projevující se poruchami v oblasti chování a emočního prožívání. Například hyperkinetické poruchy jsou typické nadměrnou aktivitou dítěte, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností se dlouhodobě soustředit na zadaný úkol. Dítě se dostává do střetu se svým prostředím, hlavně v době výuky. Poruchy chování se projevují opakujícím se a trvalým obrazem asociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Patří tam také tikavé poruchy, což jsou syndromy, které se projevují formou tiků. Tik je mimovolný, rychlý, opakující se nerytmický pohyb nebo hlasová produkce s náhlým začátkem, která neslouží žádnému zřejmému účelu. Tiky nelze ovládat, ale obvykle je lze na určitou dobu potlačit. Patří sem mrkání, trhavé pohyby šíje, pošukávání ramen a grimasy v obličeji. Mezi jednoduché vokální tiky řadíme pokašlávání, poštekávání, popotahování.

2.4 Shrnutí teoretické části

Teoretická část předložené práce se v jednotlivých kapitolách zaměřila na dílčí části tématu bakalářské práce. Věnovala se vysvětlení základních oblastí vztahujících se k syndromu vyhoření a jeho prevenci, zaměřila se na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a v poslední části rovněž na duševní onemocnění jako taková.

První kapitola popsala syndrom vyhoření. Uvedla definice pojmu, rizikové faktory, které mohou zvyšovat vznik syndromu vyhoření i příznaky, které mohou signalizovat počáteční fázi tohoto syndromu a kterým je tak potřeba věnovat zvýšenou pozornost. Další podkapitola se věnovala diagnostice syndromu vyhoření, která je sama o sobě velmi náročná, protože syndrom vyhoření je mnohdy pomalým procesem, k němuž mohou lidé dospět po individuálně dlouhé době. Sociální pracovník by si proto měl uvědomovat rizika své práce a být připraven na možnost vyhoření. Být si vědom svých dobrých vlastností, schopností, nedostatků, stejně jako znalostí svých hranic. Možnosti obrany proti syndromu vyhoření jsou podrobněji popsány v kapitole o prevenci syndromu vyhoření, kde je největší prostor věnován supervizi, jako preventivnímu opatření, které je často využíváno ve firmách či organizacích.

Druhá kapitola se věnovala sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Je v ní představena komunitní péče pro tuto specifickou a různorodou cílovou skupinu. Jsou popsány oblasti, ve kterých jsou podporováni lidé s psychiatrickou diagnózou.

V neposlední řadě byly v teoretické části práce představeny úkoly a role sociálního pracovníka v oblasti duševního zdraví, a protože by sociální pracovník měl umět rozlišit nejdůležitější příznaky duševních poruch, tak byly v poslední podkapitole charakterizovány také základní duševní poruchy.

Empirická část

Empirická část bakalářské práce propojuje témata popsaná v teoretické části práce a zaměřuje se na syndrom vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním. Zároveň se věnuje prevenci tohoto syndromu u těchto pracovníků. Jejím cílem je popsat, jak probíhal realizovaný výzkum a nastínit jeho výsledky v kontextu teoretické části práce.

3 Metodologie výzkumu

Výzkumné šetření se zaměřuje na zjištění přítomnosti syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pečujících o osoby s duševním onemocněním, a proto byl zvolen kvantitativní výzkum, který dokáže lépe odpovědět na tento cíl. Jako výzkumný nástroj byl vybrán standardizovaný BM dotazník, který byl doplněn rozšiřujícími otázkami, vztahujícími se k prevenci syndromu vyhoření a supervizi jako jednomu z běžných preventivních opatření. Realizované výzkumné šetření je vstupním krokem ke zkoumání problematiky, po němž by mohlo následovat kvalitativní, popřípadě smíšené šetření, zaměřené více do hloubky na některé ze zjištěných informací.

3.1 Cíle výzkumu

Pro výzkumné šetření byl stanoven jeden hlavní cíl, který byl dále rozpracován do tří dílčích cílů.

3.1.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem výzkumu je:

Zjistit přítomnost syndromu vyhoření a využívaná preventivní opatření včetně supervize u sociálních pracovníků pečujících o lidi s duševním onemocněním.

3.1.2 Dílčí cíle

DC I. Zjistit přítomnost syndromu vyhoření.

DC II. Zjistit využívaná preventivní opatření.

DC III. Zjistit, jestli supervize pomáhá v prevenci syndromu vyhoření.

3.1.3 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka

Hlavní cíl	Dílčí výzkumné cíle	Indikátory	Tazatelské otázky (TO)
Zjistit přítomnost syndromu vyhoření a využívaná preventivní opatření včetně supervize u sociálních pracovníků pečujících o lidi s duševním onemocněním.	DC I. Zjistit přítomnost syndromu vyhoření.	Syndrom vyhoření	TO x dotazník ot. 1 – 21. viz. příloha č. 1
	DC II. Zjistit využívaná preventivní opatření.	Preventivní opatření	TO x Co Vám pomáhá proti syndromu vyhoření (uved'te vlastní příklady)?
	DC III. Zjistit, jestli supervize pomáhá v prevenci syndromu vyhoření.	Význam supervize	TO x Jaký druh supervize probíhá ve vaší organizaci? TO x Jak často probíhá ve vaší organizaci supervize? TO x Vnímáte supervizi jako účinnou? TO x Dokážete díky supervizi plnit úkoly tak, aby vás nevyčerpávali? TO x Pomáhá Vám supervize snížit míru stresu při práci s klienty? TO x Díky supervizi na sebe nenecháte dolehnout problémy klientů?

(zdroj: vlastní)

3.2 Výzkumný problém a výzkumné předpoklady

Výzkumným problémem realizovaného šetření je **syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pečujících o lidi s duševním onemocněním.**

Na základě stanoveného hlavního výzkumného cíle, dílčích cílů a výzkumného problému byly definovány následující výzkumné předpoklady:

VP1: *Syndrom vyhoření se vyskytuje u více než 60% sociálních pracovníků, pečujících o lidi s duševním onemocněním.*

VP2: *Sociální pracovníci pečující o lidi s duševním onemocněním využívají více než tři různá preventivní opatření v boji proti syndromu vyhoření.*

VP3: *Supervize pomáhá sociálním pracovníkům pečujícím o osoby s duševním onemocněním jako prevence před syndromem vyhoření.*

3.3 Metody výzkumu

Jak už bylo uvedeno výše, pro empirickou část práce byl zvolen kvantitativní výzkum. Jako výzkumná metoda bylo použito dotazování a zvoleným výzkumným nástrojem standardizovaný dotazník, doplněný o vlastní položky zaměřené na identifikační položky, na prevenci syndromu vyhoření a na supervizi. Dotazník je nejčastěji využívaným nástrojem v kvantitativním výzkumu a jeho výběr má mnoho pozitiv.

Mezi výhody dotazníku dle Dismana (2002) řadíme: poměrně snadno získané informace od velkého počtu jedinců v krátkém čase při relativně malých nákladech a vysoká anonymita. Mezi nevýhody patří nízká návratnost.

3.3.1 Standardizovaný dotazník Burnout Measure BM

Pro dosažení prvního dílčího cíle výzkumu, tj. zjištění míry vyhoření u sociálních pracovníků, byl použit standardizovaný dotazník Burnout Measure BM od Ayale Pines a Elliot Aronson. Tento dotazník měří na sedmibodové posuzovací škále **fyzické, emocionální a mentální vyčerpání**. Obsahuje 21 škálových otázek, které zkoumají, jak často sociální pracovník prožívá popisované pocity a postoje k sobě samému, ke své profesi a ke klientům. (viz kapitola 1.5 Burnout Measure BM od Ayale Pines a Elliot Aronson)

Jelikož je dotazník BM standardizovaný, tak i jeho vyhodnocování má jasně stanovená kritéria, jimiž se výzkumník řídí. Dotazník BM je hodnocen dle následujícího postupu Pines a Aronson. (Maroon, 2012)

Položka (A) je součtem hodnot uvedených u otázek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Položka (B) je součtem hodnot uvedených u otázek číslo: 3, 6, 19 a 20.

Položka (C) je výsledkem po odečtení položky (B) od čísla 32, tj. $C = 32 - (B)$.

Položka (D) je součtem hodnot (A) a (C), tj. $D = A + C$.

Celkové skóre (BQ) je výsledkem dělení hodnoty (D) číslem 21, tj. **$BQ = D : 21$**

BQ je hodnota psychického vyhoření. (Křivohlavý, 2012)

Interpretace výsledků vyšetření metodou BM

BM = 2 a nižší - dobrý výsledek

BM = 3,0 - uspokojivý výsledek

BM = 3,0 – 4,0 - doporučuje se ujasnit si žebříček hodnot, zamyslet se nad smysluplností života

BM = 4,0 – 5,0 - je přítomen syndrom vyhoření, proto je bezpodmínečně nutná intervence (psychologická logoterapie a existenciální psychoterapie)

BM = vyšší než 5,0 - akutní stav vyhoření, důležité je vyhledat psychologickou nebo psychoterapeutickou pomoc. (Maroon, 2012)

3.3.2 Vlastní doplněné položky dotazníku

Ke standardizovanému dotazníku byly přidány vlastní položky. Jedná se o 11 položek, které se týkají identifikačních údajů, délky praxe, supervize a vlastních způsobů, které sociální pracovníci používají jako prevenci syndromu vyhoření.

3.4 Výzkumný soubor, organizace a průběh výzkumu

Výzkumný soubor tvoří sociální pracovníci, působící ve třech různých organizacích. Jedná se o zaměstnance neziskové organizace Fokus ČR, což je platforma, která sdružuje 10 Fokusů v 7 krajích ČR. Dále byla oslovena organizace Péče o duševní zdraví, která 25 let pomáhá lidem žít s duševním onemocněním, působí

v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Poslední je pak nezisková organizace Ledovec, která působí v plzeňském regionu. Jedná se o organizace, kde cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním. Věková skupina respondentů je znázorněna v tabulce č. 2., délka praxe respondentů v zaměstnání/ch byla do 5 let 17 respondentů, nad 5 let 14 respondentů. Věková skupina respondentů nad 10 let a 15 let byla stejná, a to 6. Respondentů, kteří měli praxi nad 20 let bylo 9, viz. tabulka č. 3.

Dotazníky byly rozesílány v elektronické podobě, pomocí *www.surveo.cz*. sociálním pracovníkům, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním, a tím byla zajištěna anonymita dotazníku. Sběr dat probíhal od února 2020. Následně byla analyzována a zpracovávána získaná data a vyhodnocovány výsledky šetření. Závěrem byla data interpretována v kontextu cílů výzkumu, výzkumných předpokladů a celkové problematiky, shrnuté v teoretické části práce.

3.5 Analýza a zpracování dat

Z dat, která byla získána z odpovědí respondentů, byly vytvořeny tabulky a grafy. Celkem odpovědělo 53 respondentů, po ověření správného vyplnění dotazníků byl jeden dotazník vyřazen. Dotazník správně vyplnilo 45 žen a 7 mužů, tedy 52 respondentů. Tato informace o genderovém rozvržení respondentů poukazuje na skutečnost, že v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním, stejně jako například ve školství, v současnosti stále pracuje výrazně více žen než mužů.

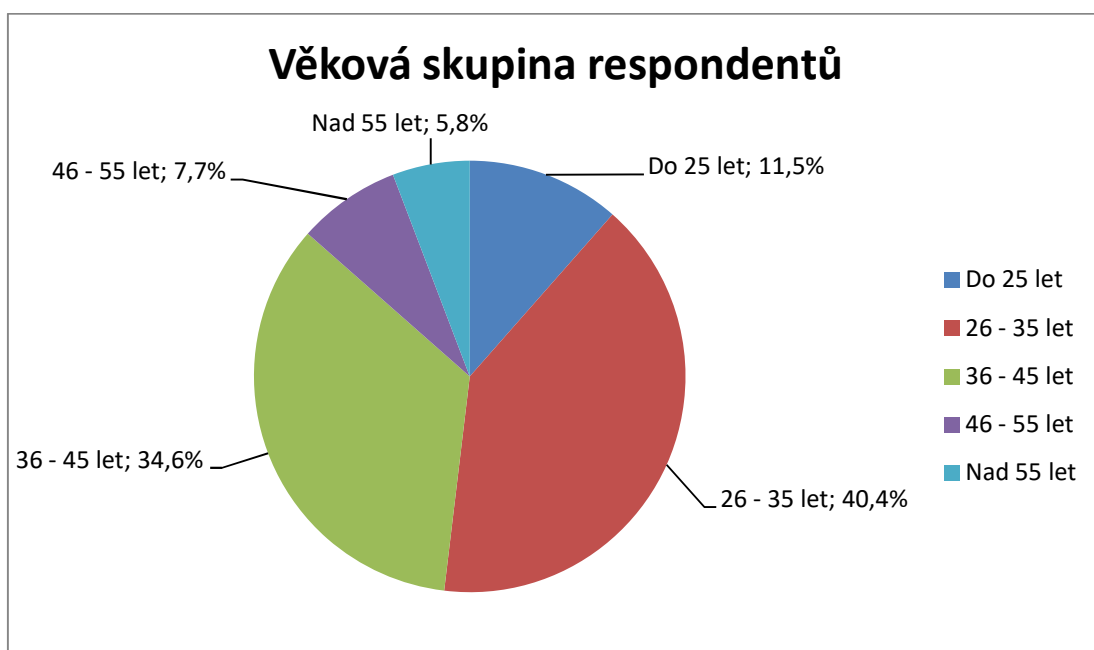
Pro zajímavost jsou na následujících řádcích samostatně vyhodnoceny dvě informační otázky, vztahující se k věku a délce praxe respondentů. Následuje vyhodnocení výzkumných předpokladů.

Věk respondentů

Tabulka č. 2: Věková skupina respondentů

Věková skupina respondentů	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 25 let	6	11,5 %
26 – 35 let	21	40,4 %
36 – 45 let	18	34,6 %
46 – 55 let	4	7,7 %
Nad 55 let	3	5,8 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 1: Grafické znázornění - Věková skupina respondentů

(zdroj: vlastní)

Komentář:

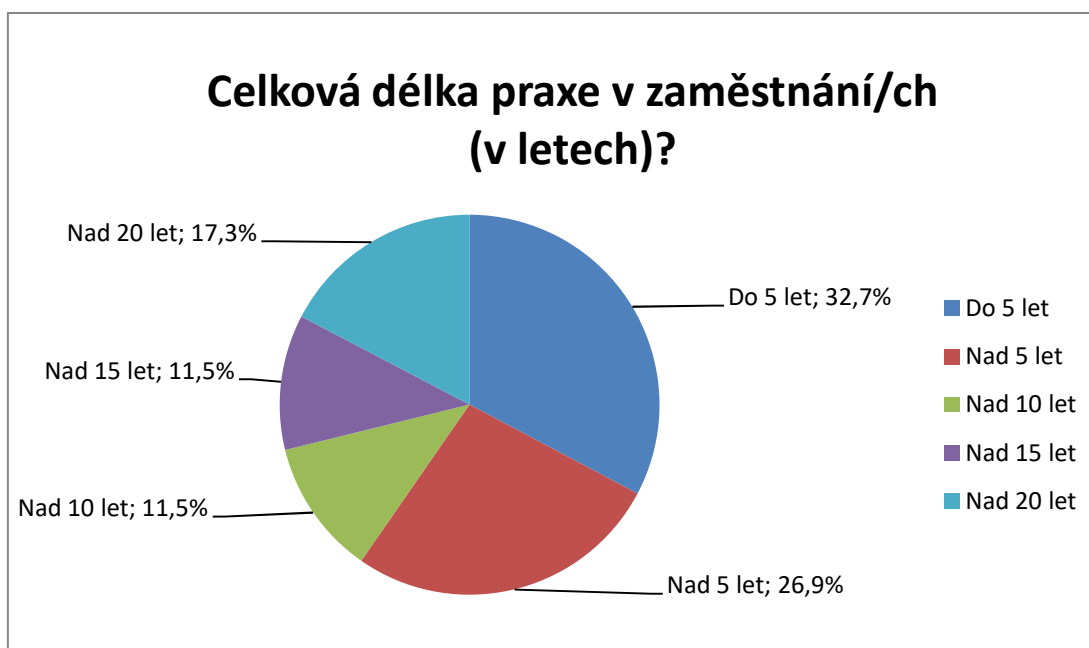
Věková skupina respondentů je uvedena v tabulce č. 2 a grafu č. 1. Nejvíce respondentů bylo zastoupeno ve věku 26- 35 let. Následují respondenti ve věku 36 – 45 let, dále do 25 let, 46 – 55 let a nejméně respondentů bylo ve věku nad 55 let.

Celková délka praxe v zaměstnání/ch (v letech) respondentů

Tabulka č. 3: Délka praxe v zaměstnání/ch (v letech)

Celková délka praxe v zaměstnání/ch (v letech)	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5 let	17	32,7 %
Nad 5 let	14	26,9 %
Nad 10 let	6	11,5 %
Nad 15 let	6	11,5 %
Nad 20 let	9	17,3 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 2: Grafické znázornění - Celková délka praxe v zaměstnání/ch (v letech)
(zdroj: vlastní)

Komentář:

Celková délka praxe v zaměstnáních je zpráhledněna v tabulce č. 3 a grafu č. 2. Z výsledků vyplývá, že nejvíce respondentů bylo těch, kteří mají do 5 let praxe. Následovali respondenti nad 5 let, dále nad 20 let. Respondentů nad 10 let a nad 15 let bylo shodně.

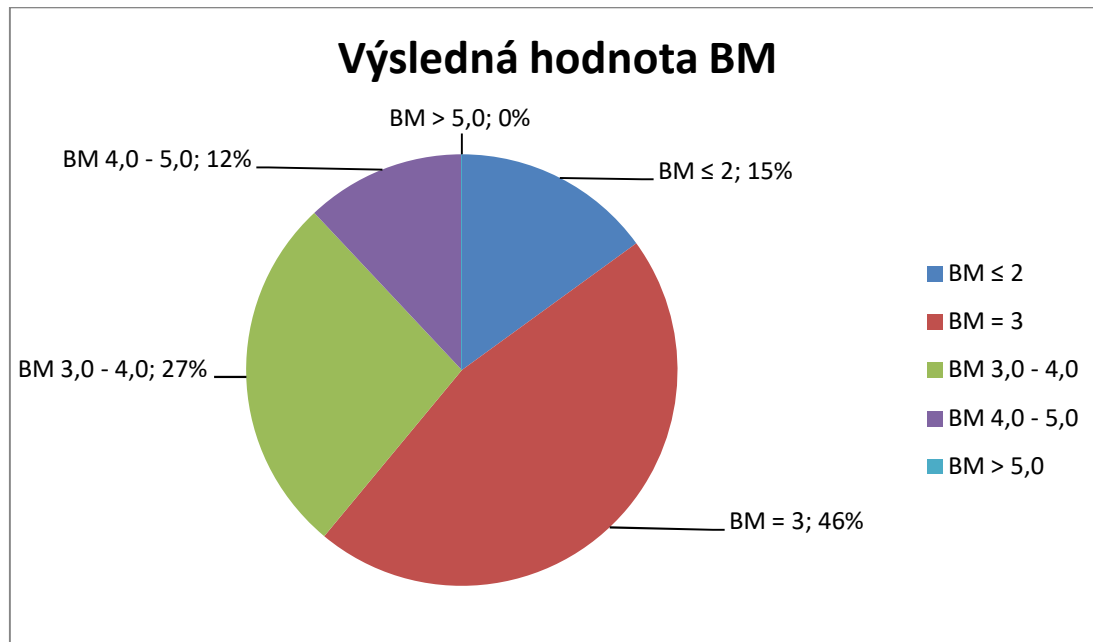
3.5.1 Analýza položek vztahujících se k výzkumným předpokladům

K výzkumnému předpokladu VP1: *Syndrom vyhoření se vyskytuje u více než 60% sociálních pracovníků, pečujících o lidi s duševním onemocněním*, se vztahovaly položky č. 1 – 21, to znamená položky standardizovaného dotazníku BM. Položky dotazníku jsou součástí příloh práce.

Tabulka č. 4: Výsledky zjištění metodou BM u všech respondentů

Výsledná hodnota BM	Absolutní četnost	Relativní četnost
$BM \leq 2$	8	15 %
$BM = 3$	24	46 %
$BM 3,0 - 4,0$	14	27 %
$BM 4,0 - 5,0$	6	12 %
$BM > 5,0$	0	0 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 3: Grafické znázornění - Výsledky zjištění metodou BM u všech respondentů

(zdroj: vlastní)

Komentář:

Tabulka č. 4 a graf č. 3 znázorňují výsledné hodnoty dotazníku BM. Konečné výsledky ukazují u 8 (15%) respondentů dobrý výsledek. Výsledek uspokojivý mělo 24 (46%) respondentů, žebříček hodnot by si mělo ujasnit 14 (27%) respondentů. U 6 (12%) respondentů byla zjištěna přítomnost syndromu vyhoření. Akutní stav vyhoření byl zjištěn u 0 (0%) respondentů.

K výzkumnému předpokladu VP2: *Sociální pracovníci pečující o lidi s duševním onemocněním využívají více než, tři různá preventivní opatření v boji proti syndromu vyhoření* se vztahovala v dotazníku položka č. 32, to znamená otázka č. 11 nestandardizované části dotazníku:

Znění položky: *„Co Vám pomáhá proti syndromu vyhoření? Uveďte vlastní příklady.“*

Tabulka č. 5: Příklady preventivních opatření

Prevence syndromu vyhoření	
Sociální opora	rodina, přátelé, sdílení zážitků s někým blízkým, sdílení v týmu, občasná samota, vztahy s blízkými lidmi, podpora vedení.
Fyzická aktivita	sport, procházky, běh, jóga, plavání.
Relaxace	poslech muziky, četba, příroda, malování, skauting, les, hory, zahrada, relaxace, odpočinek.
Celoživotní vzdělávání	otevřená komunikace, supervize.
Vnitřní nastavení	pokora, má to smysl, nebrat vše příliš vážně, nemůžeme zachránit celý svět.

(zdroj: vlastní)

Komentář:

Značné množství respondentů uvedlo ve své odpovědi jako důležitou prevencí syndromu vyhoření sociální oporu. V této oblasti se v odpovědích objevily pojmy jako: rodina, přátele, sdílení zážitků s někým blízkým, sdílení v týmu, vztahy

s blízkými lidmi. Mezi další odpovědi patří fyzická aktivita, kde se objevovaly pojmy jako: procházky v přírodě, běh, jóga, plavání. Respondenti také uváděli, že je velmi důležitá relaxace, kde mezi konkrétními příklady uváděli: poslech hudby, četba, malování, příroda, zahrada, hory, odpočinek. Jako preventivní opatření ze strany zaměstnavatele byla uvedena supervize a otevřená komunikace. Jako důležité uváděli respondenti i vnitřní nastavení. Zde jsou uvedeny pojmy jako: pokora, smysl práce, nebrat vše příliš vážně.

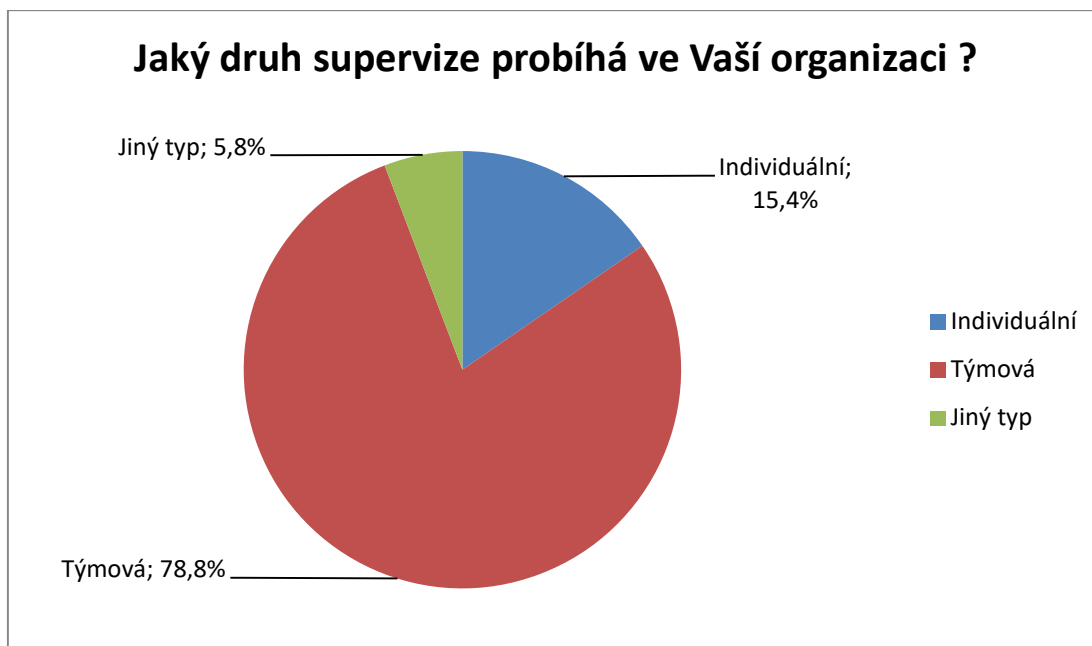
K výzkumnému předpokladu VP3: *Supervize pomáhá sociálním pracovníkům pečujícím o osoby s duševním onemocněním, jako prevence před syndromem vyhoření* se vztahovaly v dotazníku položky č. 28 – 30, to znamená otázky č. 7 – 9 nestandardizované části dotazníku.

Znění položky: „*Jaký druh supervize probíhá ve vaší organizaci?*“

Tabulka č. 6: Druhy supervize

Jaký druh supervize probíhá ve Vaší organizaci?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Individuální	8	15,4 %
Týmová	41	78,8 %
Jiný typ	3	5,8 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 4: Grafické znázornění – Druhy supervize

(zdroj: vlastní)

Komentář:

Druhy supervize probíhající v organizaci, ve které pracují respondenti, jsou znázorněny v tabulce č. 6 a grafu č. 4. Nejčastěji se objevuje týmová supervize, kterou uvedlo 41 (78,8%) respondentů, individuální supervize probíhá u 8 (15,4%) respondentů. Jiný typ supervize uvedlo 3 (5,8%) respondenti.

Znění položky: „*Jak často probíhá ve vaší organizaci supervize?*“

Tabulka č. 7: Frekvence supervize

Jak často probíhá ve Vaší organizaci supervize?	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 x měsíčně	27	51,9 %
1 x za 6 týdnů	8	15,4 %
1 x za 3 měsíce	11	21,2 %
Jiná frekvence	6	11,5 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 5: Grafické znázornění – Frekvence supervize

(zdroj:vlastní)

Komentář:

Četnost průběhu supervize v organizaci znázorňuje tabulka č. 7 a graf č. 5.

Nejčastější frekvenci supervize, a to 1x měsíčně uvedlo 27 (51,9%) respondentů, 11 (21,2%) respondentů uvádí supervizi 1x za 3 měsíce, u 8 (15,4%) respondentů probíhá supervize 1x za 6 týdnů. Jinou frekvenci supervize uvedlo 6 (11,5%) respondentů.

Znění položky: „*Dokážete, díky supervizi plnit úkoly tak, aby Vás nevyčerpávaly?*“

Tabulka č. 8: Supervize jako podpora při plnění pracovních úkolů

Dokážete díky supervizi plnit úkoly tak, aby Vás nevyčerpávaly?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	21	40,4 %
Ne	9	17,3 %
Občas	22	42,3 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 6: Grafické znázornění – Supervize jako podpora při plnění pracovních úkolů

(zdroj: vlastní)

Komentář:

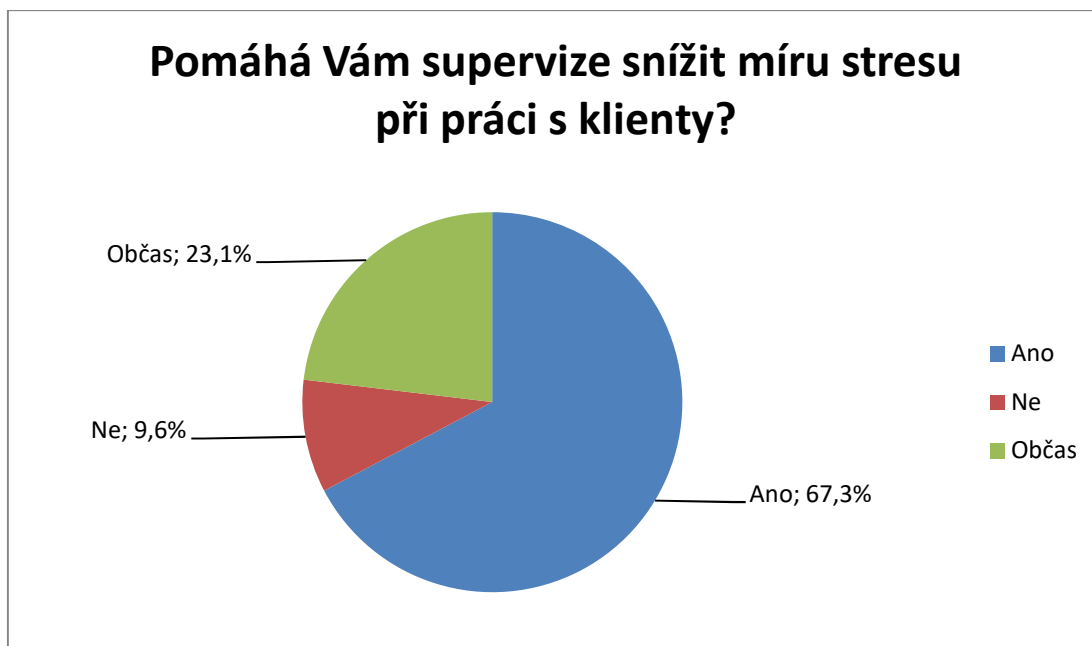
Odpovědi respondentů na tuto položku znázorňuje tabulka č. 8 a graf č. 6. Nejčastěji byla uvedena odpověď občas a to u 22 (42,3%) respondentů, díky supervizi dokáže 21 (40,4%) respondentů plnit úkoly tak, aby je nevyčerpávaly. Pro 9 (17,3%) respondentů není supervize podporou v plnění pracovních úkolů.

Znění položky: *„Pomáhá Vám supervize snížit míru stresu při práci s klienty?“*

Tabulka č. 9: Supervize jako podpora při snížení stresu

Pomáhá Vám supervize snížit míru stresu při práci s klienty?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	35	67,3 %
Ne	5	9,6 %
Občas	12	23,1 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 7: Grafické znázornění – Supervize jako podpora při snížení stresu
(zdroj: vlastní)

Komentář:

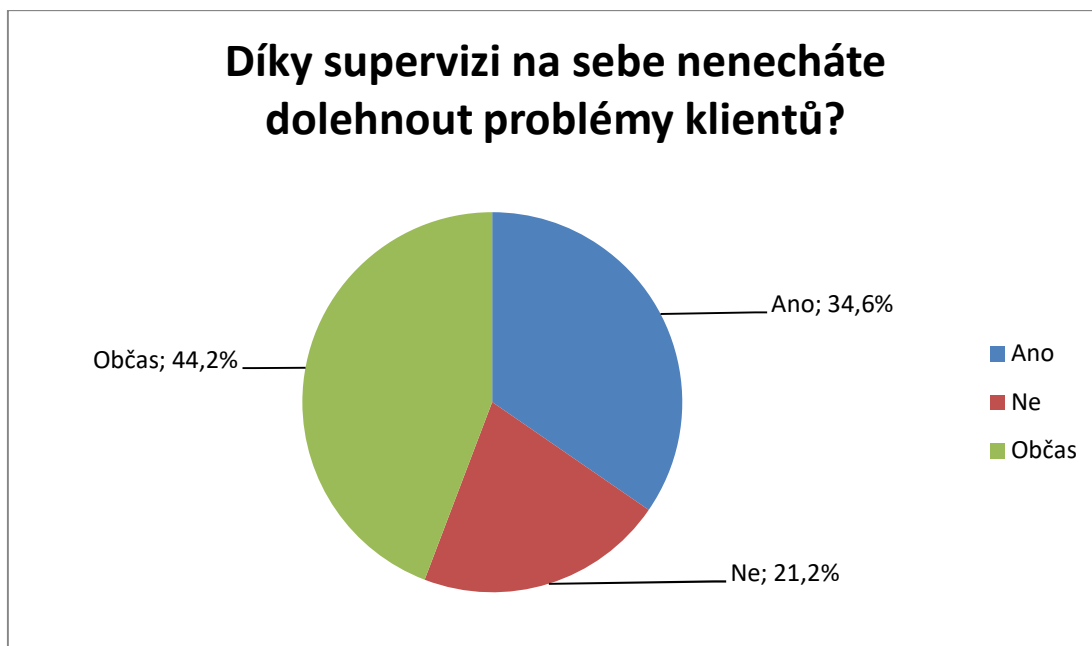
Odpovědi na tuto položku znázorňuje tabulka č. 9 a graf č. 7. Z výsledků jasně vyplývá odpověď ano 35 (67,3%), tzn. respondentům pomáhá supervize snížit míru stresu při práci s klienty. 12 (23,1%) respondentů uvádí odpověď občas a 5 (9,6%) respondentům supervize nepomáhá snížit míru stresu při práci s klienty.

Znění položky: „*Díky supervizi na sebe nenecháte dolehnout problémy klientů?*“

Tabulka č. 10: Supervize jako ochrana před problémy klientů

Díky supervizi na sebe nenecháte dolehnout problémy klientů?	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	18	34,6 %
Ne	11	21,2 %
Občas	23	44,2 %

(zdroj: vlastní)



Graf č. 8: Grafické znázornění – Supervize jako ochrana před problémy klientů
(zdroj: vlastní)

Komentář:

Odpovědi respondentů uvádí tabulka č. 10 a graf č. 8. Nejvíce opakující se odpověď byla občas 23 (44,2%) respondentů, 18 (34,6%) dotazovaných díky supervizi na sebe nenechá dolehnout problémy klientů, a 11 (21,2%) respondentů uvedlo, odpověď „ne“, supervize mi nepomáhá.

3.6 Vyhodnocení výzkumných předpokladů

Výzkumný předpoklad VP1: *Syndrom vyhoření se vyskytuje u více než 60% sociálních pracovníků, pečujících o lidi s duševním onemocněním.*

Z odpovědí respondentů ve standardizovaném dotazníku BM vyplývá, že výsledky nepodporují výzkumný předpoklad č. 1. Oproti předpokladu, ve standardizovaném dotazníku BM vyšlo, že syndrom vyhoření je přítomen pouze u 6 (12%) žen z celkového počtu respondentů. Výsledky ukazují, že dvě sociální pracovnice mají

praxi nad 20 let, dvě do 5 let, jedna nad 15 let a jedna nad 10 let praxe, týmová supervize probíhá jednou měsíčně.

Protože se výzkumného šetření zúčastnilo pouze 52 respondentů, nelze nicméně výsledek zobecňovat na celou populaci.

Výzkumný předpoklad VP2: *Sociální pracovníci pečující o lidi s duševním onemocněním využívají více než tři různá preventivní opatření v boji proti syndromu vyhoření.*

Z odpovědí respondentů v otázce číslo 11, která se vztahuje k tomuto výzkumnému předpokladu vyplývá, že výsledky částečně podporují výzkumný předpoklad č. 2. Z jednotlivých dotazníků je patrné, že 25 respondentů využívá méně než tři různá preventivní opatření a 27 respondentů využívá tři a více preventivních opatření.

Výzkumný předpoklad VP3: *Supervize pomáhá sociálním pracovníkům pečujícím o osoby s duševním onemocněním jako prevence před syndromem vyhoření.*

Výzkumný předpoklad očekával převahu jedné z mezních variant, tj. ano nebo ne, ale respondenti často uváděli odpověď *občas*. Nelze proto říct, že výsledky výzkumu výzkumný předpoklad podporují ani, že nepodporují. Dá se říct, že výsledky výzkumu výzkumný předpoklad spíše podporují v otázce toho, že supervize pomáhá sociálním pracovníkům, kteří pečují o osoby s duševním onemocněním snížit míru stresu v jejich práci s těmito osobami, ale nelze říct, že supervize dokáže se stoprocentní účinností zabránit tomu, aby na sociální pracovníky občas nedolehly problémy klientů nebo aby občas nepociťovali vyčerpání. Supervize sociálním pracovníkům pečujícím o osoby s duševním onemocněním pomáhá, ale nelze říct, že funguje jako stoprocentní prevence.

3.7 Shrnutí empirické části

Cílem empirické části bylo zjistit přítomnost syndromu vyhoření a využívaná preventivní opatření včetně supervize u sociálních pracovníků pečujících o lidi s duševním onemocněním. Výzkum byl realizován kvantitativně, data byla získána metodou dotazníkového šetření. Míru vyhoření zjišťovala standardizovaná část dotazníku – BM. Demografické informace a jaká preventivní opatření využívají sociální pracovníci, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním zjišťovala nestandardizovaná část dotazníku. Dotazníky byly rozesílány v elektronické podobě, pomocí www.surveo.cz. sociálním pracovníkům, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním. Vyplnění dotazníku zabralo respondentům průměrně 5 až 10 minut. Konkrétně byli osloveni zaměstnanci třech organizací, a to Fokus ČR, Péče o duševní zdraví a Ledovec. Na základě zjištěných informací byly vytvořeny tabulky a grafy, které přehledně zobrazují početní i procentuální vyhodnocení odpovědí.

Hlavní cíl výzkumu byl rozpracován do třech dílčích cílů. První dílčí cíl a s ním i výzkumný předpoklad, se zabývaly přítomností syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pečujících o duševně nemocné. Z výsledků vyplynulo, že syndrom vyhoření je přítomen pouze u 6 (12%) žen z celkového počtu respondentů, z toho dvě mají délku praxe nad 20 let, dvě do 5 let, jedna nad 15 let a jedna nad 10 let praxe. U těchto respondentek probíhá týmová supervize jednou měsíčně. I přes to, že jsou na sociální pracovníky kladeny velké nároky, empirické šetření ukázalo, že převažují pracovníci, kteří nejsou celkově vyčerpáni.

Druhým dílčím cílem výzkumu bylo zjistit využívaná preventivní opatření syndromu vyhoření a k těmto opatřením se vztahoval i druhý výzkumný předpoklad. Všichni respondenti uvedli, že využívají alespoň jednu preventivní metodu syndromu vyhoření. Nejčastějšími způsoby bylo: věnování se svým koníčkům, odpočinek, fyzická aktivita. Jako další preventivní opatření sociální pracovníci uváděli sociální oporu ze strany rodiny, přátel, kolegů. Sociální pracovníci by měli pravidelně věnovat čas sami sobě, svému zdraví, vnitřní spokojenosti.

Třetím dílčím cílem, ke kterému se vztahoval třetí výzkumný předpoklad, bylo zjistit, jestli supervize pomáhá v prevenci syndromu vyhoření. Položky, které měly přinést odpovědi, směřující k podpoře či nepodpoře předpokladu, směřovaly k oblasti stresu na pracovišti a jeho snížení za pomoci supervize, k míře profesionálního

odstupu od problémů klientů za pomoci supervize a pomoci supervize jako takové proti celkovému vyčerpání z práce. Výsledky výzkumu ukázaly, že supervize pomáhá snížit míru stresu na pracovišti, ale není až tak účinná v pomoci sociálním pracovníkům, aby na ně nedoléhaly problémy klientů. To, že supervize jednoznačně pomáhá sociálním pracovníkům jako prevence, se nepotvrdilo zcela, protože lehce přes 40% respondentů odpovědělo, že jim supervize pomáhá jako podpora občas. Třetí výzkumný předpoklad tedy výsledky realizovaného výzkumného šetření podporují částečně. Supervize sociálním pracovníkům pečujícím o osoby s duševním onemocněním spíše pomáhá, ale není stoprocentním opatřením, které pomůže zabránit syndromu vyhoření vždy a všem. Je navíc více než vhodné, připojit k ní také individuální způsoby prevence, na jejichž zjištění byl zacílen druhý dílčí cíl výzkumu a které byly popsány v předchozím odstavci.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit míru syndromu vyhoření a využívaná preventivní opatření včetně supervize u sociálních pracovníků pečujících o lidi s duševním onemocněním.

V první kapitole teoretické části bylo pomocí odborné literatury popsáno mimo jiné, co je syndrom vyhoření, jaké jsou jeho symptomy, vývoj a diagnostika. Zároveň byly uvedeny rizikové faktory, které mohou vést k syndromu vyhoření. Odborníci se shodují na klíčových faktorech jako je chronický stres, nízká asertivita, nízké či nestabilní sebehodnocení a sebepojetí. Poslední část první kapitoly práce se zaměřila na prevenci syndromu vyhoření, na kterou byly zaměřeny dva dílčí cíle výzkumu.

Druhá kapitola se věnovala sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a bylo v ní popsáno, jakou má sociální pracovník úlohu a co je důležité znát a umět v oblasti duševního zdraví. V podkapitole Komunitní péče o lidi s duševní nemocí byly stručně představeny cíle komunitní péče a pojem komunitní psychiatrie a její charakteristické vlastnosti. Jelikož se celá práce věnuje sociálním pracovníkům, kteří pečují o lidi s duševním onemocněním, tak se poslední podkapitola zaměřila na základní rozdělení duševních poruch.

V empirické části byl popsán realizovaný kvantitativní výzkum, v němž byl pomocí dotazníkového šetření zjišťován výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pečujících o osoby s duševním onemocněním. Zároveň bylo zkoumáno, jaká preventivní opatření tyto sociální pracovníci používají a jestli jim pomáhá supervize, která je častým preventivním opatřením v rámci firem a organizací.

Hlavní cíl byl rozdělen do třech dílčích cílů. Prvním dílčím cílem bylo zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků vyskytuje syndrom vyhoření. Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaká preventivní opatření používají sociální pracovníci pečující o lidi s duševním onemocněním proti syndromu vyhoření. Třetí dílčí cíl zjišťoval, jestli supervize pomáhá sociálním pracovníkům v prevenci syndromu vyhoření.

Výsledky výzkumu ukázaly, že z celkového počtu respondentů, trpí syndromem vyhoření 12% z nich a v akutním stavu se nenachází žádný sociální pracovník.

Uspokojivý výsledek z pohledu psychologie zdraví měla téměř polovina respondentů, tj. 46%.

Za detailnější výzkumné šetření by stály informace, jejichž zjištění bylo druhým dílčím cílem. Mezi preventivními opatřeními, které uváděli respondenti, se objevilo mnoho zajímavých informací. Mezi nejčastější užívané způsoby prevence syndromu vyhoření, které uvedli, patří věnování se svým koníčkům, fyzická aktivita, odpočinek. Dále sociální pracovníci uváděli sociální oporu ze strany rodiny, přátel, kolegů. Zároveň výsledky ukázaly, že se všichni respondenti sami věnují prevenci syndromu vyhoření.

Neméně zajímavá byla zjištění ohledně supervize, která byla třetím dílčím cílem. Výsledky zjistily, že supervize sociálním pracovníkům pečujícím o osoby s duševním onemocněním spíše pomáhá, ale nelze říct, že funguje jako stoprocentní prevence. Nicméně, supervize by měla být nepostradatelnou součástí na pracovišti a probíhat pravidelně, aby pomáhala sociálním pracovníkům navozovat duševní pohodu, snižovat míru stresu, popřípadě včas dokázala rozpoznat symptomy počínajícího syndromu vyhoření.

Všechny informace, které si výzkum kladl za cíl zjistit, byly zjištěny a prostřednictvím dílčích cílů byl naplněn i cíl hlavní.

V rámci výzkumu byly rovněž stanoveny tři výzkumné předpoklady, vztahující se k dílčím cílům. První výzkumný předpoklad nebyl výsledky podpořen, protože syndromem vyhoření trpí méně sociálních pracovníků, než bylo odhadováno. Druhý výzkumný předpoklad, zaměřený na prevenci syndromu vyhoření, byl spíše podpořen, protože více než polovina respondentů využívá alespoň tři preventivní opatření proti syndromu vyhoření. Třetí výzkumný předpoklad, týkající se supervize, byl také spíše podpořen, protože výsledky výzkumu ukázaly, že supervize pomáhá 67,3% sociálním pracovníkům snižovat míru stresu na pracovišti, čímž pomáhá pracovníkům v oblasti psychohygieny a duševní pohody, a tím i jako prevence proti syndromu vyhoření.

Díky bakalářské práci jsem si rozšířila svoje dosavadní znalosti o syndromu vyhoření a uvědomila si, jak je důležitá prevence tohoto syndromu. Z vlastní zkušenosti vím, že syndrom vyhoření je pomalý, plíživý proces, který zasáhl mě i moje blízké.

Důležité je mít kolem sebe lidi, kteří mohou zachytit první varovné signály. O syndromu vyhoření by se mělo více mluvit a nejen sociální pracovníci by si měli připustit, že tato fáze může potkat každého z nás.

Seznam použité literatury a dalších zdrojů

BAŠTECKÁ, Bohumila. Týmová Supervize: teorie a praxe. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0940-9.

BAŠTECKÁ, Bohumila, ed. Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

BENEŠOVÁ, Veronika a Edita ŠMIDMAJEROVÁ. Supervize jako nástroj v prevenci syndromu vyhoření. Sociální práce/Sociálna práca. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Evropský výzkumný institut sociální práce, 2018, 18(2), 63- 71. ISSN 1213-6204.

DISMAN, Miroslav. Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

DÖRNER, Klaus. PLOG, Ursula. Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999. ISBN 8071696285.

HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. 59 s. ISBN 80-7178-715-9.

JANEBOVÁ, Radka. Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup. Vyd. 1. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 16 s. ISBN 978-80-7435-374-1.

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

KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 132 s. ISBN 80-7367-181-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5.

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

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. 164 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2010. ISBN 80-7367-002-X.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

PROBSTOVÁ, V. & PĚČ, O., 2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly, Praha: Portál.

STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. 15 s. ISBN 978-80-247-3553-5.

UNGER, D. Superintendent Burnout: Myth or Reality, Ph.D dissertation, Columbus, 1980, The Ohio State University.

VOSEČKOVÁ, Alena a Zdeněk HRSTKA. Kapitoly z psychologie zdraví: učební text pro vysokoškolskou výuku. Syndrom vyhoření. Brno: Univerzita obrany, 2010. ISBN 978-80-7231-344-0.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník BM

Dotazník psychického vyhoření (burnout)

V následujícím dotazníku uveďte, jak často máte v posledním roce následující pocity a zkušenosti. Pomocí sedmistupňové škály vyjádřete jejich intenzitu.

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

		1	2	3	4	5	6	7
1.	Byl jsem unaven.							
2.	Byl jsem v depresi.							
3.	Prožíval jsem krásný den.							
4.	Byl jsem tělesně vyčerpán.							
5.	Byl jsem citově vyčerpán.							
6.	Byl jsem šťastný.							
7.	Cítil jsem se vyřízen (zničen).							
8.	Nemohl jsem se vzchopit.							
9.	Byl jsem nešťastný.							
10.	Cítil jsem s uhoněn a utahán.							
11.	Cítil jsem se jakoby uvězněn v pasti.							
12.	Cítil jsem se jako bych byl nula.							
13.	Cítil jsem se utrápen.							
14.	Tížily mne starosti.							
15.	Cítil jsem se zklamán a rozčarován.							
16.	Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.							
17.	Cítil jsem se beznadějně.							
18.	Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.							
19.	Cítil jsem se pln optimismu.							
20.	Cítil jsem se pln energie.							

21.	Byl jsem pln úzkosti a obav.							
A = Suma 1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,21								
B = Suma 3,6,19,20								
C = 32 - (B)								
Celkové skóre = (A + C) : 21							Burnout =	

Příloha č. 2: Doplnkový dotazník

DOPLŇKOVÝ DOTAZNÍK K SYNDROMU VYHOŘENÍ

V doplňkovém dotazníku zakřížkujte na konci řádku jen ten údaj, který odpovídá Vaší osobě, případně vepište do řádku upřesňující údaje.

1. Pohlaví

muž

žena

2. Věk

do 25 let

26 – 35 let

36 – 45 let

46 – 55 let

nad 55 let

3. Celková délka praxe v zaměstnání/ch (v letech)

do 5 let

nad 5 let

nad 10 let

4. Probíhá ve vaší organizaci supervize (pokud ano, jak často)

Ano

Ne

5. Vnímáte supervizi jako účinnou

Ano

Ne

Občas

6. Dokážete díky supervizi plnit úkoly tak, aby vás nevyčerpávaly

Ano

Ne

Občas

7. Pomáhá vám supervize snížit míru stresu při práci s klienty

Ano

Ne

Občas

8. Díky supervizi na sebe nenecháte dolehnout problémy klientů

Ano

Ne

Občas

9. Dokážete řešit s klidem problémy v týmu a cítíte se v něm dobře

Ano

Ne

Občas

10. Co Vám pomáhá proti syndromu vyhoření (uved'te vlastní příklady)

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Transformační tabulka.....	34
Tabulka č. 2: Věková skupina respondentů.....	38
Tabulka č. 3: Délka praxe v zaměstnání/ch (v letech).....	39
Tabulka č. 4: Výsledky zjištění metodou BM u všech respondentů.....	40
Tabulka č. 5: Příklady preventivních opatření.....	41
Tabulka č. 6: Druhy supervize.....	42
Tabulka č. 7: Frekvence supervize.....	43
Tabulka č. 8: Supervize jako podpora při plnění pracovních úkolů.....	44
Tabulka č. 9: Supervize jako podpora při snížení stresu.....	45
Tabulka č. 10: Supervize jako ochrana před problémy klientů.....	46

Seznam grafů

Graf č. 1: Grafické znázornění – Věková skupina respondentů.....	38
Graf č. 2: Grafické znázornění – Celková délka praxe v zaměstnání/ch (v letech).....	39
Graf č. 3: Grafické znázornění – Výsledky zjištění metodou BM u všech respondentů.....	40
Graf č. 4: Grafické znázornění – Druhy supervize.....	43
Graf č. 5: Grafické znázornění – Frekvence supervize.....	44
Graf č. 6: Grafické znázornění – Supervize jako podpora při plnění pracovních úkolů.....	45
Graf č. 7: Grafické znázornění – Supervize jako podpora při snížení stresu.....	46
Graf č. 8: Grafické znázornění – Supervize jako ochrana před problémy klientů....	47