

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriľometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Kristýna Lukášová

Psychohygiiena zdravotně-sociálních pracovníků
na Královéhradecku

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2019

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci, 12. 4. 2019

.....

Bc. Kristýna Lukášová

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce panu PhDr. Mgr. Liborovi Novosádovi, Ph.D. za věnovaný čas, odborné vedení a vstřícný přístup při zpracování diplomové práce. Další poděkování patří také všem zdravotně-sociálním pracovníkům, kteří mi byli ochotni poskytnout informace k výzkumné části. V neposlední řadě také děkuji za veškerou podporu během studia mé rodině.

OBSAH

ÚVOD	6
KONCEPTUÁLNÍ ČÁST	8
1. PSYCHOHYGIENA	8
1.1. Vymezení pojmu a cíle	8
1.2. Historické kořeny	11
1.3. Vývoj psychohygieny	12
1.4. Diagnostika a význam psychohygieny	13
1.5. Prostředky psychohygieny v sociální práci	14
1.6. Základní kritéria duševního zdraví.....	16
1.7. Duševní hygiena pracovníka v pomáhající profesi	17
2. SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	19
2.1. Specifika zdravotně-sociálního pracovníka	20
2.2. Kompetence zdravotně-sociálního pracovníka	22
2.3. Etická a kulturní dimenze zdravotně-sociálního pracovníka	23
3. POMÁHAJÍCÍ PROFESE A JEJÍ NÁROČNOST	27
3.1. Pracovní zátěž a stres v sociální práci	28
3.2. Strategie zvládání stresu v sociální práci.....	32
3.3. Syndrom pomáhajícího	34
3.4. Syndrom vyhoření	35
VÝZKUMNÁ ČÁST	41
4. CÍL VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ OTÁZKA	41
5. POPIS POUŽITÝCH METOD	43
5.1. Rozhovor.....	44
5.2. Pozorování	45
5.3. Dotazník.....	46
6. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU	48
6.1. Charakteristika jednotlivých participantů.....	49
7. ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT.....	53

8.	VÝSLEDKY K HLAVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZCE.....	55
8.1.	Psychohygienu	55
8.2.	Problémy z praxe.....	59
8.3.	Podpora ZSP	61
8.4.	Pracovní vytížení.....	64
9.	VÝSLEDKY K DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZCE	67
10.	DISKUZE	71
11.	CELKOVÉ SHRNTÍ VÝSLEDKŮ.....	74
11.1.	Doporučení pro praxi.....	78
11.2.	Limity výzkumu	80
11.3.	Náměty na další zkoumání.....	81
12.	ZÁVĚR	82
	BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM.....	84
	SEZNAM TABULEK	90
	SEZNAM PŘÍLOH	91

ÚVOD

Předkládaná diplomová práce se zabývá Psychohygienou zdravotně-sociálních pracovníků na Královéhradecku. Konceptuální část se věnuje obecným informacím týkajících se psychohygieny, dále pak sociální práci ve zdravotnictví a náročnosti pomáhající profese. Výzkumná část popisuje cíl práce s výzkumnými otázkami, metodologii, charakteristiku výzkumného souboru, způsob zpracování dat, v neposlední řadě zjištěné výsledky a diskuzi. Hlavním cílem této práce je zmapování potřeb zdravotně-sociálních pracovníků (dále jen ZSP) v nemocnicích na Královéhradecku v oblasti psychohygieny.

Úvodem bych zmínila slova profesora Vratislava Schreibera: *„Dynamičnost moderního způsobu života v nás postupně vyčerpává naše fyzické a psychosociální rezervy. Ztrácíme pevnou půdu pod nohama. Aniž bychom si to připustili, ocitáme se v bludném kruhu chronického stresu se všemi jeho důsledky na náš organismus. Velikost stresu se dá vyznačit délkou jeho přetrvávání. Budeme se muset naučit přijmout stresující situace jako nedílnou součást našeho života a umět nad nimi vítězit.“* (Klvetová, 2017, s. 33, podle Schreiber 2000)

Profesi zdravotně-sociálního pracovníka (dále jen ZSP) můžeme vnímat jako jeden z účinných nástrojů eliminující resortismus mezi zdravotnictvím a sociální oblastí. Bohužel ne každý má dostatek vlastních sil k řešení problematických situací, o to více pokud se jedná o akutní či chronické onemocnění, které nás může doslova „vyřadit“ s běžného života. Jelikož se jedná o tzv. emocionálně podmíněnou práci, jsou kladeny vysoké nároky na projev a ovládání veškerých emocí, vnímavost vůči klientům a udržení rozhodujícího vlivu nad kontrolou sociální interakce. (Mlčák, 2005, s. 128). Pracovní nároky budou pravděpodobně v budoucnu narůstat a ZSP by měli být podporováni ve strategiích zvládnání stresu nejen na individuální, ale také organizační úrovni.

Dle vlastních zkušeností z výkonu profese ZSP považuji za důležité vést diskuzi ohledně náročnosti povolání, souvisejícím přepracování, nedostatku času na klienty a pracovním stresem. U pracovníků je nezbytné uvědomění si vlastních potřeb, péče o sebe

samotné a schopnost sebereflexe, k čemuž je důležité vnitřní posilování jak po stránce fyzické, tak duševní. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 93)

Na základě těchto uvedených důvodů bych touto prací chtěla poukázat na zvyšování nároků, které souvisí s povoláním ZSP. Dochází k tomu vlivem změn demografických (přibývání osob v seniorském věku, vyšší migrace) i ekonomických (nedostatek finančních prostředků a personálu ve zdravotnictví), s čímž se potýká také Královéhradecký kraj. (Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje 2016 – 2020) ZSP je často považován za takzvaného „superhrdinu“, ale přitom nedochází k relevantní podpoře jeho duševní hygieny (psychohygieny).

Tento nežádoucí jev škodí ZSP samotným – dochází pak k neschopnosti „připojení se“ ke klientovi, konfliktnímu jednání nebo syndromu vyhoření. V další řadě škodí zaměstnavateli – následkem může být častá fluktuace pracovníků, nízká kvalita vykonané práce. Škodí také klientům, protože je jim poskytována neefektivní péče, podpora a pomoc. Dále společnosti, daný jev může přispívat k deprofesionalizaci sociální práce ve zdravotnictví. Zaměstnavatelé ZSP většinou nedostatečně podporují využívání prostředků psychohygieny, protože mnohdy vůbec neznají jejich výhody a přínosy. Bohužel někdy jev souvisí také s faktem, že přímým nadřízeným zdravotně-sociálního pracovníka není nikdo z oboru, ale např. hlavní sestra.

Na dané téma je zpracováno sice několik studentských prací (bakalářské, diplomové), ale všechny se zaměřují pouze na psychohygienu sociálních pracovníků v sociálních službách, nikoliv ve zdravotnictví. Můžeme dohledat pouze jednu bakalářskou práci, která je nejbližší k tématu této diplomové práce. Tímto jsem získala zároveň určitou motivaci k zpracování diplomové práce na téma Psychohygienu zdravotně-sociálních pracovníků na Královéhradecku.

KONCEPTUÁLNÍ ČÁST

1. Psychohygienu

1.1. Vymezení pojmu a cíle

Mentální hygiena – hygiena duše – duševní hygiena neboli psychohygienu, jedná se o termín, který je oproti tělesné hygieně méně známý a mnoho lidí ho chápe jako synonymum pojmu duševní rovnováha. Mimořádnou pozornost jí věnovali autoři zejména v druhé polovině 20. století, např. J. Doležal, L. Kubička, L. Míčka, D. Bartka, O. Kondáš atd. V 90. letech pak publikoval k této tématice zejména J. Švancara, D. Švingalová a P. Možný.

Nejznámější definice duševní hygieny, která koresponduje s řadou jiných definic, pochází od L. Míčka (1984, s. 9): „*Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“

Míček (1986, s. 22, podle Prokůpek, 1972, s. 159) dále definuje duševní zdraví jako „*stav, kdy všechny duševní pochody probíhají optimálním způsobem, harmonicky, umožňují správně odrážet zevní realitu, přiměřeně a pohotově reagovat na všechny podněty a řešit běžné i nenadálé úkoly, stále se zdokonalovat a mít pocit uspokojení ze své činnosti. To předpokládá optimální funkci centrálního nervového systému i celého organismu.*“

Đuriak (2001, s. 19, podle Štúra, 1998, s. 43 – 45) zmiňuje: „*Mentální hygiena stojí na kritickém myšlení, zvažuje a předvídá, namísto pozdní lítosti. Není návodem na bezproblémové přežití, ale spíše podnětem k zamyšlení a tvořivému uspořádání si pozemských záležitostí.*“

Bedrnová (2009, s. 9) se vyjadřuje k psychohygieně následovně: „*Jde o interdisciplinární předmět zahrnující praktické záležitosti našeho života se zaměřením na uchování si fyzického a duševního zdraví i přes nepříznivé dopady mnoha dílčích podnětů a situací.*“

V užším slova smyslu se jedná o prevenci výskytu duševních nemocí (rozšířeno zejména v anglosaské oblasti s termínem „mentalhealth“), kdy je kladen důraz na odchylky duševní normality, prevenci neuróz atd. V širším slova smyslu se duševní

hygienou rozumí péče o optimální fungování duševní činnosti¹, což zahrnuje schopnost člověka přirozeně odrazet realitu, reagovat přiměřeně na všechny důležité podněty, schopnost řešit různé úkoly „na úrovni“, stále se duševně zdokonalovat a duchovně růst.

Duševní hygiena se zaměřuje zejména na duševně zdravé jedince, kdy se jedná zejména o upevnění a posílení duševního zdraví. Dále se snaží pracovat i s lidmi na hranici mezi zdravím a nemocí, kteří již projevují příznaky narušení duševní rovnováhy. Nelze však duševní hygienu zaměňovat s psychoterapií, při které dochází k odstraňování konkrétních poruch. Mezi cíle duševní hygieny patří důraz na sebevýchovu, zrání osobnosti, duševní klid, dále sem patří otázky sociální interakce, úpravy životního a pracovního prostředí, v neposlední řadě také životospráva. V roce 1948 vznikla Světová federace duševního zdraví, která sídlí v Ženevě. (Křivohlavý, 2009, s. 143 – 144, podle Míček, 1984)

Duševní hygiena nepřivede člověka ke štěstí, ale může ukázat chyby, které štěstí a spokojenost ničí, podkopávají, a varovat před nimi. Může také poskytnout základní rady, jejichž respektování se v životě vyplácí. „*Avšak tam věda o životě končí a začíná umění života.*“ (Míček, 1986)

Mezi problematické a diskutované oblasti psychohygieny můžeme zahrnout duševní rovnováhu a zdraví, denní režim, spánek, sociální vztahy, sebepoznání, relaxační techniky atd. Dodržování zásad psychohygieny nám může pomoci v prevenci a zvyšování odolnosti vůči somatickým a psychickým onemocněním, ke zvýšení pracovní výkonnosti, upevnění sociálních vztahů a v neposlední řadě nás může dovést také k intenzivním pocitům životní spokojenosti. Mezi základní pojmy, související s psychohygienou patří:

- Duševní rovnováha (neboli vyrovnanost) = stav, kdy je člověk schopen adaptace na měnící se podmínky prostředí, prožívání štěstí, úspěšnosti v sociálních vztazích, dále souvisí také s odolností vůči nemocem, fyzickou a psychickou zdatností (Urbanovská, 2012, s. 9 – 11)
- Duševní zdraví = stav, kdy všechny duševní pochody probíhají harmonicky a optimálně, člověk si tak může vytvářet reálné obrazy o

¹ Podobnými náměty se zabývá tzv. *biodromální psychologie* (psychologie životní cesty) a *valeologie* (problematika všestranného zhodnocování individuálního života).

realitě, pohotově a adekvátně reagovat, řešit běžné úkoly, pracovat na zdokonalení, mít radost ze sebe i svých činností. Dle Keyese (2002, s. 539 - 540, 2005, s. 208) se duševní zdraví prokazuje zvýšenou mírou emocionální, psychologické a sociální dimenze osobní pohody - popisováno jako flourishing (optimální prospívání).

Moderní pojetí psychohygieny není spojováno s pouhou prevencí, či profylaxí nepříznivých vlivů. Snaží se spíše zaměřit na širší pojetí, neklást důraz pouze na relaxaci, odpočinek či životosprávu, ale hledá, co konkrétně umožní člověku nalézt a uspořádat program vlastního života, přičemž bude podpořena zároveň jeho individualita. Důležité je zmínit, že v oblasti psychohygieny neexistuje žádný nejlepší hotový a obecně využitelný recept. (Bedrnová, 2009, s. 20 – 21)

K psychohygieně má velmi blízko disciplína zvaná psychologie zdraví, kterou blíže charakterizuje Křivohlavý (2009, s. 25, podle Schwanzer, 1992, I.): *„...zabývá se rolí psychologický faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnutí negativních zdravotních stavů (emocí), při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu údravy a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi“*.

Uvedená disciplína se zrodila na základě změny struktury nemocí, jelikož dnes už lidé neumírají primárně z důvodu získání nakažlivé nemoci, jako tomu bylo na počátku 20. století, ale v dnešní době stoupá počet nemocí, které úzce souvisí se způsobem života (životním stylem). Dalším důvodem je změněné vnímání zdraví, což už není chápáno pouze jako „nepřítomnost nemocí“, ale stav, kdy se cítíme také „dobře“. Pohled na člověka již není pouze z pohledu biomedicínského, naopak je preferováno holistické (integrální) pojetí, které se věnuje všem dimenzím jedince (biologické, psychologické i sociální). V průběhu času se také ukázalo, že příčinou nemocí nejsou pouze patogeny, ale také rizikové formy chování (kouření, nadměrná konzumace alkoholu, nedostatek pohybu atd.) Celkově se zvyšováním výdajů na zdravotnictví začala být více zdůrazňována prevence veškerých onemocnění. V roce 1988 byla založena v rámci Československé psychologické společnosti sekce psychologie zdraví, jejichž výbor byl doplněn také o L. Míčka a J. Křivohlavého. Hlavním cílem psychologie zdraví je

vytvářet teorii zdravého jednání a chování člověka, a dále získávat poznatky o tom, co naše zdraví posiluje nebo mu naopak škodí. (Křivohlavý, 2009, s. 17 – 26)

1.2. Historické kořeny

Psychohygienu nechápeme jen jako obor zabývající se otázkami odpočinku, relaxace, životosprávy... zajímá nás více jako soubor poznatků umožňujících člověku nalézt, uspořádat a realizovat koncepci vlastního života. Poznatky o zákonitostech vztahu člověka a prostředí nevystupují přirozeně do povědomí lidí. Pouze výjimečně je člověk cílevědomě veden k tomu, aby se kromě profesionálních záležitostí staral také o optimalizaci svého vztahu k vnitřnímu a vnějšímu prostředí. Psychohygienu vychází z poznatků řady vědních oborů, jako jsou biologie člověka, medicína, psychologie, sociologie, pedagogika, filozofie a etika.

E. Bedrnová (1999, s. 15) se věnuje také historickému pohledu na duševní hygienu, zejména v duchu některých filozofických koncepcí a uvádí, že mnoho myšlenek, které lze spojovat s psychohygienou můžeme najít již v počátcích vývoje lidské civilizace. „*... vlastní počátky rozvoje přístupů k řešení těchto otázek jsou spojovány především s odstraňováním dopadů nejrůznějších nepříznivých vlivů na člověka.*“ Lidé hledali různé prostředky, které by jim umožnily překonat či zažehnat nepříznivé dopady života a z nich poté vyvozovali různá zobecnění a doporučení – jedná se o hledisko odstraňování nepříznivých vlivů, které se má své místo i v nejstarších filozofických koncepcích. Můžeme tedy rozlišovat dva historické kořeny duševní hygieny:

- první staví na zkušenostech a tradicích, které se postupně nahromadily v průběhu vývoje lidstva a jsou součástí kultury společnosti
- druhý vychází z filozofického zázemí vývoje lidské společnosti

Pokrok představovalo poznání, že je možné o některých nepříznivých událostech dopředu vědět a připravit se tedy lépe na vyrovnání se s nimi. Začaly se prosazovat přístupy, které se snažily o cílevědomé vyhledávání, třídění a zobecňování působících faktorů. S postupem času se však ukázalo, že nelze určit, které vlivy jsou nepříznivé (individualita situace, jedince) a těžko tedy určit postupy k mírnění nepříznivých dopadů. Později se začaly hledat vhodné metodické postupy, jak nepříznivým vlivům předcházet (prevence) nebo jak se jim bránit v konkrétních situacích (profylaxe).

Moderní pojetí psychohygieny začalo klást důraz na rozvojový (augmentativní) přístup, který se snaží o cílevědomé programování individuálního života. Odborníci jednoznačně stále více respektovali individualitu člověka a složitost zevně působících vlivů. (Bedrnová, 1999, s. 13 – 17)

Za předchůdce pojmu psychohygieny můžeme považovat termíny „hygienu duše“ nebo „dietetiku duše“, které se vyskytovaly již v 18. a 19. století. (Míček, 1984, s. 9, podle Brandejs, 1936, s. 22). Větší prosazení do společnosti je zásluhou zejména pedagoga Clifforda W. Beerse, vydáním knihy „Duše, která se našla“ (1908), F. Pinela (francouzského psychiatra) a Dorothy L. Dixonové (pedagožky v USA). (Míček, 1984, s. 9)

Jako předmět studia v rámci vysokoškolského vzdělávání se objevuje psychohygienu až v posledních padesáti letech. (Bedrnová, 2009, s. 15)

1.3. Vývoj psychohygieny

- Starověk a antika - kromě existence světa a vztahu člověka k němu byly řešeny v náboženských učeních (např. buddhismu, taoismu, konfucianismu) také problémy každodenního života člověka a jeho duševní zdraví či rozvoj. Za základní moment v lidském životě byla považována individuální aktivita každého jedince a očekávalo se, že bude činně sám zacházet se svým životem. Paradoxem bylo, že lidská aktivita směřovala do určitého odtržení člověka od jeho života (např. nirvána v budhismu) a jedinec pak následně utíkal směrem k vyššímu řídicímu principu či autoritě. Nejvíce do oblasti duševní hygieny přispěla antická filozofie. Nejstarší koncepce pochází od filozofa Demokrita, dle něho člověk vystupuje jako dynamický systém, který by měl žít v rovnováze sám se sebou, přírodou, světem a každé vychýlení z této rovnováhy znamená onemocnění. Preferoval střídmost a umění radovat se z maličkostí. Další koncepci zastupuje filozofie epikurejská (dle filozofa Epikura), ve které je kladen důraz na poznání, čímž můžeme dojít k tzv. ataraxii – určitému životnímu nadhledu a vyrovnanosti. Docházelo tak v potvrzování skutečnosti, že bez cílevědomého poznání si není člověk schopen poradit téměř s ničím. Filozofové si ale ještě neuvědomovali, že samotné poznání nestačí a je nutné, aby si člověk poradil i se svým prožíváním a uměl ho regulovat. Poslední

antickou koncepcí je filozofie stoická – stoicismus, která obsahuje myšlenky Epiktéta (otroka), který rozvíjel filozofii odříkání. Zde byl kladen důraz na dosažení klidu, vytrvalosti, otužilosti a vlastnostech, díky kterým si člověk dokáže odříci vše, na co nemá šanci dosáhnout.

- Křesťanství a novověk – křesťanská filozofie k tématu psychohygieny příliš nepřispěla, protože byla dlouho podřízena církevní ideologii hlásající zejména poslušnost křesťana a odměnu až na „onom světě“. Podmínky optimalizace života každého člena společnosti byly mimo zájem. Změny přinesl až počátek novověku s přicházející renezací, kdy docházelo k rozvoji vědeckého poznání a kultivování společnosti. S novými poznatky o lidském mozku a činnosti nervové soustavy se staly předmětem zájmu poruchy nervové a psychické. V 18. století došlo k rozvoji oboru psychiatrie, docházelo ke studování a léčbě duševních poruch. Už nebyly spojovány s ďáblem a ukázalo se, že některé z nich mají základ v nepříznivých vlivech okolí na člověka. V 19. století s rozvojem psychologie byly již zohledňovány všechny zákonitosti týkající se poruch a zároveň došlo k největšímu obohacení v oblasti duševní hygieny. (Bedrnová, 1999, s. 19 – 22)

1.4. Diagnostika a význam psychohygieny

Koudelková (1987) publikovala práci zaměřenou na možnosti zjišťování úrovně psychohygieny každého člověka. Sestavila faktorovou analýzu a ukázala, že je duševní zdraví téměř samostatným faktorem, který není závislý na fyzickém ani sociálním stavu jedince. (Křivohlavý, 2009, s. 153) Opačný pohled na problematiku má např. Mlčák (2005, s. 124 - 138), který zmiňuje přímou souvislost mezi skladbou osobnostních vlastností pracovníka a hlediskem zvládnání pracovního stresu. (viz. kap. 3.1.)

Křivohlavý (1998, s. 56) pojednává o pojmu „wellbeing“, který lze přeložit „je mi duševně dobře“ a zároveň zmiňuje měřicí nástroj, kterým je Dotazník stavu duševního zdraví (GWBQ – General WellBeingQuestionnaire). Pomocí provedených studií, které využily tohoto dotazníku a dotazníku (MBI - MaslachBurnoutInventory) byl uveden opodstatněný vztah mezi duševním zdravím a syndromem vyhoření.

Udržování psychohygieny je prevencí somatických a psychických onemocnění, která vznikají na podkladě duševní nerovnováhy (psychosomatická onemocnění,

neurotické poruchy). Narušená rovnováha vede k předrážděnosti, konfliktnosti a přecitlivělosti v mezilidských vztazích. Dále také ovlivňuje naši pracovní výkonnost, nevyrovnaný člověk není schopen koncentrace na práci ani uvolnění při odpočinku, bývá nespokojený, neklidný, prožívá častěji psychické napětí a nedokáže prožívat pozitivní stavy myslí. (Aišmanová, 2011 [online])

Celkově by duševní zdraví nemělo být ve společnosti opomíjeno a neustále je důležité připomínat si jeho význam. Pokud má někdo psychické problémy, často nad tím okolí jedince mávne rukou a řekne si, že „depky občas mívá každý“. Bohužel je brán větší zřetel na onemocnění fyzická a psychická jsou často podceňována. Ovšem Syrový (2016, s. 12) zmiňuje: „...*ten, kdo prožil skutečnou depresi, může potvrdit, že duševní bolesti bývají horší než tělesné.*“

1.5. Prostředky psychohygieny v sociální práci

Samotných prostředků psychohygieny, které lze využívat pro udržování si svého duševního zdraví je mnoho (např. spánek, odpočinek, výživa, sport, timemanagement, relaxace, asertivní komunikace, psychoterapie, optimismus, spiritualita atd.). Nicméně v této části práce se blíže zaměřuji na všímavost, flow, Work-Life Balance a supervizi, což jsou oblasti psychohygieny, které mají dle Elichové (2017, s. 122) rozvojový potenciál s aktuálními otázkami sociální práce:

- Všímavost, bdělá pozornost - neboli „mindfulness“ nám umožňuje uvědomovat si naše reakce v daném okamžiku (např. během působení bolesti, stresu nebo něčeho příjemného). Dále nám poskytuje prostor, kdy můžeme zůstat klidní, pevní a zvládnout náročnou situaci, učí nás hledat klid a stabilitu v sobě samých. Jedná se o situace, kdy věnujeme naši pozornost konkrétnímu přítomnému okamžiku. Elichová (2017, s. 123, podle Sinclair a Seydel, 2015, s. 26) uvádí, že všímavost nám pomáhá ke zbavení stresu a relaxaci, vypěstování si odolnosti vůči stresu, být otevřen tvořivosti, zlepšit výkonnost, vnímat přirozené zdroje energie, vytvářet si realitu takovou jako si pro sebe přejeme.
- Flow – není žádnou psychickou technikou či metodou, ale jde spíše o princip, kterého můžeme dosáhnout během pohybu v proudu energie. Flow se vyznačuje oddaností k dané situaci, člověk se „rozplývá“ v tom, co

zrovna dělá, přičemž nevnímá ostatní okolnosti (např. hlad, únavu, rušivé elementy) a cítí se přitom spokojeně. (Elichová, 2017, s. 110, podle Grün, 2014, s. 9) Pro pracovníka může být flow nejen zdrojem energie, ale také obrannou před vyčerpáním, když si uvědomí, že ho nezažívá. Může být ukazatelem příjmů a výdejů během jakýchkoliv činností (Elichová, 2017, s. 110 – 111)

- Work-Life Balance – jedná se rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, spolu s uspokojováním potřeb v těchto oblastech. Benefity v této sféře by měly poskytovat všichni zaměstnavatelé, protože respektování potřeb zaměstnanců je vnímáno veřejností velmi kladně. Patří sem např. flexibilní pracovní doba, možnost práce z domu, podpora péče o děti či nemocné členy rodiny, prorodinná personální politika. (Elichová, 2017, s. 124)
- Supervize - jedná se o vhodný nástroj, díky kterému se můžeme naučit říkat NE, pochopit jednání sebe, kolegů i klientů. Vytváří prostor, při němž lze diskutovat o práci, hledat cestu ze složitých situací, zjišťovat překážky, ale zároveň podporovat celý tým či poskytnout zpětnou vazbu. Pojem supervize má svůj původ v angličtině a znamená dohled, dozor, kontrolu, vedení neboli nadhled nad těžkostí či problémem. Významnou osobností je maďarský psychoanalytik Michael Balint (1896 – 1970), který založil tzv. balintovské skupiny – jednalo se o semináře pro manželské poradce a lékaře, které mají určité terapeutické výsledky. Klevetová (2017, s. 72, podle Baštecká, 1999) uvádí: „*Supervize je metoda, která umožňuje pracovníkovi pochopit, co brzdí jeho porozumění s klientem a co ho může účinně chránit před syndromem vyhoření. Supervize má také chránit před nebezpečím zásahů, které neodpovídají cílům instituce.*“ Poskytuje pracovníkovi prostor pro rozvíjení, zjišťování svých schopností, podporu, včas rozpoznat příznaky syndromu vyhoření, zvýšit sebevědomí, získávat nové zkušenosti, naplňovat etická pravidla profese a odvádět kvalitní práci. Supervize může být prospěšná dále při potřebě zkvalitnění vztahů mezi pracovníky týmu, zapracování nových pracovníků, vedení praxí studentů, identifikaci a zvládnutí zátěžových situací. Pracovníkům pomáhá k umění relaxace a rozpoznání, jakých zdrojů kolem sebe mohou využívat pro

načerpání nové energie. Supervizi lze dělit na individuální nebo skupinovou, pravidelnou, příležitostní nebo krizovou. Další dělení vychází z obsahu zaměření – případová, podpůrná, vzdělávací. Podrobnější informace ke vzdělání supervizora, souvisejícím etickým normám apod. nalezneme na webových stránkách Českého institutu pro supervizi.² (Klevetová, 2017, s. 71 – 80)

Zajímavé jsou výsledky z realizovaného výzkumu v USA v roce 2012, ve kterém bylo zjištěno, že nejčastějším prostředkem psychohygieny tamních sociálních pracovníků jsou sportovní aktivity, ale u sociálních pracovníků ve zdravotnictví je nejoblíbenějším prostředkem jóga a meditace. Dokonce některé organizace (zejména státní) zprostředkovávají na svých pracovištích výukové programy meditace. (Robinson, 2012, s. 1 – 54)

1.6. Základní kritéria duševního zdraví

M. Jahodová popisuje základní kritéria duševního zdraví, mezi která patří:

- Postoj vůči sobě – uvědomování si své existence (co jsem, co dělám, čeho jsem schopen) a schopnost sebeobjektivizace (čím více realisticky se člověk vidí, tím lepší je jeho duševní zdraví)
- Růst, vývoj a sebeuskutečňování – člověk směřuje k realizaci a uskutečňování svých možností
- Integrace – zahrnuje celistvost osobnosti, rovnováhu psychických sil, rovnováhu mezi vědomím a podvědomím. Důležitá je zde hlavně vnitřní rovnováha, která patří mezi kritéria duševního zdraví.
- Autonomie, nezávislost, sebeurčení – schopnost řídit se v jednání vnitřními měřítky, kontrolovat své chování a sebe samotného, to vše podporuje sebedůvěru.
- Adekvátní percepce reality – reálně a objektivní vnímání okolí

²Webová stránka: www.supervize.eu

- Zvládnutí svého prostředí – znamená nejen přizpůsobování se svému prostředí, ale i přizpůsobit si prostředí sobě. Řešení situací podle přijatých cílů a schopnost řešit problémy. (Aišmanová, 2011 [online])

Lásková (2007, s. 318) uvádí jako předpoklady duševního zdraví:

- Výkon fyzické aktivity
- Sdílení stresu ve společenství (rodina, přátelé)
- Znalost a dodržování svých limitů
- Péče o sebe samotné (výživa, odpočinek)
- Prostor pro volný čas, zábavu
- Žebříček priorit, „odškrtávání“ úkolů
- Kooperace místo konfrontace (nemusím mít vždy pravdu)
- Nepotlačovat, ale vyjadřovat své emoce
- Existence klidu pro mou mentální oblast (kniha, hudba, relaxace, modlitba...)

Důležité je zmínit, že každý naplňuje uvedené předpoklady zcela individuálně, dle svých aktuální možností a prostředků.

1.7. Duševní hygiena pracovníka v pomáhající profesi

Dnešní doba klade důraz na výkonnost, tvárnost, pružnost a nezávislost každého jedince, což se nevyhýbá ani pracovníkům v pomáhajících profesích. Ne každý nastolené tempo postmoderní doby zvládá a může se tedy potýkat s duševní nerovnováhou. U sociálních pracovníků hrozí o to větší riziko, protože se snaží ovlivňovat společnost, pomáhat lidem v náročných životních situacích a naplňovat ideály sociální práce. Pracovník by měl být připraven po stránce odborné i osobnostní, ale nabízí se zde otázka, v jaké míře je na oblast psychohygieny pomyšleno v základních dokumentech či legislativě, která se váže k výkonu dané profese. Společnost očekává od sociálního pracovníka prosociální chování, bojování za lepší svět a zároveň nasazování části své osobnosti, což je podobné s definicí superhrdiny, který se vyznačuje také nesobeckou, prosociální misí s mimořádnými schopnostmi. Např. Coogan (2006) definuje superhrdinu jako šampiona pro utlačované, který je vždy

lidem k dispozici. Mátel a Roman (2010) ale upozorňuje na rozšířenou problematiku v postkomunistických zemích, kde není věnována dostatečná pozornost zodpovědnosti samotné komunity sociálních pracovníků vůči sobě samým. Sociální práce je sice spjata s lidskou důstojností, ale ve všech dokumentech je kladen důraz zejména na respektování důstojnosti klientů, ne na přijetí sebe samotného či vlastní důstojnost pracovníka. (Elichová, 2017, s. 119 – 121)

V Mezinárodním etickém kodexu je uvedeno: „Sociální pracovníci mají povinnost učinit nezbytné kroky v profesionální i osobní péči o sebe na pracovišti i ve společnosti s cílem zajistit, aby byli schopni poskytovat odpovídající služby.“ (Nečasová, 2004 [online]).

Jedná se sice o oporu sebe péče, ale jak zmiňuje Elichová (2017), jde spíše o formulaci, která má podobu povinnosti a sociální pracovník je opět pouhým nástrojem pro výkon pomoci. Změnu by mohl přinést nový profesní zákon, který předkládá Poradní tým MPSV, profesní komora by pak měla chránit zájmy sociálních pracovníků a zároveň je samotné před vyhořením. Nakonečný (2013) uvádí, že duševní zdraví umožňuje člověku bezporuchové fungování v rovině společenské, soukromé i veřejné, kde realizuje svůj život. Jedinec se potom nepotýká s pocity úzkosti a naopak má pozitivní vztah k sobě samému i okolí. Křivohlavý a Pečenková (2004) popisují, že je v rámci psychohygieny pečováno nejen o naše myšlenky, ale také představy, pojetí různých situací, lidí, věcí, v neposlední řadě také o cíl či poslání našeho života. Bohužel postmoderní doba pomáhá spíše vytěsnění tělesných prožitků ve prospěch pobývání v mysli, proto je tolik potřebná integrace těla i mysli v jeden celek, o tomto pojednává také Kopřiva (2006). Dále upozorňuje na efektivní hospodaření s energií, protože pomáhající profese může být na jedné straně zdrojem energie, ale na druhé zároveň vyústěním. (Elichová, 2017, s. 119 - 122)

Psychohygienu nás posouvá k otázkám týkajících se širšího pojetí člověka (totus homo), lidské existence, kvality života a duchovního směřování k transcendentálním cílům. (Křivohlavý, 2009, s. 154)

2. Sociální práce ve zdravotnictví

Jedná se o specifickou oblast, která stojí na pomezí jak sociální práce, tak i zdravotnictví, ale ani k jednomu z uvedených oborů primárně neinklinuje. Mnoho let se diskutuje o potřebě návaznosti sociální péče na zdravotní, ale samotná praxe, publikační činnost či vzdělávání jsou doslova „malým dítětem“. Sociální práce ve zdravotnictví je určena zejména lidem s onemocněním, kteří se v této souvislosti ocitají ve specifické životní situaci. Nemoc jako takovou nelze považovat za sociální problém, ale u lidí, kteří mají dlouhodobě negativně ovlivněnou pracovní schopnost či nejsou schopni péče o sebe samotné, dochází v průběhu určitého období k narušení sociální sféry. Situace jsou pak individuální dle typu postižení (funkční, tělesné, duševní) a zanechaných následků. Mezi nejčastější cílové skupiny patří jedinci s handicapem, senioři, umírající, sociálně vyloučení (např. osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách) a dále klienti, kteří mají specifické kulturní a sociální potřeby. (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 24 – 28)

Zahrnuje různá opatření a péči o občany, kteří mají nějaké omezení soběstačnosti. V. Vurm (2007), uvádí, že bývá rozdělována na ambulantní sociálně zdravotní služby (pro občany v domácnostech) a na péči ústavní. Význam sociální práce ve zdravotnictví naštěstí stále vzrůstá. Všude tam kde je poskytována zdravotní péče, je nutné poskytovat péči sociální. (Vurm a kol., 2007, s. 30)

Sociální práce ve zdravotnictví se zaměřuje na pomoc pacientovi/klientovi a jeho blízkým při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemocí. Jedná se o nezbytnou součást komplexní péče o pacienta/klienta v souladu s posláním oboru sociální práce a zdravotnického zařízení. Profesní organizace Česká asociace sester (dále jen ČAS) – sekce zdravotně sociální vypracovala „Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních“³, ve kterém jsou sjednoceny pracovní postupy této profese. (Kuzníková, 2011, s. 19)

³Dostupný na webových stránkách:

https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf

Balážiová (2011, s. 25) na základě vlastních zkušeností upozorňuje, že je sociální práce ve zdravotnictví stále nedocenená, ač se jedná o povolání, které vyžaduje velkou důslednost a zodpovědnost. Dále popisuje profesi jako velmi zajímavou obohacující činnost, při které na řešení klientova problému vynakládá dobrý zdravotně-sociální pracovník (dále jen ZSP) maximální úsilí, humánní přístup a celou svoji osobnost.

V profesi ZSP dochází k průniku několika systémů hodnot: osobních, společenských, legislativních a profesních. Mezi základní hodnoty řadíme:

- Respekt ke klientovi
- Sociální spravedlnost
- Kompetence zdravotně sociálního pracovníka
- Odpovědnost ke klientům a společnosti (Kutnohorská a kol., 2011, podle Fischer a Milfait, 2008 s. 94 - 95)

2.1.Specifika zdravotně-sociálního pracovníka

ZSP, který je způsobilý k výkonu povolání bez odborného dohledu má stanoveny činnosti v § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a ve vyhlášce 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Bohužel dle zkušeností ZSP stále přetrvává jednostranné a administrativní uplatnění, které bylo typické před rokem 1989 a situace, kdy není brán ZSP jako člen interdisciplinárního týmu. Přestože se výkon profese opírá o teoretické poznatky vycházejících z metod práce s klienty, stále je vyžadováno u ZSP také zdravotnické vzdělání, což rozpoutává neustálé diskuze. Zaměstnavatelem jsou vždy nemocnice nebo jiná zdravotnická zařízení, ale jedná se pouze o „dobrou vůli“ managementu, pokud mají pro své pacienty k dispozici ZSP. I když došlo v posledních letech k zlepšení situace, stále lze monitorovat v ČR nemocnice, které nemají žádného ZSP. Neexistuje žádný legislativní dokument, který by stanovil zdravotnickým zařízením určitý počet ZPS vzhledem k množství lůžek, a díky tomu se mnohdy můžeme setkat se situací, kdy je jeden pracovník ku čtyřem, ale i sedmi stům lůžkům. Samostatné postavení na poli vědy bohužel není možné, protože v personálním systému nemocnic samotná pozice ZSP většinou spadá přímo pod náměstkyni/náměstka pro ošetrovatelskou péči. V některých zařízeních sice existuje oddělení sociální péče, které má vedoucího z oboru, ale i přesto

tento vedoucí ZSP spadá pod náměstkyni/náměstka ošetrovatelské péče a ne přímo ředitele/ředitelky. Bártlová (2005) uvádí: „*Dopady různých chorob na sociální život jedince je téma vycházející z obecně platných předpokladů o negativním vlivu nemocí, zejména chronických chorob.*“ (Kuzníková, 2011, s. 18 – 23)

Postavení ZSP není v interdisciplinárním týmu dostatečně vyjasněné a často dochází k problémům ve vzájemné komunikaci či vymezování kompetencí – pocit respektu a sounáležitosti je pro každého pracovníka nepostradatelný. Pokud není funkční spolupráce nelze předpokládat úspěšnou pomoc klientovi. Praxe ze zahraničí ukazuje, že k úzké spolupráci celého týmu nesmírně přispívá stálá přítomnost ZPS na příslušném oddělení, kdy může být v blízkosti klientům i členům týmu. (Kuzníková, 2011, s. 23 – 26)

Získání kvalifikace pro výkon ZSP umožňuje absolvování akreditovaného kurzu v rámci celoživotního vzdělávání nebo studium bakalářského oboru zdravotně-sociální pracovník.⁴ Pro praxi je nezbytné vymezení hranic ve vztahu s klientem a přijetí etických principů sociální práce. Nejznámějším dokumentem se stal etický kodex, který vydala v USA v roce 1983 Národní asociace sociálních pracovníků. ZSP by měl mít určité dovednosti v oblasti komunikace, pozorování a znát Všeobecnou deklaraci lidských práv, práva pacientů, práva hospitalizovaných dětí, Deklaraci práv duševně postižených osob, Chartu práv tělesně postižených. Dále se musí orientovat v legislativě sociálních institucí, zdravotnictví a disponovat schopnostmi jako jsou empatie, citová vyrovnanost, přirozená autorita, mít pozitivní náhled na svět. (Kuzníková, 2011, s. 27 – 30)

Balážiová (2011, podle Schavel a Čistecský 2005, s. 27) uvádí, že sociální pracovník by měl být svým morálním postojem příkladem pro klienta i společnost, kromě inteligence a pozitivních vlastností musí znát konkrétní společnost, ve které se pohybuje, mít také vlastní názor na její vývojové trendy. Důležité je zmínit také osobnostní vlastnosti, např. sociální zralost, vlastní důstojnost a vnímání svého povolání jako životního poslání.

⁴ Ostravská univerzita, Univerzita Pardubice, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Vysoká škola polytechnická Jihlava

Balážiová (2011, podle Mojtova 2008, s. 30) se věnuje ZSP a práci v týmu odborníků, kteří musí mít za cíl kromě ošetření či léčby klienta také snahu o sociální integraci a jeho budoucí samostatné fungování. Ne vždy je však postavení v týmu jednoduché a může docházet k řadě konfliktním situacím, přičemž je důležité, aby ZSP znal dobře své úlohy a neustále pracoval na sebevzdělávání.

Postup práce ZSP by měl naplňovat nové modernější pojetí, tzv. interaktivní přístup, kdy není pracovník pouze v pozici „nezúčastněného katalyzátoru“ (této problematice se věnuje Payne, 2005), ale vstupuje s klientem do vzájemného oboustranného vztahu. Tento přístup je preferovaný ve všech pomáhajících profesích. Během řešení klientova problému využívá pracovník většinou diagnostické hledisko, při kterém analyzuje daný problém a terapeutické hledisko, přičemž provádí syntézu možných způsobů řešení. Správné provedení vede k získání důvěry klienta, motivaci ke spolupráci a upevnění autority.

2.2. Kompetence zdravotně-sociálního pracovníka

- Kompetence profesně oborové – mít znalosti a dovednosti, které jsou potřebné k výkonu profese, tzn. uspokojovat potřeby klienta, odstraňovat negativní sociální faktory, pomáhat k integraci klientů, mít schopnosti k samostatné práci či spolupráci s ostatními odborníky, kontrolovat dodržování stanovených standardů a metod práce v daném zařízení
- Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické – schopnosti k provádění sociálního šetření, stanovení sociální anamnézy, diagnózy a prognózy, zpracování zprávy k situaci klienta
- Kompetence poradenské a konzultační – schopnosti k podávání potřebných informací klientovi či jeho blízkým
- Kompetence výchovné – zahrnují schopnosti, které se týkají zejména výkonu sociální prevence a depistáže⁵
- Kompetence rozhodovací – mít schopnosti k sestavení plánu psychosociální intervence k dané situaci klienta, umět poskytnout krizovou intervenci

⁵ Depistáž = vyhledávání jedinců, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci (např. v důsledku nemoci).

- Kompetence organizační – orientovat se v řízení zdravotnictví, sledovat a být schopen vést dokumentaci klientů, účastnit se přípravy na jejich propuštění ze zařízení včetně zajištění následné péče, spolupracovat s orgány veřejné správy a dalšími subjekty dle aktuální potřeby klientů, znát principy dané organizace
- Kompetence metodické – schopnosti navrhnout standardy a metody péče ve zdravotnických zařízeních, podílet se na vědecko-výzkumné činnosti
- Kompetence jazykové – kromě kultivovaného vyjadřování sem patří např. schopnosti studia literatury v cizím jazyce a znalosti latinské terminologie
- Kompetence komunikativní a etické – schopnosti správné a věcné komunikace ke klientům a kolegům, předávání informací médiím, dodržování etických kodexů ve zdravotnictví, poskytování sociální a emocionální opory, empatie ke klientům
- Kompetence osobnostně kultivující – mít schopnost sebereflexe a sebevzdělávání (Kutnohorská a kol., 2011, s. 68 - 75).

2.3. Etická a kulturní dimenze zdravotně-sociálního pracovníka

V. Vurm (2007) ve své publikaci zmiňuje, že je stále etika sociální na rozdíl od zdravotní méně zpracovaným tématem, jelikož se jedná celkově o mladší obor. Mravní normy a morální vlastnosti pracovníka jsou základním předpokladem úspěšné profesní činnosti. Samozřejmě nelze říci, že je pracovník připraven na své povolání tím, že se naučil určitá mravní pravidla - vše postupně ovlivňují získané zkušenosti, zážitky, řešené problémy apod., které ve svých důsledcích dále tvoří mravní základ každého jedince. Neoddělitelnou součástí je také systém morálních hodnot, který vychází ze vztahu mezi člověkem a prostředím. Hodnoty jsou něčím, co dává našemu životu smysl, slouží k posuzování správného či nesprávného jednání. Kromě hodnoty lidského života má obrovský význam pro ZSP hodnota zdraví (denně se setkává s lidmi, kterým zdraví většinou chybí) a dále hodnota lidské práce (při této profesi je velmi důležitá spolupráce s ostatními pracovníky v dané instituci). Ostatní specifické mravní hodnoty jsou zahrnuty v různých kodexech, které jsou pomyslnou základnou dané profese. Samotná etika pomáhá ZSP kriticky posuzovat problémy praxe a orientovat se v dilematických situacích. Během výkonu profese musí pracovník umět zvážit nejen etický dopad svého jednání, ale také eticky hodnotit či volit možnosti v dané situaci. Ovšem nelze říci, že

by byl určitý kodex jediným a tím nejlepším návodem na odpovědné morální rozhodnutí. (V. Vurm, 2007, s. 103 - 111)

ZSP se při práci ocitá v určitém „etickém poli“, jelikož vstupuje do mezilidského vztahu s klientem, ale souhra zájmů všech zainteresovaných stran není jednoduchou a automatickou záležitostí. Mnohdy tak dochází k dilematickým situacím a je důležité, aby každý pracovník zvládal reflektovat skutečnost, že může dávat, když ví, že má co nabídnout. Proto by měl pracovat na svém sebeuvědomění, sebezdokonalení, sebevýchově, sebezpozorování. Kutnohorská (2011, s. 11) se své publikaci popisuje eticky citlivý přístup jako:

- „Schopnost porozumět klientovi, docenit jeho způsoby uvažování a vzorce myšlení
- Vymezení a dodržení rozsahu pomoci, která odpovídá požadavku klienta“.

Primárním cílem zdravotně sociální práce a její etické dimenze je dosažení změny ke kvalitativně lepšímu a autentičtějšímu životu klienta. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 9 – 12).

Samotná etika nám může pomoci k rozlišení dobrého od zlého, kladného od záporného a stanovit co je v dané situaci ta nejvyšší hodnota, ale k jejím úkolům nepatří v žádném případě moralizování nebo stanovování mravní povinnosti. Kutnohorská (2011, s. 43) upozorňuje: *„Třeba i zcela správná etická kritéria a normy se obvykle těžce prosazují, pokud se liší od mínění většiny. Je třeba si však uvědomit, že ne vždy musí být názor většiny eticky správný, i když jde o rozhodnutí vyplývající z demokratického systému.“* Neměli bychom vnímat za autoritu v oblasti etiky pouze slavné či vzdělané lidi, jelikož morálně převyšovat může i „prostý“ člověk. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 43 - 44).

Zdravotně sociální práce má etický rozměr, který specifikuje normy a pravidla, dále pak kulturní rozměr, který je naplňován např. při zhodnocení samotných cílů klienta. ZSP by měl péči přizpůsobit klientově kultuře, a proto jsou pro něho nezbytné znalosti různých forem kulturních identit. Základem je vytvoření dobrého vztahu s klientem a osvojení následujících etických principů zdravotně sociální práce: advokacie, autonomie, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, solidarita, společné dobro, spravedlnost. ZSP se během své práce setkává s klienty, kteří se potýkají v rámci své kulturní univerzality s touhou udržet si zdraví,

mají obavy z nemoci a jejich důsledků, neuzdravení se, invalidizace, závislosti na druhých či strachu ze smrti. Na druhé straně pracuje také s klienty, kteří žijí v jisté kulturní diverzitě např. ve vztahu k společnosti či látkám (drogy a jejich akceptace napříč kulturami).⁶ Podobné rozdíly s kulturním podtextem lze vnímat i v pohledu lidstva na bolest, chorobu či léčbu, kde má velmi silný vliv spiritualita.⁷ Kutnohorská (2011, podle Gertz, 2000, s. 24) zmiňuje „*Porozumět kultuře jiných lidí znamená odhalit jejich normálnost, aniž bychom umenšovali jejich jedinečnost.*“ Z výše uvedených informací plyne důležitost vzdělávání ZSP v oblasti kulturní antropologie, které na základě získaných znalostí přispěje k poskytování profesionální péče a porozumění klientům. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 54 - 67)

ZSP by měl při práci respektovat klientovo právo na sebeurčení (respektovat vlastní výběr a rozhodnutí), právo na participaci (podporovat zapojení a spoluúčast při využívání služby), jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí, v neposlední řadě také identifikovat a rozvinout silné stránky. Vzhledem k rozmanitosti profese není možné, aby se pracovníci řídili pouze kodexem pro sociální pracovníky, důležité jsou také kodexy zdravotnického pracovníka, např. Etické normy v ošetrovatelském povolání.⁸ První etický kodex sociálních pracovníků byl zveřejněn v roce 1947, ale k definitivnímu znění dospěl až v roce 1992. Obsahuje devět hlavních zásad, které lze aplikovat i do profese ZSP. Další důležitý dokument i s etickými aspekty vznikl v roce 2004 v Adelaide – Mezinárodní etický kodex sociální práce. V roce 1995 pak vydala Společnost sociálních pracovníků Etický kodex sociálních pracovníků ČR⁹. Výše

⁶ Např. užívání koky je v oblasti Latinské Ameriky společensky přijatelné, v Bolívii slouží k přípravě čajů a zmírňování zdravotních potíží. Přístup ovlivňují místní tradice, výchova, vrstevníci, náboženství, média atd.

⁷ Např. buddhisté věří, že duše člověka je přítomna nejméně tři dny po smrti a s tím souvisí jejich postoj k transplantacím (odběr orgánů pro tyto účely je tedy kvůli časové prodlevě nemožný).

⁸Dostupný na webových stránkách:

https://www.cnna.cz/docs/tiskoviny/eticky_kodex_icn_2012.pdf

⁹Dostupný na webových stránkách:

http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf

uvedené dokumenty jsou zavazující také pro výkon profese ZSP, ovšem vlastní etický kodex dosud nebyl definován. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 80 - 84)

3. Pomáhající profese a její náročnost

V naší společnosti přetrvávají názory typu: „Ten kdo druhému pomáhá, nepotřebuje pomoc. Dotyčný umí pomoci s řešením složitých problémů, takže jistě žádné vlastní ani nemůže mít.“ Riziko vyhasnutí v pomáhajících profesích zdůvodňuje Šiklová (2007, s. 14) následovně: „...lidé, kteří pečují o druhé, to dělají i proto, že jsou sami více senzitivní než ti ostatní, neboť sami mají vyšší schopnost prožívat a vcítit se do problémů druhého člověka. Ten, kdo tuto schopnost má je častěji druhým vyhledáván, než ten, kterému sensitivita chybí. Lidé z jeho okolí to v něm vycítí a stahují se k němu a častěji se mu svěřují a čekají od něho pomoc.“ V dřívějších dobách se mohl člověk opřít o rozrostlou rodinu nebo využít četné pozitivní vztahy se svým okolím (např. sousedy). Naproti tomu v dnešní společnosti, kde převažují spíše formální vztahy a nefunkční přirozený podpůrný systém je čím dál více lidí, kteří vyhledávají služby profesionálních pomáhajících. Vzhledem k stávajícímu zatížení by neměli pracovníci v pomáhajících profesích zapomínat na své zdravé ochranné sobectví, nárok na odpočinek a uvědomit si, že pokud se zhroutí, zatíží tím pouze okolí a už vůbec nepomůžou tomu, komu je třeba. (Šiklová, 2001, s. 14 – 15).

V téměř v každé pomáhající profesi se pracovník setkává s určitým stupněm nejistoty a u výkonu ZSP to platí obzvláště, protože při jeho práci nejde o běžného „sociálního klienta“, ale současně o člověka nemocného, s postižením atd. Žádoucí je rychlé správné rozhodnutí a navržení adekvátních opatření, což je spojeno s nemalou psychickou zátěží, jelikož ne vždy má pracovník pochopení ze strany klientů či jeho blízkých. Pak nastávají situace, kdy může být ZSP v napětí, frustrován a čelit dilematu z nejistoty o správnosti postupu. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 76) Princip moderní doby ovlivňuje i hodnocení a plnění potřeb klientů... stále častěji se můžeme setkávat s tím, že chtějí mít hned vše, snaží se nás ovládat a příbuzenstvo klade čím dál větší nároky. Dále administrativa přibývá, personál ubývá a vzniklé situace pak vedou ke každodennímu napětí či nespokojenosti. V zákoně bohužel chybí povinnost zaměstnavatele ke zprostředkování vzdělávání v praktických technikách zvládnání náročných komunikačních dovedností. (Klevetová, 2017, s. 30 – 31)

V pomáhající profesi jsou kladeny vysoké nároky zejména na emocionální oblast člověka, pracovník by měl být zdrojem pozitivních emocí a minimalizovat ty negativní, být stále senzitivní a angažovaný. Na druhou stranu musí zvládat neustálou emoční

sebereflexi a identifikaci osobnostních emocionálních hranic v několika oblastech, např.:

- Emocionální zaplavení / emocionální odstup
- Emocionální (citová) empatie / kognitivní (rozumová) empatie
- Pomáhání / kontrola

Celkové nároky na regulaci citové sféry člověka mohou silně přispívat k nízkému profesnímu sebepojetí a při delší expozici vést k syndromu vyhoření či různým profesně deformačním jevům. Kromě nároků na emocionální složku osobnosti lze zahrnout mezi další společný znak pomáhající profese také nesoulad v interdisciplinárních vědních poznatcích, z čehož plyne strategická, taktická a metodická různorodost. Pracovníci se pak potýkají při práci s klienty s nejistotou, protože jim chybí vědecky ověřené a všeobecně přijímané normativní postupy práce, což můžeme hodnotit na škálách profesní rutiny a nejistoty. Dále je nutné uvést, že pomáhající profese se vzájemně liší tradicí, kvalifikačními předpoklady, metodami práce, ale také dle jednotlivých institucí, kde je vykonávána (kontrola úkolů, organizační problémy, časový tlak, úroveň řízení, podpora ze strany kolegů atd.). (Mlčák, 2004, s. 19 – 20)

3.1. Pracovní zátěž a stres v sociální práci

Pojem stres pochází od kanadského lékaře Hanse Selye, který ho zároveň definuje jako stálou nespecifickou reakci na každý kladený nárok, čímž se rozumí fyzická i psychická zátěž – souhrnně označováno jako stresor. Důležité je zmínit, že stres vědci rozlišují na „eustres“ (dobrý – vzniká např. během sportovního vypětí, zamilovanosti) a „distres“ (špatný – vzniká např. během zranění, nadměrné zátěže, nebezpečí), který když správně neodbouráme, může podnítit vznik různých specifických situací (např. nehody) nebo onemocnění (krevního oběhu, nádorová bujení atd.). (Kern, Mehl, Nolz, Peter, Wintersperger, 2015, s. 24)

Během stresové situace dochází ke zvýšení hladiny katecholaminů (adrenalinu a noradrenalinu), které aktivují pohybový systém k zajištění úniku a pokud toto vzhledem k aktuální situaci nestačí, nastává vylučování kortizolu (hormonu kůry nadledvinek) s dalšími látkami, díky nimž je šířena glukóza, jako zdroj energie buňkám mozku a jater. Samotný stres se zhroucením organismu nemusí přijít ihned při zátěži, ale často až

když jsme v tzv. „regeneračním programu“. Na druhou stranu nás může stres také pozitivně stimulovat k osobnostnímu rozvoji či sebepoznání, získávání vyšší odolnosti a objevování dalších možností, ale pouze pokud máme potom prostor k znovunavrácení duševní rovnováhy. Dlouhodobé stresové stavy bývají hlavní příčinou patologických psychických změn, dochází ke ztrátě rovnováhy a schopnosti emoční orientace v komplikovaných situacích. (Jarolímová, Holá, 2007, s. 42)

V souvislosti s výkonem profese se pracovníci často ocitají ve vypjatých situacích, kdy nemůžou prásknout dveřmi a utéct pryč, ale naopak jsou odsouzeni k pasivitě, během které stoupá míra stresu. Jsou dvě cesty úniku, buď změnit zaměstnání, nebo přehodnotit vlastní přístup ke stresujícím okamžikům, což obnáší nalezení strategií k filtrování událostí, abychom si je nebrali osobně. Dále pracovat s nejistotou a nevyčerpat úplně svoji energii nezvladatelným pracovním tempem. (Klevetová, 2017, s. 38 – 40) Mezi aspekty současnosti, které ovlivňují naše jednání a prožívání patří zejména:

- Orientace na výkon (práce, sport) - jsme obklopeni výkonnou a rychlou technikou, ale např. vyšetřování či péči o nemocného nelze urychlit. I když my nemáme zrovna čas, je třeba dát čas klientovi na rozmyšlenou, znát jeho představy o budoucnosti, nevnucovat mu nějaký způsob další péče
- Životní styl (fyzická přitažlivost, zdraví, image) – reklamy nám podsouvají a určují, co je krásného, elegantního, jak si zajistit bezbolestný pohyb, sexuální výkonnost či úbytek váhy pomocí různých preparátů
- Úspěšnost jedince (profesní, sociální postavení, majetek) – v této oblasti stojí za zmínku možnosti lákavých půjček kdykoliv na cokoliv, obchody nám nabízejí skvělé vánoce už v říjnu atd. (Klevetová, 2017, s. 53)

Zahraniční literatura věnuje oblasti pracovní zátěže a stresu poměrně značnou pozornost, ale zajímavé je, že někteří autoři tuto problematiku považují za neoddelitelný fenomén profese, jiní vše dávají do souvislosti s konkrétními vlastnostmi sociálního pracovníka (sensitivita, idealismus, vlastní nevyřešené konflikty atd.), o čemž mimo jiné pojednává u nás také Mlčák 2004c aj.) Tento autor definuje pracovní zátěž a stres

„jako dynamický vztah (rozpor) mezi souborem vnějších pracovních nároků či tlaků, které jsou na sociální pracovníky kladeny, a souborem jejich vnitřních osobnostních dispozic je adaptivním způsobem zvládat“ . (Mlčák, 2005, s. 126). Zátěž a stres můžeme vnímat jako soubor prvků, které tvoří:

- Faktory vnějšího prostředí (stresory)
- Vnímání pracovní zátěže a stresu samotným pracovníkem
- Momentální reakce pracovníka na zátěž a stres
- Dlouhodobé působení zátěže a stresu i se souvisejícími následky
- Obměňující faktory, které mají vliv na průběh pracovní zátěže a stresu

Výsledky výzkumů (např. Mlčák, 2003 a 2004b) ukazují u sociálních pracovníků přímou souvislost mezi příznaky syndromu vyhoření a nižší sociální oporou, zvýšenou úzkostností, nízkou úrovní osobnostních vlastností jako jsou neuropsychická stabilita, přizpůsobivost, spontánní družnost, sebeuspokojení, flexibilita aj. Dlouhodobý pracovní stres výrazně ovlivňuje nejen kvalitu odvedené práce a kulturu organizace, ale zejména sociální pracovníky, u kterých může docházet k zvýšené pracovní absenci, rutinizaci práce a v neposlední řadě také zdravotním obtížím. Mezi spouštěče stresu lze zahrnout vlivy, které souvisí s interakcí sociálních pracovníků a klientů (např. vysoký počet klientů, nadměrná délka trvání kontaktu s klienty, emocionální charakter, úroveň odpovědnosti), dále s organizačními aspekty (konkrétní typ zařízení, sociální sektor, způsob získávání financí). Velký význam má v této problematice kvalita personálního řízení a úroveň kultury organizace¹⁰. Ohledně míry pracovní zátěže a stresu rozhoduje pak úroveň kontroly, která souvisí s volností v rozhodování či uplatnění vlastní tvořivosti a samotné psychické nároky plynoucí z výkonu práce. Čím nižší jsou pracovní požadavky a vyšší volnost v rozhodování, tím je nižší míra psychické zátěže a naopak. Pracovník potřebuje být přesvědčen, že mu organizace i spolupracovníci poskytují adekvátní péči, oporu, kolegiální a vážnost. Pokud k tomuto nedochází, sociální pracovník se nachází na rizikovém poli pracovního stresu. Jako další spouštěč stresu lze uvést také problémy sociální práce jako oboru, profese a činnosti, přičemž u nás dochází zejména k rozporům mezi rovínou teoretickou a praktickou. Mezi

¹⁰ Kultura organizace = systém přesvědčení a očekávání, který sdílí členové organizace a vytvářejí společné normy, hodnoty ovlivňující jejich chování.

osobnostní spouštěče stresu (které mimo jiné můžeme také diagnostikovat nebo měřit) je zahrnována emocionální dimenze osobnosti (neuroticismus¹¹, negativní a pozitivní afektivita¹²), kognitivní dimenze osobnosti (jak člověk vnímá a hodnotí sám sebe i druhé, celková zdatnost, nezdolnost) a sociální dimenze osobnosti (úroveň sebepojetí, sociální opora okolí). Pro sociálního pracovníka je nezbytné při zvládnání pracovní zátěže a stresu mít možnost zpětné vazby a pozitivního hodnocení, což může pomoci při získávání úcty, kladného sebevědomí a upevnění důvěry ve vlastní schopnosti. Za zmínění také stojí aspekt profesního sebepojetí, který souvisí se společenským významem, prestiží a platovým ohodnocením sociálních pracovníků. (Mlčák, 2005, s. 124 - 133)

V letech 1979 a 1989 byl v USA realizován kvantitativní výzkum zaměřený přímo na sociální pracovníky ve zdravotnictví, ve kterém byla zjišťována spokojenost v zaměstnání se vzrůstající náročností výkonu profese. Přičemž došlo k potvrzení, že vyšší spokojenost s prací je spojena s nižší potřebou měnit zaměstnání. (Siefert, Jayaratne, Chess, 1991, s. 193 – 202)

Celkové vnímání stresu je samozřejmě individuální záležitostí, každý z nás ho pociťuje subjektivně - jeden může považovat danou situaci za neúnosnou a druhý zase naopak. Vždy záleží na protikladných silách, konkrétních stresorech (zatěžující faktory) a salutorech (obraně schopnosti zvládat potíže). Pokud jsou uvedené síly vyrovnány nebo převažují salutory, jedná se o ideální stav. (Křivohlavý, 2012, s. 38) S touto problematikou souvisí také pojem salutogeneze (zabývá se obecnými faktory, které posilují naše zdraví), v literatuře se však můžeme setkat s mnoha dalšími souvisejícími termíny.¹³ (Křivohlavý, 2009, s. 24)

¹¹Neuroticismus = geneticky daná vlastnost, která vyjadřuje stupeň reaktivity nervové soustavy (viz. známý pojem emoční stabilita a emoční labilita).

¹² Negativní afektivita = pracovník má sklony k nervozitě, pesimismu, rozmrzelosti, nespokojenosti, zaměřuje se hlavně na negativní oblasti života

Pozitivní afektivita = pracovník je energický, spokojený, aktivní, celkově odolnější vůči pracovnímu stresu

¹³ Např. údržba zdraví (healthmaintenance), povzbuzování zdraví (healthenhancement), posilování zdraví (healthpromotion)

3.2.Strategie zvládání stresu v sociální práci

Mlčák (2005, s. 135) zmiňuje: „Optimalizovat pracovní zátěž a redukovat riziko pracovního stresu je možné v sociální práci jednak prostřednictvím individuálních strategií, které jsou orientovány na kultivaci personálních či týmových kompetencí sociálních pracovníků zvládat zvýšenou pracovní zátěž a minimalizovat působení pracovního stresu, a jednak pomocí organizačních strategií, které se zaměřují především na zlepšení pracovních podmínek.“ Mezi individuální strategie lze zahrnout systém vzdělávání v základech zvládání pracovní zátěže již během studia na vysoké škole, dále možnost supervizí během povinných praxí a v neposlední řadě také výukové kurzy nebo sebezkušenostní programy pro sociální pracovníky, nadřazené v organizacích. Přehled organizačních strategií zvládání pracovního stresu (viz. Příloha č. 5) uvádí Mlčák, ale je nutné uvést, že jsou tyto strategie zatím v domácích podmínkách nedostatečně propracovány. Zejména oproti zahraničním pracovištím, která sledují úroveň stresu svých zaměstnanců, kladou důraz na variabilitu pracovních úkolů, dodržování duševní hygieny a vytváření vhodných pracovních podmínek. (Mlčák, 2005, s. 135-137)

Pokud se budeme více zamýšlet nad tím, kdo je vlastně odpovědný za nežádoucí stav v organizaci a zvládání pracovního stresu, jsou zajímavá slova Urbanovské (2012, s. 46): *„Pracovníci i vedení by si měli být vědomi toho, že odpovědni mohou být za skutečnosti, které mohou ovlivnit. Není tedy na místě obviňovat sám sebe z něčeho, co nebylo v mých silách změnit. S tím je spojena i přiměřenost požadavků, úkolů a reálnost termínů pro jejich splnění.“*

Jarolímová, Holá (2007, s. 44) uvádí doporučené strategie při stresu a zátěžových situacích:

- Mohlo se přihodit něco daleko nepříjemnějšího
- Na světě jsou důležitější problémy než moje neštěstí
- Daná situace může mít řadu výhod
- Beru to sportovně, jako trénink odolnosti
- Uč se dívat na sebe z velké dálky, s nadhledem
- Už se radovat z drobných událostí přítomnosti atd.

Mezi strategie zvládání stresu můžeme zahrnout také změnu zavedených postupů, jednání, jelikož opakování téhož více vyčerpává, než hledání nových cest. Jak uvádí Šiklová (2001, s. 16): „*Stereotyp na začátku naší profese práci usnadňuje, ale později také unavuje. Pokud toto neví náš nadřízený a sám nás nevede k tomu, abychom postupovali jinak, tak si tuto terapii naordinujeme sami sobě.*“

K redukci stresu je u nás možné využít krátkodobé tréninkové programy, ale neexistuje žádný program respektující specifika pomáhajících profesí. Zároveň jsou výhodnější tréninkové kurzy v delším časovém intervalu s opakovacími lekcemi. Nejefektivnější je výzkumný monitoring s přijímáním náležitých organizačních opatření - zlepšení pracovních podmínek, zkvalitnění vzdělávání a zavedení dlouhodobých tréninkových programů. (Mlčák, 2004, s. 23 – 24)

Mladí lidé s vyšším vzděláním jsou po nástupu do zaměstnání většinou motivovaní a svou práci nevykonávají jen z důvodu plnění pokynů nadřízeného, ale přistupují k ní spíše jako k prostředku seberealizace. Proto je třeba zejména o tyto jedince pečovat, seznámit je v rámci přípravy na zaměstnání s prevencí stresu či syndromu vyhoření, aby uměli včas rozeznat příznaky psychického vyčerpání. Organizace by měla zajistit seznámení s pracovními podmínkami, které pomohou zaměstnancům zvládat náročné stresové situace (porady, konference, odborná školení atd.). Dále klást důraz na komunikaci, význam mezilidských vztahů a efektivní supervizi. Co se týká organizace práce, je důležité:

- Ujasnit, co se od koho očekává (kdo má co dělat, co jsou jeho povinnosti)
- Zadávat úkoly s ohledem na možnosti seberealizace (přiměřené nároky, kompetence)
- Poskytnou zpětnou vazbu
- Flexibilita při rozdělování pracovníků (respektovat specifické potřeby každého jedince, případně umožnit přeložení na jinou práci)
- Kompletizace (umožnit dělat „celou“ práci, ne pouze jednotlivé dílčí prvky)
- Uznání (nejen v peněžní, ale i slovní podobě, různé zvláštní odměny)

Dále je nezbytná úprava pracovních podmínek, které vedou v případě potřeby k uvolnění napětí, např. zřízení speciální místnosti (tzv. retreat – útočištná místa) či udělení mimořádné dovolené. Snažit se o eliminaci administrativní zátěže, zjednodušit pracovní postupy, zpestřit stereotypní práci, umožnit společenské soužití, zavést různá

podniková školení či rekreace, klást důraz na kooperaci místo soupeření. S ohledem na prevenci stresu by neměli organizace opomíjet také úpravu pracoviště, tzn. zachovat soukromí pracoviště, pokud je potřebné k dané činnosti, eliminovat hluk, zajistit adekvátní světelné, tepelné podmínky, klid a v neposlední řadě také umožnit (zejména ženám) individuální úpravu pracoviště. (Křivohlavý, 1998, s. 106 – 112)

3.3. Syndrom pomáhajícího

Pomoc bližnímu a altruismus patří mezi základní ideje naší křesťanské kultury, avšak Schmidbauer (2000) publikuje zajímavé názory na mechanismus pomáhání, které dává do souvislosti se vznikem „syndromu pomáhajícího“ (neboli syndromu pomocníka; dále jen SP). Uvádí zaměřenost na výkon jako důležitý aspekt necitlivosti k sobě i okolí. *„Známe situace, kdy jsme plně soustředěni na práci po několik hodin a v podstatě nevnímáme své potřeby – nemáme hlad, žízeň, nejdeme na toaletu. Ne že by tělo nic nepotřebovalo, ale naše mysl je tak zaměstnaná výkonem, že signály těla nevnímá.“* (Géringová, 2011, s. 23) Německý psycholog a publicista Schmidbauer, který na základě dlouhodobé práce s pomáhajícími objevil, že jsou spojováni podobnými problémy, popsal SP. Jedná se o koncept, který by měl pomáhajícího vést k analýze vnitřních motivací pro životní volbu tohoto povolání. Termín však není totožný s pojmem „syndrom vyhoření“, ve kterém jsou popisovány důsledky jednání pomáhajícího. SP je tzv. pomáhání obranou, kdy se pracovník nezabývá sám sebou, potřebami, traumaty a zraněními, ale zaměřuje se pouze na pomoc a plnění potřeb klientů. V souvislosti s touto problematikou lze uvést některé oblasti, které mají základy v neuspokojivém dětství (Géringová, 2011, s. 91-93)

- Odmítnuté dítě – pomocník neotevře sám sobě emocionální oblasti, ve kterých se cítí slabý a nedokonalý. Chce být silný, dokázat si svou hodnotu, má jistotu, vyzná se a je přísný. Často tento jev souvisí s tím, že měl pomocník těžké dětství, cítil se odstrkovan a v pozdějším věku se pak stane takový jedinec disociálním (kriminálním) nebo naopak příliš sociálním.
- Identifikace s Nadjá (jáským ideálem, superegem)
- Narcistická nenasytlost – souvisí s perfekcionismem, pomocník usiluje o dokonalost, ovšem nemůže být nikdy spokojený, stále mu něco není dost dobré. Jev souvisí s traumatizací, která má být kompenzována, důsledkem

pak může být bezmezná ctižádost a usilování o to, abychom všechny v okolí převýšili mocí či schopnostmi. Toto téma je důležité v prevenci syndromu vyhoření, jelikož takový jedinec se nikdy nedokáže odpoutat od své práce a rychleji vyhoří

- Uhýbání před vzájemností
- Nepřímá agrese – souvisí s tím, že jedinec v dětství narážel na lhostejné extrémně sebestředné nebo nepřátelské prostředí, na základě čehož se naučil potlačovat primární reakci, kterou je zuřivost. (Schmidbauer, 2008, 31 – 50)

Alternativu k teorii SP předkládá Komárek (2000), který popisuje „nevědomý sociální parazitismus a vampyrismus“, kdy dochází k poškození ne pomáhajícího (jak uvádí Schmidbauer), ale naopak k poškození klienta. Vše přisuzuje faktu, že pomáhající svým chováním těžší se získané morální či etické hodnoty u svého okolí a prosperuje tak na úkor pomáhaného. (Géringová, 2011, s. 104) Pracovník bez reflexe, vyčištěného psychického systému od nevyřešených oblastí může používat (nevědomě) pomáhání jako obranu před sebou samým. Seberefektující pomáhající stojí jen vedle klienta, podporuje jeho snahu a růst, zastává pouze roli jakéhosi svědka, který zároveň odděluje své energetické Já od klientova. (Géringová, 2011, s. 122)

3.4.Syndrom vyhoření

Jedná se o přirozenou obranu chronického stresu, která má své diagnostické označení Z 73.0 (10. Mezinárodní klasifikace nemocí). Za syndrom vyhoření (burnout) lze považovat stav vyčerpání, selhání, ztrátu energie, který vzniká na základě výkonu naší profese. Klevetová (2017, s. 81) zmiňuje pět charakteristických fází tohoto syndromu:

- Nadšení – pracovník je plný ideálů, očekávání
- Stagnace – dochází ke ztrátě nadšení, přichází realita všednosti
- Frustrace – pracovník nenaplnuje své ideály, bilancuje nad efektivitou své práce, vznikají psychické a fyzické potíže
- Apatie – pracovník se smíruje s tím, že některé věci nelze změnit, ale zůstává na místě např. kvůli výdělku, nemá odvahu ke změně zaměstnání
- Vyčerpání – tato fáze má dopad na stránku fyzickou, duševní, sociální

Např. Priess (2015, s. 25 – 42) popisuje tzv. čtyřfázový model syndromu vyhoření, přičemž u každé z jednotlivých fází popisuje projevy v oblasti těla, myšlenek, pocitů, chování (viz. Příloha č. 4).

- Poplachová fáze – protějšek vnímáme jako něco ohrožujícího, při dlouhodobém trvání této fáze může vznikat základ pro panickou poruchu
- Fáze odporu – nemůžeme situaci zvládnout ani opustit, tato fáze nastává, pokud není reálné vedení dialogu ani dosažení shody, neexistuje vyřešení, čím více si uvědomujeme bezmoc, tím silněji začneme eliminovat své pocity a danou situaci nevnímát (důsledkem jsou pak různé zdravotní i osobní potíže)¹⁴, okolí si většinou ničeho nevšímá, ale jedná se o fázi začínajícího úniku, riziko kompenzace návykovým onemocněním (alkohol, drogy, vyšší spotřeba léků atd.)
- Fáze vyčerpání – začátek vyhoření – dochází k vzdávání odporu, zátěž se nám zdá vysoká, trvalá, nevyhnutelná, nepomáhá překonání se ani odpočinek, jedinec má pesimistickou náladu, připadá si podrážděný, klade si na sebe velmi vysoké nároky a pochybuje o sobě samotném, má dojem, že se zblázní, dostane infarkt, může se vyskytovat až smrtelná úzkost
- Ústup – jediným řešením je vlastní ústup, jelikož nedochází k ventilaci vzteku a agrese, směřujeme vše proti sobě, impulzy k sebezáhubě, nepříjemné prožití okolí, odhalení závislostí, hrubé chyby či zanedbávání pracovních povinností, nevšímavost, strnulost v kontaktu s okolím, definitivním ústupem může být např. sebevražda

¹⁴ V této fázi může docházet ke snaze najít jiné myšlenky, jen abychom zapomněli na to, co nás vlastně tíží. Často se stává, že člověk směřuje pozornost na tělesné symptomy (např. bolesti zad) a hledá možná řešení u odborníků. Poté získává úlevnou představu, že se o něj někdo postará, neboť ho svým způsobem zachrání. Dalším typickým rysem v této fázi může být přikrášlování situace nebo dokonce až obrácení v opak – nenáviděné najednou začneme vychvalovat, extrémním příkladem je např. oběť, která se zamiluje do pachatele. Zmiňované obrácení v opak se však děje nevědomě, člověk se odděluje od svých skutečných pocitů.

Samozřejmě uvedené fáze mohou mít různý slet a také se může lišit jejich průběh dle určité životní situace a rezerv, kterými člověk disponuje. Dle Priess (2015, s. 52): „*Model naštěstí nepopisuje jednosměrku vedoucí do záhuby. Vždy existuje cesta zpět. Ovšem i tady platí, čím více jste dole, tím těžší je dostat se zase nahoru.*“

Vznik syndromu vyhoření ovlivňují kromě vnějších podmínek, ve kterých se nacházíme také samotné povahové faktory, existují různá dělení, ale odborníci nejčastěji popisují následující vzorce chování:

Chování typu A	Chování typu B
Nadměrná soutěživost, vysoké ambice, neklid, netrpělivost, malý zájem o druhé, silný smysl pro povinnosti, perfekcionismus, uspěchanost, vznětlivost, závislost na práci (workoholismus), vědomé vystavování se několika stresorům najednou, potlačování zdravotních obtíží, realizace pouze prací a ničím jiným	Spokojenost, uvolněnost, tichá pozornost, smíření se s časem, nesoutěživost, trpělivost, schopnost v klidu přemýšlet, nízká angažovanost a iniciativa, schopnost naslouchat druhým, přizpůsobivost

U osob, které charakterizují převážně znaky chování typu A jsou častěji zaznamenány v souvislosti s psychosomatikou onemocnění kardiovaskulárního systému a nadměrná stimulace nervového systému. (Bedrnová, 2009, s. 95; tamtéž s. 242) Naopak u osob, které se ztotožňují, se znaky chování typu B nehrozí sice vyhoření, ale z důvodu uvolněného přístupu snížená efektivita a produktivita práce, která může vystupňovat až v trvalou nečinnost nebo celkovou nespokojenost. (Stock, 2010, s. 42 – 44)

Mezi rizikové faktory syndromu vyhoření lze zahrnout zvýšené nároky na sebe samotné, zvýšenou potřebu uznání, snížené sebehodnocení, pracovní přetížení, nevhodné komunikační styly na pracovišti, nedostatečné finanční ohodnocení, nevhodné uspořádání pracoviště, nedostatečnou profesní perspektivu, překážky při zvyšování odbornosti, nemožnost využít své kompetence atd. (Klvetová, 2017, s. 83)

Mlčák (2004, s. 21) zahrnuje mezi rizikové faktory navíc vysoký stupeň pracovního tlaku, nevhodnou organizační strukturu, konfliktnost na pracovišti, nedostatek pochopení, ocenění a podpory od vedení či dalších kolegů, nedostatek supervizní podpory, nadměrnou osobní angažovanost v problémech klientů, délku a počet intervencí, negativní postoje k profesi, pracovní nespokojenost, nesamostatnost, nízkou úroveň vzdělání atd.

K protektivním faktorům patří např. vyšší asertivita, schopnost relaxace a zvládnutí času, pracovní pestrost, psychická odolnost, důvěra ve vlastní schopnosti, dispoziční optimismus, sociální opora, pozitivní životní prožitky, společenské uznání a celková spokojenost. Mezi neutrální faktory lze zahrnout věk, stav, vzdělání, délku praxe v oboru a pracovní pozici. (Mlčák, 2004, s. 22)

Považuji za důležité zmínit slova Priess (2015), která uvádí, že syndrom vyhoření nenastává z přetížení, ale jedná se o důsledek toho, že lidé ztratili vztah k sobě i svému okolí. Nenaslouchají sobě samým, vlastním emocím a potřebám, nejsou schopni vést tzv. „vnitřního dialogu“. Při léčbě syndromu vyhoření se apeluje zejména na zacházení s agresí a její adekvátní projevení. Nemocní neumějí nakládat se svými vlastními pocity, ignorují je a nemají žádný ventil, v konečné fázi popisují stav „jako kdyby je někdo vytáhl ze zásuvky“. Mnoho lidí však zastává názor, že nic necítit je vlastně v pořádku, ale postupem času zjistí, že postrádají zdravý odhad pro sebe samotné a také hranice, které ovlivňují jejich jednání. Jedná se o podobný princip, jako když si zlomíme nohu, dostaneme analgetika, díky kterým necítíme žádnou bolest, domníváme se pak, že můžeme dělat téměř všechno jako dříve. V osmdesáti procentech si dotyční uvědomí, že se s nimi něco děje, až když přijdou první tělesné příznaky a může trvat i měsíce, než jsou ochotni vidět spojitost s psychikou. (Priess, 2015, s. 65 – 73)

Naopak Mlčák (2004, s. 21) zmiňuje, že syndrom vyhoření je možné považovat za důsledek prodlouženého stresu, který je možné definovat jako soubor emocionálních a fyziologických reakcí jedince na stresory.

Mezi nejznámější diagnostické metody patří:

- Maslachova škála vyhoření pro pomáhající profese (MaslachBurnoutInventory – HumanServicesSurvey, MBI) – jedná se o nejrozšířenější nástroj, dotazník se skládá z 22 výpovědí, které jsou

zaměřeny na oblast emocionálního vyčerpání, depersonalizace a seberealizace. Tato metoda nám pomůže zjistit, jak se pracovníci v pomáhajících profesích dívají na své zaměstnání a osoby, se kterými spolupracují.

- Maslachova škála vyhoření pro povolání (MaslachBurnoutInventory – General Survey) – lze ji využít i pro jiné, než pomáhající profese, obsahuje 16 výpovědí, které jsou zaměřeny na vyčerpání, cynismus a osobní výkonnost. Cílem je zjištění pohledu respondentů na práci a postoj k ní.
- Škála znechucení – Pinesová a kol. vynalezli tuto škálu, ve které pomocí 21 výpovědí získáváme informace o stupni vyhoření (Maroon, 2012, s. 71 – 76)

Léčba syndromu vyhoření je dlouhodobou záležitostí a může trvat několik měsíců. Více než polovině jedinců se už nepodaří plně začlenění do běžného pracovního života, ne z důvodu, že by nezvládli zátěž, ale jelikož si nesou uvnitř sebe nárok na odškodnění za všechny minulé nesnáze. Chtějí, aby na ně okolí bralo větší ohledy, měli zvláštní úlevy či dosáhli finančního zabezpečení (důchod, odškodné atd.) (Priess, 2015, s. 129 – 131)

Stock (2010, s. 15) uvádí alarmující výsledky ze studie německé pojišťovny DAK, z které vyplývá, že výrazně narůstá počet zaměstnanců (nejen v pomáhajících profesích), kteří ke kompenzaci pracovní zátěže a udržení výkonnosti užívají stimulanty či léky na zlepšení nálady (tzv. jobdoping). Syndrom vyhoření nelze zaměňovat s depresí, i když ho spousta autorů definuje právě jako zvláštní formu deprese. *„Účinnou ochranou proti vyhoření zajišťuje vyvážený program doplněný relaxačním cvičením a dostatkem pohybu, funkční sít' sociálních vztahů a také pravidelný odpočinek spojený s regenerací a prožitky spokojenosti při oblíbených volnočasových aktivitách.“* (Stock, 2010, s. 93)

Závěrem k tomuto tématu je důležité zmínit, že první zmínka o syndromu vyhoření přišla právě z oblasti zdravotnictví, konkrétně od zdravotních sester, které pracovaly v hospici, na onkologickém oddělení nebo jednotce intenzivní péče. Syndrom vyhoření je jedním z nejčastějších důvodů fluktuace (odchodu ze zaměstnání) ve

zdravotnictví. Totéž potvrzují i výzkumy z USA, kde z tohoto důvodu mění své pracovní místo 50 – 70 % zdravotních sester ročně. (Křivohlavý, 1998, s. 20)

VÝZKUMNÁ ČÁST

4. Cíl výzkumu, výzkumná otázka

Předmětem výzkumné části diplomové práce je zmapování potřeb zdravotně-sociálních pracovníků (ZSP) v nemocnicích na Královéhradecku v oblasti psychohygieny. Ať už se jedná o potřebu konkrétní (např. zavedení supervizí) nebo celkovou péči v podobě zlepšení profesních podmínek pro umožnění optimálního fungování duševní činnosti ZSP. V návaznosti zjištění, kterých prostředků psychohygieny nejvíce pracovníci využívají a jak je v této oblasti podporují jejich zaměstnavatelé. Výstupem výzkumného procesu bude zpracování doporučení pro praxi v oblasti udržování psychohygieny ZSP.

Hlavní výzkumná otázky (HVO) zní: Jakých prostředků psychohygieny nejčastěji využívají zdravotně-sociální pracovníci na Královéhradecku a jakou mají podporu v této oblasti ze strany zaměstnavatelů? Jelikož s psychohygienou velmi úzce souvisí také problematika pracovního stresu a syndromu vyhoření, zařadila jsem do této práce ještě **dílčí výzkumnou otázku (DVO), která zní:** Jaké jsou rizikové faktory u ZSP v nemocnicích na Královéhradecku vedoucí k syndromu vyhoření?

Dále byly stanoveny specifické výzkumné otázky (SVO), které mi poskytly potřebné informace k doplnění hlavní výzkumné otázky:

SVO 1: Jaké mají zkušenosti ZSP v nemocnicích na Královéhradecku s praktikováním psychohygieny?

SVO 2: Jaké nevýhody či potíže pociťují ZSP v nemocnicích na Královéhradecku v souvislosti s výkonem své profese, případně pracovní zátěží?

SVO 3: Jaké zdroje podpory vnímají ZSP v nemocnicích na Královéhradecku při řešení náročných situací?

SVO 4: Jak hodnotí ZSP v nemocnicích na Královéhradecku své pracovní vytížení?

Odpovědi na SVO byly doplněny souborem přibližně dvaceti otázek, na které odpovídaly vybrané ZSP v nemocnicích na Královéhradecku.

Specifická výzkumná otázka	Použitá metoda	Indikátory	Tazatelské otázky
SVO 1: Jaké mají zkušenosti ZSP v nemocnicích na Královéhradecku s praktikováním psychohygieny?	rozhovor	psychohygiena	Ot. 11: Co si představíte pod pojmem „psychohygiena“? Ot. 12: Jaké prostředky psychohygieny využíváte/praktikujete? Co Vám pomáhá k udržení pozitivního přístupu, odbourání pracovního stresu? Ot. 13: Jak fungujete jako kolektiv? Setkáváte se s někým i mimo pracoviště za účelem volnočasových aktivit? Ot. 17: Napadá Vás, co byste uvítala v souvislosti s udržováním psychohygieny od svého zaměstnavatele? Ot. 19: Jaké máte možnosti ve vzdělávání, jezdíte pravidelně na nějaké semináře či kurzy? Kolik dnů Vám poskytuje zaměstnavatel na vzdělávání a příp. jakou finanční částku?
SVO 2: Jaké nevýhody či potíže pociťují ZSP v nemocnicích na Královéhradecku v souvislosti s výkonem své profese, případně pracovní zátěží?	rozhovor	problémy	Ot. 9: Pociťujete na sobě nějaké psychické či fyzické změny, které můžou souviset s výkonem profese? Máte nějaké psychosomatické zdravotní potíže? Ot. 10: Domníváte se, že jsou kvůli pracovnímu stresu Vaše reakce na klienty či kolegy někdy neadekvátní? Ot. 18: Cítíte se v práci spokojená nebo jste někdy zvažovala změnu zaměstnání? Případně uveďte z jakého důvodu? Ot. 8: Stává se, že jsou po Vás vyžadovány i jiné činnosti mimo stanovené kompetence? Případně uveďte jaké?
SVO 3: Jaké zdroje podpory vnímají ZSP v nemocnicích na Královéhradecku při řešení náročných situacích?	rozhovor	podpora	Ot. 3: Kdo je Váš přímý nadřízený? Ot. 14: Máte se na koho obrátit při řešení nějaké problematické situace? Ot. 15: Jakým způsobem Vás podporuje zaměstnavatel v udržování psychohygieny? Máte nějaké výhody či benefity související s touto oblastí? Ot. 16: Máte k dispozici zpětnou vazbu k výkonu Vaší práce, případně uveďte jakou formou je poskytována a od koho? Ot. 20: Máte k dispozici psychologa nebo krizového intervenanta? Ot. 6: Máte možnost čerpat dovolenou kdykoliv v případě potřeby (např. vyčerpání, rodinné a zdravotní důvody)?

Tabulka 1 Přehled specifických výzkumných otázek a návaznost na otázky v rozhovoru

Informace k DVO byly získávány pomocí „Inventáře projevů syndromu vyhoření“ (Tošnerovi, Hestia Praha), který každá pracovnice vyplnila a také pozorováním, během prováděných rozhovorů.

5. Popis použitých metod

Vzhledem k povaze tématu diplomové práce Psychohygiena zdravotně-sociálních pracovníků byla zvolena kvalitativní výzkumná metoda, jelikož zjištěné informace jen těžko můžeme shrnout do grafů, tabulek a číselných hodnot, na čemž staví kvantitativní výzkumná metoda. „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“ (Hendl, 2016, s. 46, podle Creswell, 1998, s. 12). V kvalitativním výzkumu je spoléháno „...na interakční, adaptivní a úsudkové schopnosti samotného výzkumníka. ...hodnotitelé, kteří analyzují kvalitativní údaje, se pokoušejí porozumět studovanému fenoménu (např. životní situaci klienta, potřeby cílové skupiny) jako celku.“ (Matoušek, 2013, s. 528)

Na začátku výzkumu bylo zvoleno výzkumné téma a základní výzkumné otázky, které jsem průběžně upravovala, dle získaných dat a poznatků z terénu. Tato výzkumná metoda je často přirovnávána k činnosti detektiva, kdy vyhledáváme různé informace, které nám pomohou získat co nejpresnější odpovědi na stanové cíle práce. Což je mi blízké také z povahy mého zaměstnání, kdy např. během sociálního šetření zjišťuji co nejširší škálu informací k posouzení životní situace pacienta a následné realizaci potřebných intervencí. Výzkumník pracuje přímo v terénu a přirozeném prostředí zkoumaných osob¹⁵, v delším časovém intervalu, kdy probíhá současně nejen sběr dat, ale také jejich analýza. (Hendl, 2016, s. 46) Cílem výzkumníka v kvalitativním výzkumu je nikoliv ověření teorie, ale její vytvoření, zároveň se dané jevy nesnažíme zevšeobecnit, ale spíše jim porozumět a zabývat se jejich významem. Pro výzkumný proces je specifické, že probíhá „tváří v tvář“ v přirozeném prostředí, přičemž je důležité vcítění se výzkumníka do zkoumaných osob. (Gavora, 2006, s. 22) Tato výzkumná metoda mi umožnila intenzivní a hluboké zkoumání psychohygieny u ZSP v nemocnicích na Královéhradecku, zároveň také poukázání na důležité související

¹⁵ Zkoumané osoby jsou dále vzhledem k zvolené výzkumné metodě nazývány jako informanti/participant (Gavora, 2006, s. 61)

oblasti jako jsou pracovní stres a syndrom vyhoření, které se mohou v různé míře u pracovníků vyskytovat. Využila jsem jedné z předností kvalitativního výzkumu, kdy dochází k hledání lokální (idiografické) příčinné souvislosti. (Hendl, 2016, s. 48). V tomto případě se jedná o individuální souvislosti mezi tím, co potřebují ZSP v oblasti psychohygieny, aby se dokázaly „zdravě“ vyrovnat s problémy během výkonu profese a nedocházelo k neúměrnému pracovnímu stresu či syndromu vyhoření.

Za účelem zvýšení důvěryhodnosti získaných výsledků byly využity různorodé metody získávání informací, tzv. triangulace, která je definována jako: „... kombinace různých metod, různých výzkumníků, různých zkoumaných skupin nebo osob, různých lokálních a časových okolností a teoretických perspektiv, jež se uplatňují při zkoumání určitého jevu. V kvalitativním výzkumu nabývají vedle verbálních dat (rozhovory) na důležitosti vizuální data.“ (Hendl, 2016, s. 151) Níže jsou popsány všechny metody, které jsem využila během výzkumného šetření.

5.1. Rozhovor

Hlavním nástrojem výzkumné části byl polostrukturovaný rozhovor: „... jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací.“ (Hendl, 2016, s. 168) Pro účely rozhovoru a získání odpovědí na SVO jsem si stanovila přibližně dvacet otázek a rozdělila je dle zaměření na otázky tzv. úvodní, otázky k pracovní zátěži a poté otázky k psychohygieně. Hendl (2016, s. 172, podle Patton, 1990) popisuje následující typy otázek v kvalitativním rozhovoru (vybrané příklady z tohoto výzkumného šetření uvádím v poznámce pod čarou).

- Otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování¹⁶
- Otázky vztahující se k názorům¹⁷

¹⁶TO 12: Jaké prostředky psychohygieny využíváte/praktikujete? Co Vám pomáhá k udržení pozitivního přístupu, odbourání pracovního stresu?

¹⁷TO 17: Napadá Vás, co byste uvítala v souvislosti s udržováním psychohygieny od svého zaměstnavatele?

- Otázky vztahující se k pocitům¹⁸
- Otázky vztahující se ke znalostem¹⁹

Rozhovory probíhaly během října a listopadu 2018, po předchozí domluvě a udělení souhlasu ze strany nemocnice a dotazovaných ZSP, vždy přímo na pracovišti (v kanceláři participantů). Přesnou délku rozhovorů nelze určit, protože se jednalo o naprosto individuální záležitost – některý trval třeba jen 15 min. a jiný naopak 60 min. Nicméně participantům bylo předem sděleno, že jim nezabere více než jednu hodinu. Také Bugel, Šlechtová (2012, s. 185) upozorňují: „... je nutné pamatovat na dobu trvání, jaká byla avizována, a tuto dobu nepřekračovat, případně ji protáhnout jedině tehdy, jestliže to participant sám nabídne.“ Rozhovorů se zúčastnilo dohromady 11 informantů, se souhlasem proběhlo také nahrávání pro pozdější zpracovávání dat a z celkového počtu 2 ZSP nahrávání odmítly. Jelikož jsou některé otázky citlivé a týkají se také soukromí respondentů, byl kladen důraz na zachování soukromí. Před zahájením rozhovoru byl dotazovanému stručně připomenut účel získávání informací a zachování naprosté anonymity při jejich zpracovávání. Otázky byly vždy pokládány jednotlivě a v případě potřeby dovysvětlen jejich význam, odpovědi pak nebyly nijak předem určené ani kategorizované. Informantovi tak bylo umožněno porozumět všem otázkám, sdělit své subjektivní pohledy a názory, vyjádřit možné souvislosti.

5.2. Pozorování

Probíhalo skrytě a souběžně v době realizace rozhovorů, pro tuto práci jsem vybrala nestrukturované pozorování, předem nebylo nijak přesně stanoveno, co vše budu pozorovat. Což je jeden ze znaků, kterým se tento typ odlišuje od strukturovaného pozorování – není definováno, kdo bude pozorován, co se bude sledovat, kdy a kde bude pozorování probíhat, jak se uskuteční. „Pozorování je důležité při získávání

¹⁸TO 9: Pociťujete na sobě nějaké psychické či fyzické změny, které můžou souviset s výkonem profese? Máte nějaké psychosomatické zdravotní potíže?

¹⁹TO 11: Co si představíte pod pojmem „psychohygiena“?

informací o tom, co se skutečně děje, protože v rozhovoru lidé často neříkají nebo nechtějí říci vše....“ (Hendl, Remr, 2017, s. 83)

Pokaždé mě zaujalo něco jiného, něco jiného se jevilo jako zajímavé (výrazný nepořádek v kanceláři, známky vyčerpanosti dotazovaných apod.). Bezprostředně po ukončení každého výzkumného šetření jsem si z pozorování dělala terénní poznámky, které byly převážně popisného charakteru, přičemž jsem se snažila popsat, jakým dojmem na mě působí konkrétní ZSP a její prostředí (kancelář). „*Terénní poznámky obsahují, co výzkumník slyšel, viděl, prožil, o čem uvažoval v průběhu shromažďování a reflektování dat.*“ (Hendl, 2016, s. 201) Uvažovala jsem o pořízení videonahrávek či fotografií, ale nakonec jsem tuto variantu zamítla, jelikož se domnívám, že kdybych participanty předem o tomto informovala, došlo by k narušení autenticity a přirozenosti průběhu výzkumného šetření.

5.3. Dotazník

Přestože je dotazník využíván zejména v kvantitativních výzkumech, byl zde vybrán jako doplňková metoda k zhodnocení DVO. Jedná se o standardizovaný „Inventář projevů syndromu vyhoření“ (dále je inventář/dotazník), jehož autory jsou Tamara a Jiří Tošnerovi (viz. Příloha č. 1). Uvedený dotazník nalezneme jako součást pracovního sešitu pro účastníky kurzu syndromu vyhoření, které autoři pořádají v rámci Národního dobrovolnického centra HESTIA a je volně dostupný na webových stránkách organizace - metodiky ke stažení. (Tošnerovi, 2002, s. 6 – 7 [online])

Inventář byl distribuován všem informantům osobně, ihned po rozhovoru, aby byla zajištěna jeho stoprocentní návratnost, čemuž tak nakonec bylo. Tento dotazník byl vybrán z důvodu své komplexnosti, jelikož obsahuje otázky zaměřené na několik rovin člověka (rozumovou, emocionální, tělesnou, sociální) a jeho vyplnění je pro respondenta relativně časově nenáročné. Dohromady se skládá z 24 otázek, odpovědi jsou zaznamenávány do přehledné Likertovy škály²⁰ (číslice 4 vyjadřuje, že daný jev se vyskytuje u respondenta „vždy“ a naopak číslice 0 vyjadřuje, že daný jev se u

²⁰ Vyvinul je Rensis Likert, poskytují nám pohyblivou škálu pro odpovědi a získaná číselná data se snadno zpracovávají. (Walker, 2013, s. 53 – 54)

respondenta nevyskytuje nikdy). Součtem bodů v jednotlivé rovině můžeme zjistit, jaký je náš stresový profil a celkovým součtem bodů ze všech rovin, jak jsme náchylní či ohrožení syndromem vyhoření. Maximálně může participant získat 96 bodů. Jako další pozitivum vnímám, že se nejedná přímo o hodnotící test, ale na základě výsledků lze zjistit, ve které rovině osobnosti máme určité limity a měli bychom na ni zaměřit svoji pozornost.

Pro zajímavost byla participantům pokládána také otázka, zda se s uvedeným dotazníkem již někdy setkali nebo zda nějaký podobný využívají.

Jelikož je tato diplomová práce zpracovávána pomocí kvalitativního výzkumu, byla tato metoda dotazníku reflektována jako nástroj, který by nám neměl měřit míru ohrožení syndromem vyhoření u ZSP, ale spíše sdělit, které projevy syndromu vyhoření se u participantů nejčastěji vyskytují. Walker (2013, 138 – 139) právě upozorňuje, že se jedná o hodnocení čísla a např. označení na škále číslem „4“ může znamenat pro každého participanta něco jiného.

6. Popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl tvořen ZSP, kteří pracují v jakékoliv nemocnici na Královéhradecku. Zahájení výzkumu předcházelo mapování terénu – zjištění, kolik nemocnic se nachází ve vybraném regionu, zda v nich pracují ZSP, příp. v jakém počtu, jak jsou rozděleni na jednotlivá (detašovaná) pracoviště, koho je možné oslovit ohledně povolení k výzkumu. Hendl (2016, s. 48) upozorňuje, že je někdy kvalitativnímu výzkumu vytýkána jeho neprůhlednost, malá transparentnost a nejasný výběr jedinců pro rozhovor nebo pozorování. Považuji tedy za důležité stanovit si kritéria výběru informantů, která jsou níže popsána a doplněna tabulkou, ve které se můžeme mimo jiné také dozvědět, kolik pracovníků na pozici ZSP v Královéhradeckém kraji vlastně pracuje. Konkrétní informanti byli vybíráni dle předem stanovených kritérií:

- ZSP pracující v nemocnici na Královéhradecku na běžné/vedoucí pozici
- Působení na pracovišti minimálně 1 rok (aby měl respondent už nějaké zkušenosti, nejednalo se např. o čerstvého absolventa)
- Zaměstnání na plný úvazek, na základě pracovní smlouvy (ne DPP, DPČ)
- Dobrovolná účast a poskytnutí souhlasu se začleněním do výzkumného šetření

Na základě níže uvedené tabulky si můžeme názorně představit, jak probíhal výběr informantů do výzkumného vzorku, který nakonec tvořilo 11 ZSP z 9 pracovišť.

²¹ Jejich názvy jsou z důvodu zachování anonymity uváděny pod abecedními písmeny a participantů mají smyšlená jména. Údaje o věku a vzdělání byly zachovány dle zjištěných údajů od participantů. Buňky označené „x“ vyjadřují, že na daném pracovišti nebyl žádný participant splňující stanovená kritéria výběru.

²¹ Záměrně je používán pojem pracoviště, jelikož na Královéhradecku nalezneme dohromady 10 nemocnic, ale některé z nich mají navíc svá detašovaná zařízení, celkem se tedy jedná o 17 pracovišť. (Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online])

Označení pracoviště	Počet ZSP celkem	Počet ZSP splňující kritéria	Respondent (věk, vzdělání)
A	1	1	Tereza (45 let, VŠ)
B	1	1	Hana (28 let, VŠ)
C	1	1	Bára (32 let, VŠ)
D	1	1	Jarmila (38 let, VŠ)
E	2	1	Radka (44 let, VŠ)
F	1	1	Klára (58 let, VŠ)
G	6	3	Libuše (57 let, VOŠ)
			Lucie (27 let, VŠ)
			Simona (45 let, VOŠ)
H	1	1	Karolína (27 let, VŠ)
I	1	1	Blanka (26 let, VŠ)
J	1	0	x
K	1	0	x
L	1	0	x
M	1	0	x
N	1	0	x
O	1	0	x
P	5	0	x
R	1	0	x

Tabulka 2 Přehled informantů

6.1. Charakteristika jednotlivých participantů

- **Tereze** je 45 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Mgr.), 3 roky pracuje na běžné pozici ZSP a zajímavostí je, že v dané nemocnici navíc vykonává na částečný úvazek funkci ombudsmana. Jako ZSP má sama na starosti celou nemocnici, jedná se o všechna akutní lůžková oddělení a k tomu také ambulance. Tereza je takzvaným „průkopníkem“ profese ZSP v dané nemocnici, otevřená získávání nových informací a udržování psychohygieny. V závěru výzkumného šetření konstatovala: „A máte nějaký typ, co dělat? Docela by mě zajímalo, co kde jinde třeba mají k podpoření psychohygieny zaměstnanců. Já jsem tady začínala, jako první na pozici, nemám vlastně jiné zkušenosti, co se kde dělá. Jsem vděčná za každou radu nebo postřeh... Pak mi dejte vědět, co jste zjistila.“ (Tereza) Přímým nadřízeným Terezy je hlavní sestra. Celkově působí autoritativně a spokojeně.

- **Haně** je 28 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Mgr.), 5 roků pracuje na běžné pozici ZSP a má na starosti 120 lůžek léčebny pro dlouhodobě nemocné. V posledních letech je zároveň pověřena výkonem sociální pracovnice pro sociální lůžka, která nemocnice provozuje, což sama popisuje jako velmi zatěžující v kombinaci s výkonem ZSP. Na druhou stranu má přehled z obou oblastí a může tak porovnat podmínky k zvládnání pracovního stresu a udržování psychohygieny jak z pozice sociální pracovnice ve zdravotnictví, tak také sociální pracovnice v sociálních službách. „*Máme tady standard Profesionální rozvoj zaměstnanců, kterej je si myslím povedenej, ale bohužel platí jen pro pracovníky na sociálních lůžkách. ZSP má k dispozici jen směrnici o sociální péči, ale nic k oblastní psychohygieny (třeba podporu ve vzdělávání nebo hodnocení zaměstnanců) neobsahuje, spíš jen takový ty obecný informace, co se zjišťuje při sociálním šetření a tak...*“ (Hana) Přímým nadřízeným Hany je hlavní sestra. Na první dojem působí pozitivně a spokojeně, domnívám se, že se jedná o obětavého člověka, který chce mít hlavně vše dokončené v termínu.
- **Báře** je 32 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Mgr.) a pracuje na běžné pozici ZSP pro akutní lůžková oddělení (interní, rehabilitační, revmatologii), kterých je dohromady asi 50 a zároveň obstarává 120 lůžek léčebny pro dlouhodobě nemocné. Bára uvádí: „*Jsem tady asi rok a půl, vrátila jsem se po mateřský, jinak jsem tu byla předtím rok jako zdravotní sestřička... ale tahle práce mi teda vyhovuje víc. A díky zkušenostem ze zdravotnictví víc rozumím těm všem zápisům v dokumentaci a tak.*“ (Bára) Přímým nadřízeným Báry je taktéž hlavní sestra.
- **Jarmile** je 38 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Mgr.) a pracuje na běžné pozici ZSP, nyní dva roky od mateřské dovolené. V minulosti působila na stejném pracovišti, ale vzpomíná, že práce byla dříve o dost klidnější a nebyla pro ni tak stresující jako nyní. „*Dřív to bylo úplně něco jinýho, celkově menší obrat pacientů, míň papírování a přátelštější kolektiv... zaměstnanců je málo a nikdo tady dlouho nevydrží. I na týhle pozici vždycky vydrží ZSP v průměru tak rok a už prchá pryč.*“ (Jarmila) Jarmila má na starosti 90 lůžek léčebny pro dlouhodobě nemocné a její přímou nadřízenou je hlavní sestra. Během rozhovoru o práci lze u Jarmily zpozorovat určitou podrážděnost a nespokojenost.

- **Radce** je 44 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Mgr.) a na běžné pozici ZSP pracuje přibližně 10 let, dříve vykonávala povolání zdravotní sestry. V nemocnici má na starosti oddělení interní, chirurgické, ortopedické, ARO, gynekologii a porodnici. Radka má přímou nadřízenou hlavní sestru. Jedná se zřejmě o uzavřenějšího člověka, který nedá hned úplně vše najevo.
- **Kláře** je 58 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Bc.) a hned v úvodu výzkumného šetření zmínila: „...v sociálních službách jsem celkem 8 roků, říkám si, že celý život se to snad ani nedá dělat.“ (Klára) 5 let pracovala v domově pro seniory, nyní je třetím rokem na běžné pozici ZSP v léčebně pro dlouhodobě nemocné, kde má na starosti 90 lůžek. Klára má přímou nadřízenou vrchní sestru a při nynějším zaměstnání ještě dálkově studuje obor sociální práce. Zaujalo mě, že má při sobě „pravidla syndromu vyhoření“ (viz. Příloha č. 3), která ji poskytla profesorka ze školy a uvádí, že si je často během náročných dní pročítá. Působí jako citlivá empatická osobnost, která v péči o sebe sama klade důraz také na duševní stránku.
- **Libuši** je 57 let, má středoškolské vzdělání a poté studovala nástavbu (podobné jako dnešní VOŠ), v nynější nemocnici pracuje už od roku 1991 – dříve byla na psychiatrickém oddělení a v AT poradně, poslední 3 roky vykonává funkci vedoucí sociálního oddělení. K tomu ještě pracuje jako běžná ZSP na oddělení neurochirurgie, stomatologie a genetiky. Libuše má přímou nadřízenou náměstkyni pro ošetrovatelskou péči. Kde své práci v závěru konstatovala: „Vnímám pozitivně, že mě tady holky (podřízené) mají, protože je fakt, že se na mě často obrací s řešením různých složitých situací a vědí, že stojím za nima... i když je fakt, že ze začátku jsem se spíš hodně učila já od nich. Ještě bych ráda zdůraznila, že je důležitý umět jim říct, že něco nevím, ale že jim to zjistím...“ (Libuše) Libuše na první dojem působí asertivně, domnívám se, že si umí prosadit své požadavky a je schopná dobře řídit kolektiv lidí.
- **Lucii** je 27 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Bc.) a na pozici běžné ZSP pracuje dohromady 5 let. V současné době má na starosti oddělení rehabilitační, urologické, interní, kožní a následné péče. Její přímou nadřízenou je vedoucí sociální pracovnice.

- **Simoně** je 45 let, má středoškolské vzdělání a poté studovala nastavbu (podobné jako dnešní VOŠ). Na pozici běžné ZSP pracuje v této nemocnici již 24 let, má na starosti oddělení ortopedické, oční, interní a gynekologii. Její přímou nadřízenou je vedoucí sociální pracovnice. Simona působí velmi uzavřeně a nepřístupně, veškeré otázky zodpovídá stručně.
- **Karolíně** je 27 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Bc.), na pozici běžné ZSP pracuje jeden rok a do nemocnice přešla ze sociální služby, kde pracovala převážně v terénu s duševně nemocnými. Uvádí, že už chtěla změnu a klienti ji příliš vyčerpávali. Zaujalo mě, na kolik oddělení dochází v rámci svého nynějšího povolání: *„Mám na starosti všechny akutní lůžkový oddělení v nemocnici, těch oddělení je přibližně 10. Nejvíc pacientů mi hlásí z neurologie, interny, rehabilitace. Pak ještě jezdím na zavolání na psychiatrii, kde je celkem 30 lůžek a aby toho nebylo málo, tak jednou týdně jezdím pomáhat kolegyni na lůžka následný péče... tam si ty pacienty tak různě rozdělujeme, ale je jich tam něco kolem 60 ti.“* (Karolína) Karolíny přímou nadřízenou je hlavní sestra nemocnice. Karolína působí vcelku pasivním dojmem, jakoby si příliš nepřipouštěla, kolik toho tady má na starosti. Na druhou stranu tento její klid ji možná částečně drží nad vodou, protože kdyby se jednalo o člověka perfekcionista, který chce mít všechno v pořádku, asi by práci nemohl dlouho zvládat.
- **Blance** je 26 let, má vysokoškolské vzdělání (titul Bc.), na pozici běžné ZSP pracuje 1,5 roku a obstarává léčebnu pro dlouhodobě nemocné o kapacitě 100 lůžek. Tato respondentka mě překvapila, jelikož zrovna ukončovala svůj stávající pracovní poměr, což komentovala následovně: *„Poprvé jsem o změně uvažovala hned po třech měsících, co tu pracuji. Toto nutkání hledat jinde bylo čím dál tím intenzivnější, až jsem skutečně začala rozesílat životopisy. Nyní je to ve fázi, že jsem podala výpověď a odcházím odtud.“* (Blanka) Její přímou nadřízenou je hlavní sestra nemocnice. Z pozorování usuzuji, že se jedná o člověka s perfekcionista, který chce vše zvládat „na jedničku“, má ráda řád a pořádek.

7. Způsob zpracování dat

K získání výsledků z výzkumného šetření byla využita metoda kvalitativní analýzy dat, která nemá přesná pravidla a jedná se spíše o tzv. intelektuální řemeslo. Výzkumník se snaží o získání výsledků, které shrnou danou problematiku, popíše pravidelnosti a související témata. (Hendl, 2016, s. 287) Byla analyzována veškerá získaná data z výzkumného šetření, se snahou o postupnou analýzu údajů od jednoho informanta k dalšímu informantovi a až následně docházelo k určitým zobecněním – tento postup doporučuje také Hendl, Remr (2017, s. 216 – 217).

Hendl (2016, s. 228) popisuje faktory, které negativně ovlivňuje analytický proces, patří sem např.:

- Přetížení daty - následné omezení při přijímání a zpracování
- První dojem - první datové vstupy dělají větší dojem než ostatní
- Informační nedostupnost – dostupnějším informacím věnujeme větší pozornost
- Nestejná spolehlivost – informační zdroje jsou různě spolehlivé

Prvním krokem ve zpracování dat bylo převedení nahrávek rozhovorů to textové podoby, následně byly k jednotlivým rozhovorům připojeny také terénní poznámky z pozorování, dostupných dokumentů a údaje z dotazníku. Vznikla tak přehledná sumarizace a organizace všech dostupných údajů ke každému participantovi výzkumného šetření, která byla zapisována do záznamového archu (viz. Příloha č. 2). Jedná se o praktický „... *pomocný nástroj výzkumníka, mající mu usnadnit práci v tom smyslu, aby si nemusel všechny údaje pamatovat, mohl se k nim v průběhu výzkumné situace vracet...*“ (Miovský, 2006, s. 198 – 199)

Ve druhém kroku probíhalo důkladné opakované čtení veškerých rozhovorů a poznámek. Gavora (2006, s. 129) popisuje důležitý význam prvního čtení, jehož dojem na výzkumníka je většinou rozhodující a nedá se zopakovat, v dalším čtení pak dochází převážně k upřesňování výsledků.

Třetí krok obnášel kódování dat získaných během rozhovorů, což je hlavní bod analýzy, díky kterému můžeme popsat získaná data. „*Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje.*“ (Hendl, 2016, s. 232) Na okraj stránky

byla dopisována jednotlivá klíčová slova či spojení (podstatná jména, přídavná jména, slovesa), která byla později zařazena do významových kategorií zobrazující důležitá témata pro zpracování výzkumných otázek. Cílem tvorby kategorií bylo zjistit, jaká témata se ukazují v získaných datech, jaké momenty jsou zmiňovány nejčastěji, jak mohou být zjištěné kategorie uspořádány?

V dalším kroku byl tvořen seznam významových kategorií, ale při opakovaném pročítání získaných údajů byly stávající kategorie opět průběžně upravovány nebo doplňovány nové – jak zmiňuje Gavora (2006, s. 137): „... *pracovní postup není uzavřený, ale je rekurzivní, což je - jak jsem už upozornil – jedním z hlavních znaků práce s údaji v kvalitativním výzkumu.*“ Poté následovalo hledání vztahů a souvislostí mezi jednotlivými kategoriemi, z čehož nakonec vznikla jednotlivá témata, která jsou podrobněji zpracována v následující kapitole výsledků.

8. Výsledky k hlavní výzkumné otázce

V této kapitole jsou blíže popisovány zjištěné kategorie – jedná se čtyři témata, která souvisí s psychohygienou ZSP, a díky nimž mohou být zodpovězeny stanovené výzkumné otázky. Vzhledem k povaze výzkumného šetření je interpretace dat doplňována plnými citacemi z rozhovorů. (Hendl, 2016, s. 227)

8.1. Psychohygienu

Pojem psychohygienu u většiny participantů evokuje nějaký odpočinek, relaxaci, uvolnění. „Znamená to vlastně nějaký odbourávání stresu, péče o to, abych práci i psychicky zvládala, prostřednictvím sportu, volnočasovými aktivitami, a tím co máme rádi.“ (Radka) Další participanté popisují také nepřenašeni si práce do soukromí, smysluplné trávení volného času, dobrou psychickou kondici a celkové zdraví. Simona uvádí, že pro ni psychohygienu znamená situaci, kdy může vyrazit do přírody a dívat se do zeleně. „Je to hygiena naší duše. Takzvaně si uklízet v duši, ve svých myšlenkách, čímž si chráníme a upevňujeme své duševní zdraví.“ (Blanka) Jedna z participantů se k otázce nijak konkrétně nevyjádřila, pouze zdůraznila, že ví moc dobře, co pojem znamená, jelikož se s psychohygienou setkala ve škole v rámci supervize.

V psychohygieně existuje mnoho cest i prostředků k jejímu praktikování a jedná se o zcela individuální záležitost, podle charakteru a zvyklostí každého člověka. Devět z jedenácti oslovených informantů uvádí, že jim k udržení duševního zdraví a rovnováze nejvíce pomáhají různé sportovní aktivity (vycházky, cyklistika, plavání, posilovna, box a cvičení pilates). Zajímavá byla výpověď Libuše, která popisuje faktory, které vnímá jako nezbytné z pozice vedoucí ZSP pro udržování psychohygieny – upravené prostředí a ranní porady u kávy, kde mají pracovnice prostor pro sdílení problematických situací. „*Jinak po soukromu je důležité mít dobré rodinné zázemí, pak určité předpoklady pro výkon téhle práce, protože takový to velký tahání si věcí domů není vhodné, i když samozřejmě někdy se tomu člověk neubrání. Ale důležité je uvědomit si, co mu pomáhá, aby ho to nepřeválcovalo.*“ (Libuše) Libuši jinak pomáhá k odbourání pracovního stresu hudba, čas strávený v přírodě a s vnoučaty, cestování, masáže, plavání, jako určitý prostředek psychohygieny vnímá také péči o sebe, když si zajde ke kadeřnici nebo do wellness. Tři participanté zmiňují, že jim pomáhá četba a

práce na zahradě, dále se v odpovědích informantů vyskytuje také divadlo, kino, sauna, posezení u kávy a vypovídání se kamarádce/partnerovi. Překvapilo mě, že se dokonce dvě ZSP věnují psychohygieně během výkonu své práce: „*mám tady v práci tři tenisáky, a když jsem úplně na nervy, tak třeba dvě minuty žongluju.*“ (Hana) Klára uvádí: „*Od profesorky máme takový doporučení na papírku – pravidla syndromu vyhoření, to mám i tady v práci, a když jsem vyčerpaná, tak si sednu a pročítám si to. ... pomáhá mi taky numerologie a karty, to mám moc ráda. Občas si tam zajdu, vypovídám se, jsem zvědavá, co se vždycky dovím, co mě bude čekat a tak...*“

Celkovou spokojenost a to, jak se cítíme, na pracovišti samozřejmě ovlivňuje také atmosféra a kolektiv, ve kterém se pohybujeme. Osm z jedenácti participantů hodnotí pracovní kolektiv převážně kladně a pět z nich popisuje, že se setkává s kolegy i po pracovní době za účelem posezení u kávy nebo nějaké oslavy. Nejvíce pestré volnočasové vyžití s kolegy má Lucie a Simona, jelikož pracují v kolektivu ZSP (nejsou na pracovišti sami). Jak popisuje jejich vedoucí Libuše: „*...třeba provozní schůze děláme takovou formou, že uvaříme kafe, máme si i něco dobrýho (sladký, slaný) a řešíme nějaký provozní záležitosti. Jednou ročně vyjedeme společně na exkurzi do zařízení, které nás zajímá... posledně jsme byli v lázních, teď plánujeme jeden nově zrekonstruovaný domov pro seniory. Vždycky vybíráme něco takovýho, co nám rozšíří obzory a zároveň to pro nás bude takový celodenní výlet. Dvakrát do roka se pravidelně domluvíme, že si někam jdeme posedět k vínu nebo grilovat, nyní plánujeme bowling. Snažím se o podřízené pečovat i třeba tak, že jim z konference přivezu reklamní materiály, letáčky a něco, co by jim udělalo radost... a ze zahraniční dovolené jim přivezu nějaký malý dáreček. To samé na Vánoce, protože fond odměn je samozřejmě omezen, snažím se vždy vše spravedlivě rozdělit a také nezapomenout na poděkování, ocenit tu práci i jinak než finančně. Snažím se celkově o dobrou atmosféru na pracovišti.*“ Ve složitější pozici jsou ZSP, které jsou na daném pracovišti sami, což je v praxi velmi časté, v této situaci se nachází osm z jedenácti participantů výzkumného šetření. „*... žádného kolegu ani kolegyni nemám, jsem tu sama.*“ (Tereza) Některé ZSP jsou také limitovány umístěním kanceláře (půdní prostor, suterén), tak jak zmiňuje Bára: „*Jako v rámci profese sociální pracovnice tady nic nefunguje... máme sice dobrý kolektiv, ale všechny ty kolegyně znám z doby, kdy jsem ještě dělala sestřičku, s nima se scházím. Kdybych to měla vzít čistě jako sociální pracovnice, tak by mi trvalo strašně dlouho, než bych s někým navázala bližší kontakt. Protože bych neznala prostředí,*

neznala bych lidi, oni neznají mě a nějaká socka je vůbec nezajímá. Je to asi i tím, že mám kancelář tady nahoře, kam nikdo skoro nepřijde... kdybych ji měla někde na oddělení, tak je to taky jiný. Sem zaměstnanci vůbec nechodí, vedle je jen vrchní sestra a primář. Kolegyňka přede mnou tady byla fakt zoufalá – strašně práce, byla tu sama a neměla si vůbec s kým popovídat.“ Klára s Radkou pak popisují kolektiv, ve kterém mají pouze formální pracovní vztahy.

Jelikož je psychohygienu důležitou součástí každého pracovníka v pomáhající profesi, neměla by být opomíjena směrem k ZSP ani ze strany zaměstnavatelů. Pouze Lucie a Simona uvádí, že nic víc ze strany své organizace nepotřebují, se stávajícími možnostmi v oblasti psychohygieny jsou spokojeni. Tři participanti navrhuje zavedení supervizí, opakovaně se pak objevuje ve výpovědích požadavek na personální posílení a vedoucí ZSP. Blanka by uvítala: *„Pravidelné porady a setkávání sociálních pracovníků, které by vedla vedoucí sociální pracovníce, nikoliv hlavní sestra, možnost konzultací s odborníky, navýšení počtu sociálních pracovníků, nezatežování úkony, které nespádají do kompetence sociální pracovníce.“* Dále participanti vznášejí požadavek na dobrého psychologa a příspěvky na relaxační aktivity (sauna, masáže). Libuše by chtěla jako vedoucí ZSP více financí na péči o zaměstnance. *„Mně by nejvíc vyhovovalo, kdyby přijali druhou sociální pracovníci. Nebo bych uvítala nějaký pokojíček, kam by se dalo jít třeba natáhnout po obědě, taková relaxační místnost... mohl by tam být ping pong a tak. Ještě by byla fajn permanentka do bazénu.“* (Hana)

Při výkonu profese ZSP je nezbytné, aby se pracovníci neustále vzdělávali, měli prostor na sledování aktuálních legislativních změn a dostávala se jim také adekvátní podpora v této oblasti i ze strany zaměstnavatele. Pracovník, který má příležitost zjišťovat nové informace, ověřovat si své postupy a vědomě se zdokonalovat může být spokojenější, výkonnější a zaměstnavatelé tím tak mohou eliminovat riziko syndromu vyhoření. Oblast vzdělávání ZSP není u nás příliš dobře propracovaná, participanti zmiňují nedostatečnou nabídku vzdělávacích akcí přímo pro ZSP, většina jich je zaměřená pouze pro sociální pracovníky v sociálních službách. Tři informanti dokonce uvádí, že nejedí na žádné vzdělávací akce, buď kvůli nedostatku času, nebo aktuálnímu studiu, jak popisuje Klára: *„Mám pocit, že jak tady vědí, že jezdím do školy, tak další vzdělávání nikdo neřeší... myslí si asi, že když studuju, nepotřebuju už nikam jít jezdit.“* Vzdělávací akce si vybírají ZSP sami a s jejich plánováním na příslušný rok má zkušenost pouze Hana a pak Libuše, která v tomto podporuje i své dvě podřízené, Lucii

a Simonu. Ty se pravidelně účastní přednášek v rámci komunitního plánování a různých kongresů (někdy i aktivně). Podpora v této oblasti je ze strany zaměstnavatelů taktéž libovolná - čtyři informanti mají na vzdělávání neomezený počet dnů i financí, kdežto Jarmila, Radka a Blanka mají k dispozici pouze 2 dny a částku 1 000 - 2 000 Kč/rok. *„Máme stanovený dva volný dny za rok na vzdělávání, když si to vyberu, tak si další dny musím vybrat z dovolený nebo napracovat. Finanční částka je zhruba 1 000 – 2 000 Kč na rok, dražší si musím doplácet, ale naštěstí běžný semináře většinou víc nestojí. Jezdím přibližně dvakrát do roka někam, ale je fakt, že pro nás zdravotně-sociální pracovníky je těch příležitostí dost málo. (Radka) Jarmila k této oblasti zmiňuje: „No jezdím občas, nárazově, ale taky na to nemám příliš času. Samozřejmě bych ráda jezdila častěji, vidím, že si ten den vždycky užiju, poklábosím s kolegyněmi a je to fajn. Uvědomuju si, že nestíhám sledovat moc žádný novinky a pak mi to někdy chybí, při práci...“*

Ministerstvo zdravotnictví zveřejnilo kvalifikační standard k vyhlášce č. 39/2005 Sb. pro studijní program v oboru zdravotně-sociální pracovník, který specifikuje minimální požadavky na vysokoškolské vzdělávání. ZSP mají dále povinné celoživotní vzdělávání, které je zaneseno v zák. 96/2004 Sb., § 53, odst. 2) o nelékařských zdravotnických povoláních a dále také ve Směrnici Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES, čl. 22 písm. b). S novenou zák. 96/2004 Sb. došlo ke zrušení kreditního systému, který souvisel s vydáváním osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Nyní musí plánování a kontrolu celoživotního vzdělávání zajistit zaměstnavatel, což je kontrolováno v rámci hodnocení kvality poskytované zdravotní péče. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, Ošetřovatelství a nelékařská povolání [online])

Nyní již neexistuje žádná podobná regulace, vše je v rukou zaměstnavatelů... Když si porovnáme podmínky, které mají sociální pracovníci v sociálních službách, dojdeme k závěru, že jejich vzdělávání je zakotveno v zák. č. 108/2006 Sb., § 116, odst. 9) o sociálních službách.²² Dále také ve standardech kvality, které jsou přílohou vyhlášky 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Právě zde je ošetřena ve standardu č. 10 (Profesní rozvoj zaměstnanců)

²²Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok.

povinnost mít k dispozici podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka (např. supervizora), což pro ZSP vůbec v žádné legislativní úpravě neexistuje.

Vzdělávací akce a setkání pracovníků pro ZSP pořádá ČAS – sekce zdravotně sociální, ale bohužel přehled plánovaných vzdělávacích akcí je na webových stránkách k dispozici pouze registrovaným členům asociace.²³

8.2. Problémy z praxe

Jedním z často řešených problémů v praxi ZSP jsou situace, kdy mají vykonávat činnosti, které nespádají do jejich náplně práce a následně je uvádějí do náročných stresových situací. Pracovníkům pak nezůstává prostor pro činnosti, které skutečně spadají do sociální práce. Kompetence ZSP (viz. str. ...) mají obecný charakter a konkrétní činnosti má pak každý individuálně popsán v náplni práce. Téměř polovina participantů se vyjadřuje, že měli nebo stále mají problém s nákupy. Což popisuje Blanka, která se navíc potýká s činnostmi, které by měla mít na starosti pokladní „ ... vyžadují se po mě nákupy hygienických potřeb a obuvi, pokud nemůže zařídit rodina. Toto se již děje minimálně, ale požadavek mé nadřazené bylo pravidelné zajišťování nákupů potravin a všeho, co by klient požadoval, a to 1x týdně. Toto doposud odmítám vykonávat a také se na mě za to pohlíží tak, že jsem neochotná, což by přeci sociální pracovnice neměla být. (úsměv) Bohužel, si již nikdo neuvědomuje to, že nákup může klientovi přinést kdokoliv, není k tomu potřeba žádná odbornost. Ovšem udělat nákup pro 100 klientů by zabral minimálně jeden pracovní den, což by bylo neúnosné. Dále vykonávám něco jako pokladní, mám u sebe uložené peníze klientů, jejich šperky. Platím jim z toho kadeřnici, pedikúru, případně nákup. Automaticky mi peníze je z oddělení předávají, není žádoucí, aby klienti měli peníze u sebe. Sice toto nemám v náplni práce ani nevím, co by se stalo, kdyby došlo k odcizení, kdo by za to nesl odpovědnost, mnohokrát jsem na to upozorňovala, ale marně.“ Libuše uvádí, že jsou po nich vyžadovány např. nějaké statistické údaje ohledně detencí. Po Haně byly vyžadovány dokonce aktivizační činnosti u pacientů a nyní také zajišťuje nákupy, ale pouze u osob, které nemají nikoho blízkého. „Musím tady dělat nákupy, což mi trochu vadí, ale

²³ Webové stránky asociace: www.cnaa.cz

snažím se je dělat jen u lidí, který opravdu nikoho nemají. Pak mi přijde někdy trochu na hranici děláním doprovodů, jednou jsem musela jet s pánem až do místa bydliště, aby všechno zvládnul a v pořádku dorazil...“ (Bára) Radka popisuje, jak se jí snaží úkolovat někdo z ošetrovatelského nebo lékařského personálu: „... neví se, kdo tu danou věc má dělat, takže ji pak dělám já (smích), v některých věcech prostě nejsou stanovený kompetence.“

Pracovní problémy a stresové situace se na každém podepisují jiným způsobem, ale většinou dříve či později se psychická nevyrovnanost projeví v podobě zdravotních obtíží. Jedná se pak o tzv. psychosomatické potíže, které popisuje sedm participantů ze všech jedenácti, nejčastěji se jedná o nespavost, pocity velkého vyčerpání, vysátí energie a dlouhotrvající únavu. „*Jsem velmi unavená a po příchodu domů si jdu hned lehnout a jsou dny, kdy neudělám vůbec nic a spím až do rána.*“ (Blanka) Jarmila uvádí: „*Tak v začátku to byla nespavost, fyzický obtíže – no přibrála jsem, což taky souvisí s tím režimem práce, nemám čas se pravidelně najíst, jím hlavně večer, když přijdu domů. Psychický obtíže mám taky, ta práce mě už prostě deptá (povzdech).*“ Libuše v poslední době trpí na bolesti hlavy a popisuje, potíže, které ji trápily ještě v době, když pracovala v AT poradně nemocnice: „*... jsem měla období, kdy jsem hodně trpěla na záněty močových cest a to bylo hodně v souvislosti s tím, že jsem nedodržovala pitnej režim – chodilo tam hrozně moc lidí a já vždycky odkládala odchod na toaletu.*“ Hana zmiňuje, že má rovněž velké potíže s nespavostí a když se v noci vzbudí, první co ji napadne, je pacient, kterého nezvládne vyřešit. Žádné potíže neudává Tereza, Bára, Lucie a Simona.

V důsledku pracovního stresu popisuje Hana, Klára a Blanka neadekvátní reakce na pacienty nebo své kolegy. „*Jo, někdy se přistihnu, že tomu tak je... a spíš jsem pak nepříjemná na pacienty.*“ (Klára) Jarmila a Lucie zmiňují, že se snaží, aby je nic takového v práci neovlivňovalo, případně si své emoce spíše ventilují doma. Blanka taktéž popisuje situaci, kdy v důsledku stresu reagovala na pacientku s demencí velmi podrážděně a bouchla před ní dveřmi... „*Bylo to ode mě naprosto neprofesionální jednání, na které když si vzpomenu, velmi se stydím. (povzdech)*

Většina participantů sice uvádí, že je spokojená ve stávajícím zaměstnání, ale čtyři z nich aktuálně uvažují o změně z důvodu náročnosti povolání. „*... kdybych už měla rodinu, tak bych to tady určitě nedala.*“ (Hana) Tereza by klidně odešla, kdyby přišla nějaká výhodná pracovní nabídka. Znepokojující je rovněž vyjádření Jarmily:

„Ano, zvažuji změnu zaměstnání, z důvodu toho, že je to náročný, i když si myslím, že je celkově práce v oblasti sociální práce náročná, ať je člověk třeba na úřadu práce nebo jinde. Hlavně vzhledem k náročnosti v komunikaci, řešení složitých životních situací a tak... takže zároveň zvažuju úplný odchod od týchle profese.“ Libuše uvádí, že měla krizi poslední rok, kdy pracovala v AT poradně, jedním z důvodů byly neustálé změny v personálu *„...přicházeli noví lékaři a vše jsme je museli učit znova. Pak ta práce díky tomu stála a vše se pořád někam přesouvalo. Vlastně to, že jsem přišla na tohle pracoviště nemocnice, tak mi to dalo učitejnovej impulz.“* Radka také zvažovala v minulosti změnu zaměstnání, jelikož vnímá, že práce ZSP v nemocnici není považována za důležitou a čas na sociální práci s pacientem je velmi omezený. Tak jako porovnávala Bára své působení v nemocnici z pohledu dřívější profese zdravotní sestry a nyní z pohledu ZSP, podobné srovnání uvádí Klára, která porovnává sociální práci v nemocnici a sociální pobytové službě: *„Jo, tady se cítím celkem spokojená, dřív jsem dělala v domově důchodců, a tam mě ta práce tolik nebavila... tady je to zajímavější, i když proti tomu zase o dost psychický náročnější. Asi to bude tím, že je tady víc nemotivovaných pacientů (klientů) a rodin, než je třeba v tom domově důchodců, kde už jsou většinou všichni smířený, že tam budou.“* Blanka již podala výpověď a odchází.

8.3.Podpora ZSP

Předpokládá se, že hlavní podporou ZSP při řešení problémů je jeho přímý nařízený, což je v této profesi komplikované z toho důvodu, že vedoucí funkci vykonává většinou někdo ze zdravotníků, nikoliv odborník z oblasti sociální práce. Což se potvrzuje také během tohoto výzkumného šetření. Osm participantů je vedeno hlavní či vrchní sestrou daného pracoviště, pouze Lucie a Simona má k dispozici vedoucí ZSP, kterou je Libuše, ovšem Libuše sama spadá pod náměstkyni ošetrovatelské péče. Tento jev je vnímán negativně také ze strany participantů, kteří si stěžují, že vlastně nemají na pracovišti žádnou adekvátní podporu, pokud potřebují řešit nějakou problematickou situaci. Oporu ve svém přímém nadřízeném vidí pouze Hana, která se dále obrací na ředitele jejich pracoviště nebo kolegyni v blízké nemocnici a dále pak Libuše, která má navíc v zaměstnání k dispozici právníka. Většina participantů shledává podporu ve svých kolegyních (také ZSP) a čtyři popisují, že jim často pomáhá konzultace s pracovníky z jiných institucí (úřad práce, sociální odbor v daném městě apod.). Bára

reaguje na dotaz, zda se má na koho obrátit při řešení nějaké problému následovně: „*Nemám, ty situace řeším sama nebo s úřadem... abych šla třeba za vrchní, to ne, stejně by mi nepomohla. Ani moc nevolám ostatním kolegyním. Většinou se ta situace nějak vyřeší, i když to třeba trvá, ale vždycky si říkám, že mě to zase posune někam dál.*“ Jarmila se obrací také na kolegyni v druhé nemocnici a ohledně podpory ze strany své vedoucí je spíše skeptická: „...*nevím, jestli mě může pomoc, ona tý naší problematice moc nerozumí.*“ Podobně odpovídá také Klára: „*Na vrchní se neobracím, ta mi vše jen odkýve, ale když něco potřebuju tak jdu většinou za primářem, ten je fajn. Jinak co se týká těch odborných věcí, tak pak volám na ty konkrétní služby, úřady a tak.*“ Nejlépe je na tom evidentně Lucie a Simona, které se mohou obracet na svoji vedoucí ZSP Libuši. „*Určitě se tady máme na koho obrátit, problémy řešíme kolektivně.*“ (Simona) Pro tento účel mají prostor každé ráno na poradě u kávy, kde se všechny s vedoucí sejdou.

V náročných situacích může podpořit Hanu, Blanku a Kláru psycholog, kterého mají na pracovišti k dispozici, ale ostatní kromě Libuše, Lucie a Simony nemají zdaleka takové možnosti. Libuše, Lucie a Simona mohou využít konzultace s krizovým interventem. Tyto profese jsou na pracovištích k dispozici nejen pro zaměstnance, ale také pro pacienty. Nicméně ZSP potřebují také zpětnou vazbu, která je může motivovat v řešení náročných situací a podněcovat při zvládnání pracovního stresu. Ať už se jedná o zpětnou vazbu pozitivní či negativní... je důležité, aby pracovníci věděli, co se jim podařilo, kdo byl s jejich prací spokojený, ale také v čem mají určité limity, případně co by se mohlo zlepšit. Tři participanti uvádí, že nemají zpětnou vazbu vůbec žádnou. Důležitou roli hraje samozřejmě četnost, forma a poté od koho zpětná vazba přichází. Bára s Hanou mají zpětnou vazbu přímo od nadřízené hlavní sestry. I když Bára k tomuto zmiňuje: „*Jednou do roka máme hodnocení s hlavní sestrou, ale ona na nic víc jinak nemá čas. Je to jen takový popovídání, ne vyloženě hodnocení, co se mi povedlo a co nepovedlo.*“ Podobně se vyjadřuje také Hana: „*Zpětnou vazbu mám občas od tý hlavní sestry, jinak pak jednou ročně při hodnotícím pohovoru.*“ Lucie a Simona mají zpětnou vazbu od vedoucí ZSP Libuše a pacientů, od kterých ji zaznamenává také Radka a Klára. „*Ano, primář mě pochválí nebo personál z oddělení, to je ústní formou.*“ (Klára)

Nezbytně nutná je možnost regenerace v podobě dovolené, zejména pokud cítíme vyčerpání nebo potřebujeme vyřešit nějaké rodinné či krátkodobé zdravotní záležitosti.

Dovolenou stanovuje zákoník práce č.262/2006 Sb. v minimální délce 4 týdnů/rok. Všichni participanti mají možnost výběru dovolené bez omezení, pouze Libuše zmiňuje, že si ji občas musí jakožto vedoucí ZSP přesunout kvůli pracovním povinnostem. Nicméně téměř všichni participantů uvádí, že za problematické považují nepřítomnost zastupující ZSP během jejich dovolené. Možnost zastoupení má pouze Lucie a Simona, které nejsou na pracovišti sami, a zástup jim koordinuje jejich nadřízená Libuše. Blanka se k situaci vyjadřuje následovně: „...vzhledem k tomu, že mě přímo nikdo nezastupuje, pouze v akutních situacích by klienta řešila jedna z pracovníc z jiné přidružené nemocnice, tak si velmi pečlivě rozmyslíte, kdy si vezmete dovolenou a kdy nikoliv.“ Bára uvádí: „Prostor k čerpání mám, ale práce mi tady samozřejmě stojí, protože nemám žádný zástup. Občas jsem pak po návratu z dovolený dost zoufalá, všechno se pak nahromadí...“ Radka je na tom podobně, během dovolené přeměruje svůj pracovní telefon na kolegyni ve vedlejším pracovišti, která je pak k dispozici pouze jeden den v týdnu, jelikož pracuje na částečný úvazek.

Zaměstnavatelé podporují ZSP v oblasti psychohygieny, zejména finanční formou v podobě benefiční karty nebo příspěvků z fondů. Téměř polovina participantů má k dispozici přednabitou kartu (500 Kč/čtvrtletně/os.), kterou lze využít při platbě sportovních aktivit, kultury, cestování nebo ve vybraných obchodech (lékárna, zdravotní potřeby atd.). Jarmila může jet v rámci odborů za zvýhodněnou cenu do divadla, Hana dostává vždy na Vánoce poukázky do kina a na masáže. Blanka zmiňuje: „Myslím, že bohužel na tuto oblast se zde zapomělo....“ Libuše, Lucie a Simona mají ze strany zaměstnavatele v oblasti psychohygieny intenzivnější podporu, jelikož se u nich kromě příspěvků z fondu (9 000 Kč/rok/os.), zavádí také supervize. „No a teď nás čeká příští týden první supervize – já jsem ji tedy už jednou zažila a pak jsme se shodly s kolegyňami, že nám to nic moc nedalo a dokonce se nám pak zdálo, že byl kolektiv třeba ještě měsíc potom rozhašenej. Ale nevím, třeba to bylo i současným složením týmu... jinak supervizor se mi zdál pohodovej, sice takovejšouravej, ale to je na druhou stranu jeho práce. Někdy tam bohužel došlo i na vytahování věcí, který si myslím, že spíš patřily mezi čtyři oči. Jednalo se o skupinovou supervizi, což budeme mít i teď... bereme to tak, že to vyzkoušíme, ale nebereme to vyloženě jako potřebu.“ (Libuše) Výše zmíněné příspěvky z fondu může každý čerpat libovolně, např. jako příspěvek na stravování, penzijní připojištění, plavání, očkování, kulturu. Ostatní participanti by podobnou možnost také uvítali... „Supervizi tady nemáme, ale uvítala bych ji. Dřív

jsem mohla aspoň občas něco zkonzultovat s psychologkou, ale ta už tady taky není... no každopádně bych to uvítala. Těžký situace tady prostě nemám s kým probrat.“ (Jarmila) „Supervize bohužel nemáme, ale jinak co se týká těch supervizí na okolí nevím o nikom, že by měl něco takového v nemocnici. Ale mohlo by to být fajn... jinak my si děláme ještě takovou supervizi se sociálníma pracovníci z města, když se sejdeme v hospodě, tomu říkáme taková „supervize“ (smích).“ (Hana) Klára zmiňuje, že také nemá k dispozici supervize, pouze příspěvky z fondu (6 000 Kč/rok/os.), které může čerpat na různé volnočasové aktivity, nárazově pak její zaměstnavatel organizuje zájezd do divadla a pravidelně pořádá vánoční večírek.

8.4. Pracovní vytížení

Pracovní vytížení ZSP se odvíjí od toho, jakou část pracoviště mají na starosti, zda se jedná pouze o akutní lůžka, LDN či LNP, dále záleží na konkrétním počtu řešených pacientů a také délce praxe, během které si mohou osvojit dané požadavky a pracovní činnosti. Participantů mají velmi různorodé množství pacientů, uvedené údaje se pohybují v rozmezí od patnácti do sedmdesáti za měsíc. Nejméně jich má Libuše, což je pochopitelné, vzhledem k tomu, že vykonává ještě funkci vedoucí ZSP. Klára s Karolínou zmiňují, že nedokážou počet pacientů odhadnout (v tabulce označeno „?“), jelikož je to velmi individuální a nejvíce jich má zřejmě Blanka. Podobné údaje nalezneme v kapitole 6.1., ale pro přehlednost je uvádím ještě níže v tabulce.

Participant	Délka praxe	Oddělení	Počet pacientů
Tereza	3	akutní lůžka	60
Hana	5	LDN	60
Bára	1,5	akut. lůžka + LDN	50
Jarmila	2	LDN	55
Radka	10	akut. lůžka	30
Klára	3	LDN	?
Libuše	28	akut. lůžka	15
Lucie	5	akut. lůžka	30
Simona	24	akut. lůžka	35
Karolína	1	akut. lůžka + LNP	?
Blanka	1,5	LDN	60-70

Tabulka 3 Počty pacientů, které mají jednotlivé ZSP k řešení za měsíc

Hana, Jarmila, Klára a Blanka se shodují, že nároky na ně kladné jsou přehnané a nezvladatelné. „...podle mě se tohle všechno v normální pracovní době stihnout nedá. Prostě to nejde. Zůstávám tady skoro každý den třeba o dvě hodiny dýl... do pěti, do šesti běžně.“ (Hana) „...práce je tady tolik, že bych tu mohla přespávat, ale snažím si to už tolik nebrat, asi to bude i tím, že mi je víc roků a na spoustu věcí mám trochu jiný pohled. Ale zůstávám tady někdy dýl, když potřebuju něco dodělat.“ (Klára) Blanka reaguje na dotaz, zda se domnívá, že jsou na ni kladeny nepřiměřené pracovní nároky následovně: „Nedomnívám se, jsem o tom přesvědčena. Sociální práce není o úkonech a zákrocích, ale o podpoře, radě, pomoci. Každý klient je individuální a na každého potřebujete různě dlouhou dobu. Je potřeba dát klientovi čas a prostor. Ovšem pokud máte toto poskytovat jako jeden člověk 100 lidem, tak to není ve vašich možnostech. A bohužel přesčas jsou u mě celkem běžné.“ Bára, Libuše, Lucie a Karolína uvádí, že pracovní nároky zvládají. „...sice hodně toho je, ale já jsem člověk, který je schopný to nějak pořešit... občas je to na můj úkor, zůstanu přesčas, ale snažím se to zvládat. Mám toho hodně, ale i tak jsem spokojená... práce sestřičky pro mě byla o dost víc vyčerpávající, takže jsem asi vytrénovaná (smích). Ale je pravda, že kolegyně přede mnou se tady z toho dost hroutily.“ (Bára) ZSP si často práci nemůžou naplánovat ze dne na den, jelikož nikdy neví, koho budou muset urgentně řešit, např. pokud se jedná o neplánované propuštění pacienta, úmrtí apod. Toto individuální hledisko popisují další tři participanty: „Jak kdy, je to nárazový, někdy se stává, že se toho nakupí opravdu hodně. Přesčas zůstávám výjimečně, někdy...“ (Simona) „No to záleží na období, někdy je toho opravdu hodně a někdy to zase jde... práce je náročná spíš jako ve smyslu, že to řešení musí být rychlý, což nevyhovuje mně a někdy ani těm rodinám. Časová tíseň je pro mě opravdu náročná. Přesčas někdy taky zůstávám.“ (Radka) „Víte co, je to individuální, někdy mám třeba jen dva klienty, jindy zase šest... záleží jak je daná situace klienta složitá. Přesto nemůžu říct, že bych byla nějak přepracovaná.“ (Tereza)

S tímto souvisí také participanty zmiňovaná problematika přesčasových hodin – většina jich zmiňuje, že občas zůstává v práci déle, aby dokončila to, co nezvládla během osmihodinové pracovní doby. Hana, jak uvádí ve výpovědi výše, zůstává déle v zaměstnání každý den, Libuše a Blanka taktéž často.

Více než polovina participantů, celkem sedm z jedenácti uvádí, že nezvládají své pracovní povinnosti a někteří z nich si dokonce nosí práci k dokončení domů. Takto to chodí u Báry, Jarmily, Libuše, Karolíny a Blanky. Všichni participanti, kromě Libuše, Simony a Lucie vyřizují pracovní hovory na mobilním telefonu i po pracovní době. Nakonec z výpovědí vyplývá, že oni tři se s tímto nepotýkají spíše z toho důvodu, že nemají k dispozici služební telefon, ale pouze pevnou linku v kanceláři. „...*telefony neberu, naštěstí máme jen tady pevné linky.*“ (Simona) Tereza uvádí: „*Ano, telefony občas беру, když není příliš pozdě nebo víkend. O dovolené si ho vypínám, ale jsem alespoň na mailu.*“ Ač ZSP pracují pouze v jednosměnném provozu a ve všední dny, Bára popisuje dokonce plnění pracovních povinností během víkendu: „*Ano, některý věci dodělávám doma a telefony беру všechny... jednou se mi dokonce stalo, že jsem musela o víkendu řešit sociální pohřeb, nedalo se to odložit.*“ Blanka se vyjadřuje k tomuto tématu následovně: „...*ne jednou jsem doma psala zápisy ze sociálních šetření, abych už je mohla v práci jen překopírovat do systému. Telefony беру i po pracovní době, pokud zrovna nezvoní o půlnoci. Ale i telefonáty v 8 večer, o víkendu nebo v době krátkodobé dovolené nejsou výjimkou.*“

V práci jsou popsány pouze druhy oddělení, která mají jednotlivé ZSP na starosti, ale už nebyly zjišťovány přesné počty lůžek na konkrétních odděleních, pokud tuto informaci nevedli samotní informanti. Nicméně i z těchto údajů lze znovu potvrdit, že počty ZSP jsou ve většině nemocnic nedostatečné. Bližší údaje k doporučeným počtům ZSP na konkrétní počet lůžek obsahuje vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Ovšem i přesto, že ji ČAS – sekce zdravotně sociální průběžně v minulosti připomínkovala a upozorňovala na nedostatky, které nerespektují nynější potřeby zdravotně sociální problematiky je znění této vyhlášky velmi neuspokojivé. Uvedenou vyhláškou je ustanovena přítomnost nebo dostupnost ZSP pouze v dětských domovech pro děti do 3 let věku, v léčebnách návykových nemocí, na oddělení geriatric, psychiatrie, následné intenzivní péče a dlouhodobé lůžkové péče. (Vyhláška č. 99/2012 Sb.)

9. Výsledky k dílčí výzkumné otázce

V této kapitole diplomové práce jsou uvedeny výsledky k dílčí výzkumné otázce, které byly zjišťovány dotazníkovou metodou, prostřednictvím „Inventáře projevů syndromu vyhoření“ (Tošnerovi, Hestia Praha) a také pozorováním.

V níže uvedené tabulce můžeme vidět seřazené participanty dle bodů, které získali vyplněním dotazníku, ovšem autoři nestanovují žádnou hranici či bodové rozdělení, dle kterého by bylo možné relevantní vyhodnocení rizika. Proto jsou zde zohledňovány pouze nejvyšší a nejnižší hodnoty, dle kterých můžeme uvažovat, že je nejvíce náchylná ke stresu a syndromu vyhoření Blanka, naopak nejméně Lucie. V kolonce „převažující rovina“ je pak uvedena složka osobnosti, ve které participant získal nejvíce bodů a tím pádem dochází v této uvedené rovině ²⁴ k největší kumulaci stresových faktorů. Důležité je zmínit, že se jedná pouze o orientační zjištění a výsledky nám mohou napovědět, které složce osobnosti by se měli participanti nejvíce věnovat, aby byla eliminována rizika vedoucí k syndromu vyhoření.

Participant	Počet získaných bodů	Převažující rovina
Blanka	63	tělesná
Jarmila	46	rozumová
Tereza	27	emocionální
Radka	25	emocionální
Simona	20	rozumová, tělesná
Hana	18	tělesná
Bára	15	rozumová, emocionální
Klára	11	rozumová
Libuše	10	rozumová, tělesná, sociální
Karolína	9	emocionální
Lucie	2	rozumová, sociální

Tabulka 4 Výsledky z dotazníku „Inventář projevů syndromu vyhoření“

Žádný z participantů uvedený dotazník nezná, ani podobný nevyužívá.

²⁴ Konkrétní projevy jsou níže popsány zvlášť u každého participanta

U **Blanky**, respondentky s nejvyšším počtem bodů je lehce zpozorovatelná vyčerpanost – bledost, otok v okolí očí, jakmile se zmiňuje o podané výpovědi, jakoby se jí částečně ulevilo. V kanceláři je sama a přes veškeré pracovní vytížení v ní má relativně vše srovnané, uklizené. Zaujalo mě množství květin na okně a mezi tím narovnané vonné svíčky. Potíže Blanky v tělesné rovině – VŽDY: je napjatá, přijde si fyzicky vyždímaná, trápí ji poruchy spánku. ČASTO: náchylná k nemocem, trpí bolestmi hlavy, ZŘÍDKA: má problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.

Podobnou vyčerpanost pozoruji taktéž u Jarmily, která je v bodovém řazení ihned pod Blankou. **Jarmila** působí velmi vyčerpaným dojmem, je bledá a má celkově unavený výraz ve tváři. Kancelář nemá příliš upravenou, i když se jedná o pracovní prostor pouze pro ni, na první dojem převládá chaos, viditelný nedostatek času věci utřídit, všude jsou odložené nějaké papíry, na okně mě zaujaly dvě uschlé květiny a rozbalené sušenky. Potíže Jarmily v rozumové rovině – ČASTO: se obtížně soustřeďuje, pochybuje o svých profesionálních schopnostech, její odborný růst a zájem o obor zaostává, přemýšlí o odchodu z oboru. NĚKDY: ji hrozí ztráta přehledu o dění v oboru.

Tereza má o více než polovinu bodů méně než Jarmila, je klidná, komunikuje rozvážně, vzhledem upravená, nepozoruji žádné známky vyčerpanosti. Je vidět, že si najde čas k péči o sebe samotnou. Prostředí má upravené, není zde viditelný chaos, kancelář má pracovnice k dispozici pouze pro sebe. Potíže Terezy v emocionální rovině – NĚKDY: trpí nedostatkem uznání a ocenění, cítí se sklíčená. ZŘÍDKA: se cítí ustrašená, nedokáže se radovat ze své práce, v konfliktních situacích se cítí bezmocná, vnitřně neklidná a nervózní.

U **Radky** také nepozoruji na první pohled známky únavy nebo vyčerpanosti, i když únavu popisuje jako svůj hlavní problém v souvislosti s výkonem povolání. Má prostornou světlou kancelář, ve které jsou věci srovnané, uklizené, není zde viditelný chaos. Potíže Radky v emocionální rovině – NĚKDY: se nedokáže radovat ze své práce a je sklíčená, vnitřně neklidná, nervózní, trpí nedostatkem uznání a ocenění. ZŘÍDKA: se v konfliktních situacích cítí bezmocná a ustrašená.

Na **Simoně** nevidím žádné znaky vyčerpanosti, kancelář sdílí s další kolegyní, prostředí má jednoduše vybavené. Potíže Simony v rozumové a tělesné rovině – NĚKDY: se obtížně soustřeďuje, trpí bolestmi hlavy. ZŘÍDKA: si připadá fyzicky

vyždímaná, pochybuje o svých profesionálních schopnostech, je náchylná k nemocem, má problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod., její odborný růst a zájem o obor zaostává, je napjatá, přemýšlí o odchodu z oboru, hrozí ztráta přehledu o dění v oboru.

Hana s Bárou jsou energické a pozorné, je vidět, že si najdou čas k pravidelnému odreagování. Kancelář má každá pro sebe a vše v ní vzorně uklizené. Potíže Hany v tělesné rovině – VŽDY: ji trápí poruchy spánku. NĚKDY: si připadá fyzicky vyždímaná a napjatá. ZŘÍDKA: je náchylná k nemocem. Potíže Báry v rozumové a emocionální rovině – ČASTO: pochybuje o svých profesionálních schopnostech. ZŘÍDKA: se obtížně soustřeďuje, nedokáže se radovat ze své práce, v konfliktních situacích se cítí bezmocná, její odborný růst a zájem o obor zaostává, je vnitřně neklidná a nervózní, trpí nedostatkem uznání a ocenění, cítí se ustrašená.

Přestože **Klára** nemá v součtu příliš mnoho bodů, tak vypadá vyčerpaně a domnívám se, že únavu na sobě nedává spíše tolik znát. Kancelář má prostornou, upravenou, pouze pro sebe, zaujalo mě, že má vyčleněný stůl pouze pro návštěvy, kde jsou k dispozici kromě kapesníků také trhací papírky na poznámky. Potíže Kláry v rozumové oblasti – ZŘÍDKA: se obtížně soustřeďuje, pochybuje o svých profesionálních schopnostech, vyjadřuje se posměšně o klientech a jejich příbuzných, hrozí ji ztráta přehledu o dění v oboru.

Libuše je klidná, spoustu věcí při rozhovoru podrobně vysvětluje a uvádí praktické příklady. Evidentně má spoustu zkušeností a smysl pro organizaci nejen své práce, ale i práce ostatních. V kanceláři je sama, má ji útulně zařízenou, aby se tam cítila „jako doma“ (všude je hodněkvětin, upomínkových předmětů atd.) – což i sama během rozhovoru zmiňuje. Působí na mě jako pečlivý člověk, vše má důkladně srovnané, formuláře roztříděné dle souvislostí atd. Libuše v dotazníku uvádí, že má někdy v rozumové rovině potíže se soustředěním, pochybuje o svých profesionálních schopnostech, vyjadřuje se posměšně o klientech a jeho příbuzných. Potíže Libuše v rozumové, tělesné a sociální rovině – ZŘÍDKA: se obtížně soustřeďuje, připadá si fyzicky vyždímaná, nemá chuť pomáhat problémovým klientům, pochybuje o svých profesionálních schopnostech, je náchylná k nemocem, vyjadřuje se posměšně o klientech a jejich příbuzných, omezuje svou práci na mechanické provádění, trpí bolestmi hlavy, vyhýbá se rozhovorům s klienty.

Předposledním respondentem s nejmenším počtem bodů je **Karolína**, na které nepozorují žádné známky únavy, v kanceláři není sama, má ji částečně sdílenou s dalšími dvěma pracovnicemi (které nepracují jako ZSP) a jak je vidět často s nimi sdílí různé problémy, chodí společně na obědy apod. V kanceláři jinak převládá spíše chaos a nepořádek, všude po stole je spousta malých papírku s poznámkami. Potíže Karolíny v emocionální rovině – NĚKDY: trpí nedostatkem uznání a ocenění. ZŘÍDKA: se nedokáže radovat ze své práce, je vnitřně neklidná a nervózní.

U **Lucie** nepozorují žádné známky vyčerpanosti. Prostředí celkově upravené, kancelář pracovnice sdílí s dalšími dvěma kolegyněmi. Potíže Lucie v rozumové a sociální rovině – ZŘÍDKA: se obtížně soustřeďuje a omezuje svou práci na mechanické provádění.

10. Diskuze

Není nutné opakovat z teoretické části co vše, znamená slovo psychohygienu a jakých podob může nabývat. Záměrně na začátku výzkumného šetření nebylo přesně definováno, co konkrétně bude od respondentů na téma psychohygieny zjišťováno. Domnívám, že pokud by bylo přesně stanoveno, ať se respondenti vyjádří pouze k vybraným prostředkům psychohygieny (např. spánek, výživa či supervize) bylo by to nyní zbytečně omezující. Pro začátek výzkumného šetření na téma psychohygieny v tomto regionu považuji za důležité právě komplexní zmapování potřeb ZSP v nemocnicích a zjištění, co vlastně sami dělají pro udržení své psychické pohody a jak je v tomto podporují zaměstnavatelé, ať už se jedná o možnosti finančních příspěvků na sportovní aktivity nebo podporu v dalším vzdělávání. Zároveň považuji za přínosné, rozebrání i souvisejících oblastí, jelikož pokud má být pracovník v psychické pohodě je nezbytně nutné, aby nedocházelo k jeho přetížení a měl v případě problémů adekvátní podporu ze strany svého zaměstnavatele. Výše uvedenou redukci bych zvažovala spíše pro navazující výzkumné šetření na téma psychohygieny v tomto regionu.

Elichová (2017, s. 116) uvádí, že nejčastějším prostředkem psychohygieny a prevencí před syndromem vyhoření je v sociálních službách supervize, ovšem ve zdravotnictví tomu takto zdaleka není. Důkazem toho jsou právě zjištěné výsledky od participantů výzkumného šetření – supervizi dosud neměl nikdo z nich a pouze tři informanti konstatovali, že se u nich nyní zavádí. Dále se výsledky shodují s výzkumem, který provedla Kapuciánová (2017, s. 39) ve kterém se zmiňuje taktéž o absenci supervize mezi ZSP v nemocnicích na Královéhradecku.

K rozdílným výsledkům jsem dospěla v rovinách osobnosti, kde se nejvíce projevuje stres. Piskořová (2017, s. 93), která prováděla výzkum se sociálními pracovníky na oddělení sociálně-právní ochrany dětí a zjistila, že se stres projevuje nejvíce v rovině emocionální a fyziologické, zatímco zde jsem dospěla ke zjištění, že mají participanté tohoto výzkumného šetření nejvíce projevů stresu v oblasti rozumové. Lze tedy konstatovat, že projevy stresu mohou být nejen individuální záležitostí, ale zároveň se lišit vzhledem k rozdílnému profesnímu zaměření (sociální práce v sociálních službách a sociální práce ve zdravotnictví).

Znovu bych ráda zdůraznila, že pro ZSP jako pracovníky v pomáhající profesi je nezbytně důležité pracovní pochopení, ocenění a opora ze strany vedoucího i

zaměstnavatele. Zjistila jsem, že mezi rizikové faktory, vedoucí k syndromu vyhoření u ZSP v nemocnicích na Královéhradecku patří právě nedostatečné naplnění výše uvedených potřeb, které označuje také Mlčák (2004, s. 21) za významné stresory vedoucí k syndromu vyhoření.

Zpozorovala jsem, že některé ZSP během realizace výzkumu oceňují téma a zájem o diskuzi týkající se problematiky psychohygieny, některé z nich dokonce uvádějí, že se chtějí dozvědět závěry z této práce a navrhovaná doporučení pro praxi. Participantům byla tedy nabídnuta možnost dodatečného kontaktu a nahlédnutí do této zpracované práce, což je vhodné také z etického hlediska, „... *neboť bez nich by práce byla nevznikla*“. (Bugel, Šlechtová, 2012, s. 189) Jako další postřeh bych uvedla, že některé pracovnice vnímaly rozhovor jako určitý „ventil“, bylo zřejmé, že se potřebují vypovídat ze své obtížné situace - zejména u ZSP, které vykazovaly vysoké hodnoty v riziku ohrožení syndromem vyhoření. Souhlasím tedy s výrokiem Hendla (2016, s. 158): „... *rozhovor se často podobá terapeutickému rozhovoru, v němž dochází k léčebnému účinku již tím, že se účastník svěřuje a výzkumník pozorně naslouchá.*“ Během provádění výzkumného šetření jsem zpozorovala rozdílné reakce (zejména ve smyslu otevřenosti a sdílnosti předat podrobnější informace na téma psychohygieny), pokud jsem dotazované ZSP sdělila, že vykonávám také profesi ZSP v nemocnici. Z tohoto hlediska může skutečně získané údaje ovlivnit situovanost výzkumníka – tzv. pozice badatele v terénu, tak jak se na toto téma vyjadřuje Hendl, Remr (2017, s. 83): „*Situovanost ovlivňuje badatele jako nástroj získání dat, ale zároveň mu umožňuje vidět dění očima zkoumaných, když participuje na událostech.*“

Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření u ZSP v nemocnicích na Královéhradecku, které byly zjištěny pro dílčí výzkumnou otázku, nejsou samozřejmě jedinými. Lze k tomuto tématu zahrnout také výsledky, které byly získány pro hlavní výzkumnou otázku pomocí rozhovorů, např.: nadměrné vytížení a nezvladatelné nároky na ZSP ze strany zaměstnavatele, nízká podpora v oblasti psychohygieny, práce v přesčasových hodinách nebo doma, vyřizování telefonů po pracovní době, nedostatek zpětné vazby, nespokojenost ZSP v zaměstnání, nízká podpora v dalším vzdělávání,

nepřítomnost člověka, který by mohl ZSP adekvátně pomoci v problematických situacích.

Předpokládala jsem, že veškeré negativní výsledky budou zejména u participantů s nejdelsí délkou praxe na daném pracovišti, jelikož ve společnosti přetrvává názor, že po mnoha letech práce v pomáhajících profesích musí být člověk vyhořelý a duševně „na dně“. Ovšem ukázalo se, že tomu tak není. Velmi záleží nejen na samotné osobnosti ZSP, jestli pravidelně pečuje o své duševní zdraví, ale také na pracovních podmínkách a možnostech ze strany zaměstnavatele na daném pracovišti. Zda dostatečně pečuje o své zaměstnance v oblasti psychohygieny a v případě problematických situací najdou ZSP adekvátní podporu (např. ve svém kolektivu nebo u psychologa/krizového intervenanta). Důkazem tohoto jsou např. participanty výzkumu Blanka a Jarmila, které nepůsobily na daném pracovišti déle než dva roky a přesto jsou jejich výpovědi velmi znepokojující. Při dokončování této práce bylo zjištěno, že Blanka skutečně ze zaměstnání odešla a Jarmila později taktéž – ani jedna už nepracuje jako ZSP, odešly do sociálních služeb.

Bylo zjištěno, že výsledky u většiny participantů jsou v různých metodách výzkumného šetření téměř shodné. Podobné informace, které zmínili informanti během rozhovorů, se vyskytovaly taktéž ve vyplněném dotazníku nebo byly zpozorovány. Kombinace různých výzkumných metod (triangulace) zde byla vhodná, jelikož některé informace vzhledem k povahovým vlastnostem participantů během rozhovorů příliš nezmiňovali, ale poté je spíše uvedly do dotazníku.

11. Celkové shrnutí výsledků

Realizací výzkumného šetření byla hledána odpověď na hlavní výzkumnou otázku, která zněla: **Jakých prostředků psychohygieny nejčastěji využívají zdravotně-sociální pracovníci na Královéhradecku a jakou mají podporu v této oblasti ze strany zaměstnavatelů?** Odpovědi nalezneme ve shrnutí výsledků ke čtyřem specifickým výzkumným otázkám:

SVO 1: Jaké mají zkušenosti ZSP v nemocnicích na Královéhradecku s praktikováním psychohygieny?

Oslovení participantů mají osobní zkušenost s psychohygienou, ale je evidentní, že v každém tento pojem evokuje něco jiného. Všichni svým způsobem praktikují něco, co pomáhá k udržení jejich duševní rovnováhy a odolávání pracovnímu stresu. ZSP za tímto účelem v různé míře praktikují: sportovní aktivity (vycházky, cyklistika, plavání, posilovna, box a cvičení pilates), poslech hudby, pobyt v přírodě nebo s rodinou, cestování, návštěvu masáží, sauny nebo wellness, péči o sebe samotné, práci na zahradě, návštěvu divadla a kina, posezení u kávy s přáteli nebo blízkými, kterým se můžou svěřit, návštěvu kartářky nebo numerologa. Většina participantů se věnuje těmto aktivitám ve svém volném čase, pouze ve dvou případech se jedná o výjimku, kdy provozují ZSP něco pro uvolnění od stresu i během zaměstnání – žonglování a pročítání si pravidel syndromu vyhoření. Z pohledu vedoucího pracovníka je důležité také upravené pracovní prostředí, pravidelné ranní porady a intervize.

V rámci kolektivu se setkává po pracovní době za účelem nějakých volnočasových aktivit necelá polovina oslovených participantů a je evidentní, že nejlépe jsou na tom v této oblasti ZSP, kteří nejsou na pracovišti sami a mají vedoucí, která vykonává zároveň stejnou profesi. Vztahy na pracovišti má většina z nich dobré, ale veškerý kontakt s ostatním personálem oddělení je limitován také umístěním kanceláře ZSP, které je často nevyhovující.

Pouze dvě ZSP, kteří mají, vedoucí pracovníci z oboru jsou spokojeni s podporou psychohygieny ze strany svého zaměstnavatele, což je velmi nízké číslo. Ostatní by na pracovišti uvítali některé z následujících možností: supervize, personální posílení ZSP, vedoucí, která rozumí dané problematice (ideálně také ZSP), pravidelné porady a

intervize, možnost konzultace s odborníky, nezatěžování úkoly, které nespádají do náplně práce ZSP, psychologa, příspěvky na relaxační a sportovní aktivity, relaxační místnost na pracovišti, ping pong. Z pohledu vedoucího pracovníka by bylo vhodné více financí na péči o zaměstnance.

K oblasti vzdělávání se vyjadřují sice v kapitole 8.1., ale můžeme shrnout, že tato oblast není u nás příliš dobře propracovaná, samotní participanti zmínili nedostatečnou nabídku vzdělávacích akcí přímo pro ZSP, většina jich je zaměřená pouze pro sociální pracovníky v sociálních službách a tři informanti dokonce uvádí, že se neúčastní v rámci svého zaměstnání žádných vzdělávacích akcí. Většina ZSP si akce vybírá sama a nemusí si je předem plánovat. Podpora v této oblasti je ze strany zaměstnavatelů nejednotná - čtyři informanti mají na vzdělávání neomezený počet dnů i financí, ostatní mají k dispozici pouze 2 dny a částku 1 000 - 2 000 Kč/rok. Je nežádoucí, aby si ZSP museli na vzdělávání vybírat dny dovolené nebo si vše hradit.

SVO 2: Jaké nevýhody či potíže pociťují ZSP v nemocnicích na Královéhradecku v souvislosti s výkonem své profese, případně pracovní zátěží?

ZSP se setkávají se situacemi, kdy mají vykonávat činnosti, které nespádají do jejich náplně práce a následně je uvádějí do náročných stresových situací. V různé míře se jedná o tyto činnosti: nákupy pro pacienty, činnosti, které by měla vykonávat pokladní nebo účetní (vyúčtování služeb kadeřnice, pedikúry, úschova cenností pacientů, včetně financí), údaje k statistice, které nesouvisí s výkonem sociální práce, dále pak aktivizační činnosti a doprovody pacientů.

Zneklidňující je také fakt, že sedm participantů popisuje různé problémy a psychosomatické zdravotní potíže související s výkonem profese, jako je např.: nespavost, pocity velkého vyčerpání, vysátí energie, dlouhotrvající únava, nadváha, psychické deptání, bolesti hlavy a záněty močových cest.

Někteří participanti zároveň zpozorovali, že v důsledku stresu neadekvátně reagují na pacienty nebo kolegy v zaměstnání, část pak také doma na svou rodinu.

Během výzkumného šetření bylo zjištěno, že čtyři participanti aktuálně uvažují o změně zaměstnání z důvodu náročnosti povolání a jedna ZPS má už dokonce podanou výpověď, což je velmi alarmující zjištění. Další dvě o tomto kroku uvažovali

v minulosti z důvodu častých personálních změn na oddělení, anebo kvůli tomu, že ZSP v nemocnici není považována za důležitou a čas na sociální práci s pacientem je velmi omezený.

SVO 3: Jaké zdroje podpory vnímají ZSP v nemocnicích na Královéhradecku při řešení náročných situací?

S podporou ze strany přímého nadřízeného se často ZSP neseťkávají, jelikož osm participantů je vedeno hlavní nebo vrchní sestrou, která problematice sociální práce vůbec nerozumí. Participantů vnímají spíše o oporu v kolegyních z jiného pracoviště nebo zaměstnancích z ostatních souvisejících institucí (např. úřad práce, odbor sociálních věcí). Podporu při řešení náročných situací mají pouze dva participantů, kteří mají k dispozici vedoucí ZSP a zároveň mají i na pracovišti kolektiv těchto pracovníků.

Z důvodu náročnosti profese je vhodné, pokud se můžou participantů v zaměstnání obrátit také na psychologa nebo krizového intervenanta. Tuto možnost má však pouze šest participantů, ostatní nikoliv. Dalším zdrojem podpory je pro ZSP také zpětná vazba k vykonané práci, se kterou se však tři informanti dle zjištěných výsledků neseťkávají vůbec. Ostatní ji mají k dispozici v různé míře a četnosti od primáře oddělení, přímého nařízeného nebo pak také od samotných pacientů.

Určitým zdrojem podpory v náročných situacích je také možnost výběru dovolené kdykoliv ZSP potřebují, což je všem bez problémů umožněno. Určitá omezení shledala pouze občas pracovnice, která je ve vedoucí pozici ZSP. Ovšem všichni participantů uvádí, že za problematické považují nepřítomnost zastupující ZSP během jejich dovolené. Možnost plnohodnotného zástupu mají pouze dva participantů.

Podporu ve využívání prostředků psychohygieny ze strany zaměstnavatele mají ZSP v různé výši zejména ve finanční podobě. Téměř polovina participantů má k dispozici benefiční kartu a čtyři participantů pak příspěvky z fondů, čehož si můžou uhradit různé sportovní, kulturní a relaxační aktivity. Ostatní uvádějí ještě následující možnosti: zvýhodněné lístky do divadla, poukázky do kina nebo na masáže. Tři respondentů budou mít nyní k dispozici supervize, ostatní, ač by to uvítali, zatím takovou možnost nemají.

SVO 4: Jak hodnotí ZSP v nemocnicích na Královéhradecku své pracovní vytížení?

Čtyři participantů se ve svých výpovědích jednoznačně shodují na tom, že jsou kladené nároky na ně nezvladatelné a přehnané. Další čtyři pak uvádějí, že toho mají sice také někdy hodně, ale v celku práci zvládají. Někteří participantů pak upozorňují, že je práce ZSP velmi individuální a s tím také související vytížení, zkrátka nikdy neví, co je bude následující den čekat. Popisují také časovou tíseň, která je často řešena zejména u ZSP, které mají na starosti akutní lůžková oddělení. Většina participantů zmiňuje, že občas zůstává v práci déle, aby dokončila to, co nezvládla během pracovní doby, u třech dochází v tomto směru k pravidelnosti.

Vzhledem k pracovnímu vytížení považuji za zneklidňující informaci, že více než polovina participantů přiznala nezvládání svých pracovní povinností a pět z nich si dokonce nosí práci k dokončení domů. Osm participantů navíc vyřizuje pracovní hovory po pracovní době nebo také během dovolené.

Jelikož s psychohygienou velmi úzce souvisí také problematika pracovního stresu a syndromu vyhoření, níže odpovídám na dílčí výzkumnou otázku, která zněla:

Jaké jsou rizikové faktory u ZSP v nemocnicích na Královéhradecku vedoucí k syndromu vyhoření?

Na základě realizovaného výzkumného šetření mezi rizikové faktory zahrnuji:

- Celkový počet bodů získaných vyplněním „Inventáře projevů syndromu vyhoření“ (participant, který se nejvíce přibližuje maximální bodové hranici, tj. 96 bodů). V tomto riziku se nachází jeden participant.
- Oblasti, ve kterých dosáhli participantů nejvyššího bodového hodnocení – jedná se o jednotlivé roviny osobnosti, ve kterých dochází ke kumulaci stresových faktorů a následně projevům různých potíží. Nejvíce participantů má zatíženou rovinu rozumovou, dále pak ve stejném počtu emocionální a tělesnou, nejméně pak rovinu sociální. V tomto riziku se nachází šest participantů.

- Konkrétní projevy syndromu vyhoření, které participanti označili v dotazníku nejvyšší četností výskytu, tzn. VŽDY: pocity fyzického vyždímání, napětí, nedostatku uznání či ocenění, poruchy spánku. V tomto riziku se nachází jeden participant.

Dále bylo zjištěno, že participanti, kteří se nachází ve výše uvedených rizicích (dle dotazníku), vypadali na první pohled velmi vyčerpaně, unaveně, často v jejich kanceláři převládal chaos a nepořádek, z důvodu nedostatku času a evidentního nadměrného pracovního vytížení.

Na základě zjištěných výsledků k hlavní i dílčí výzkumné otázce navrhuji níže uvedená doporučení pro praxi ZSP, ze strany jich samotných i zaměstnavatelů v prevenci syndromu vyhoření a nastavení potřebných opatření v oblasti psychohygieny.

11.1. Doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi mají univerzální charakter, ale z hlediska různorodosti každé pracovní pozice, individuálního přístupu ze strany zaměstnavatelů i samotných ZSP bych ráda zdůraznila, že jsou významná zejména pro vybraný region, kde bylo výzkumné šetření realizováno, tj. na Královéhradecku. Ve své praxi se často setkávám s tím, že zaměstnavatel zavede z důvodu aktuální výhodné finanční nabídky např. supervize nebo pravidelné vzdělávací kurzy na pracovišti, aniž by předem zjišťoval konkrétní potřeby zaměstnanců či průběžně vyhodnocoval, zda má daný prostředek psychohygieny pro pracovníky nějaký přínos. Vzhledem k počtu respondentů ovšem nelze vztáhnout zjištěné výsledky na celou populaci ZSP na Královéhradecku, přesto můžou být veškeré údaje podnětné a inspirující pro další pracovníky v této profesi či jejich zaměstnavatele.

Samotným ZSP doporučuji:

- Udělat si nějaký systém hodnot a etický rámec v rozhodování, naučit se říkat „NE“, najít si čas pro sebe a hlavně na odpočinek.
- Snažit se o pochopení našich minulých zážitků, abychom věděli, jak nás můžou v současné době ovlivňovat.
- Znat typologii své osobnosti i druhých, smířit se s tím, že druhé nelze změnit.
- Stanovit si své hranice, vést sám se sebou dialog, mít sám k sobě vztah (Priess, 2015, s. 87)
- Zapisovat si pocity - můžeme si tak uvědomit, že únava a znechucenost je pouze dočasný stav, po čemž následuje nový start... můžeme si takto uvědomit určitou periodizaci související s (věkem, roční dobou, událostmi), přivede nás to celkově k sebezamyšlení (Šiklová, 2001, s. 16)
- Inspirovat se směsí doporučení Jak se bránit stresu a syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998, s. 117 – 126)
- Při nespokojenosti v práci můžeme kombinovat 3 možnosti: snažit se změnit neuspokojivou situaci, smířit se s daným stavem věci, odejít z práce (Pešek, Práško, 2016, s. 153 - 156)
- Inspirovat se radami k prevenci stresu (Paulík, 2017, s. 305 – 309)

Zaměstnavatelům doporučuji:

- Uplatňovat vhodný výběr pracovníků, řízení jejich pracovního výkonu a plánování jejich osobního rozvoje (Mlčák, 2005, s. 137)
- Zavedení programu psychologie zdraví pro ZSP
- Kurzy meditace na pracovišti
- Jakmile zpozorujete, že se s pracovníkem něco děje, neváhejte si s ním promluvit; umožněte, aby se uzdravil (respektování nemocenské, přestávky); podporovat opětovné začlenění do pracovního procesu (před návratem do práce si promluvit o problematických bodech); neubírat po návratu práci, nechovat se

jako opatrovník; vést otevřený dialog a respektovat osobnost člověka (Priess, 2015, s. 155 – 166)

- Orientační programy, prevence vyhoření, individuální poradenství, podpůrné skupiny v kolegiu, schůze personálu, další vzdělávání pracovníků, zkoumání jednotlivých stránek vlastní role (Maroon, 2012, s. 100 – 108)
- Zavedení pravidelné „peer supervize“ neboli intervize
- Výběr ZSP s vhodným osobnostním profilem
- Zavedení supervize na pracovišti (Hawkins, 2004, s. 179 – 190) – informace k jednotlivým krokům
- Mít zpracovaný standard péče o ZSP
- Vzdělávací akce pro ZSP přímo na pracovišti (zahrnout tematiku psychohygieny)

11.2. Limity výzkumu

Vzhledem k povaze výzkumu si jsem vědoma, že výsledky mohou představovat sbírku subjektivních dojmů, které můžeme jen těžko zobecňovat, tak jako na tento fakt upozorňuje Hendl (2016, s. 48), ale na druhou stranu můžeme ocenit jejich originální či inspirativní charakter.

Jak jsem již zmínila, v Královéhradeckém kraji se nachází celkem 10 nemocnic, které mají dohromady 17 pracovišť, v nichž pracovalo v době výzkumného šetření 27 ZSP. Výzkumný soubor však tvoří necelou polovinu populace ZSP v daném regionu.

Jako další z limitů bych uvedla, že nebylo možné přesné rozdělení participantů výzkumu dle jejich přesného profesního zaměření – např. dle oddělení či výkonu vedoucí ZSP. Jelikož v praxi to bohužel vypadá tak, že jedna pracovnice vykonává kumulovanou funkci na několika odděleních najednou a zároveň má k tomu na starosti také LDN či LNP, kde nemají ZSP úplně totožný obsah práce, a tím pádem můžeme uvažovat také nad rozdílnými nároky v oblasti psychohygieny.

Vzhledem k tomu, že jsem také v době výzkumného šetření vykonávala profesi ZSP v jedné z nemocnic na Královéhradecku snažila jsem se během sepisování výsledků o průběžnou sebereflexi, aby nedocházelo k ohrožení validity výzkumného

šetření tzv. reaktivitou, tak jak tento jev popisuje Miovský (2006, s. 273): „...vliv badatele na studované prostředí, tedy ovlivnění dat prostřednictvím interakce s výzkumným prostředím a osobami.“

Připouštím, že výsledky mohou být ovlivněny také aktuální životní situací participanta, ve které se během výzkumného šetření nacházel.

11.3. Náměty na další zkoumání

Pro hlubší zpracování tohoto tématu bych navrhovala provést výzkumné šetření i s pracovníci, které jsou zaměstnány např. na poloviční úvazky a s nižší délkou praxe než 1 rok, což však nedovolují kapacitní možnosti diplomové práce. Dále zaměřit se pouze na vybrané prostředky psychohygieny a zahrnout do výzkumného šetření také všechny nadřízené pracovníky respondentů. Při záměru rozpracovat toto téma by bylo zajímavé provést podobné výzkumné šetření také v ostatních krajích ČR a zjištěné výsledky vzájemně porovnat. Případně zahrnout do výzkumu nejen nemocnice, ale i další zdravotnická zařízení, kde pracují ZSP (rehabilitační ústavy, zařízení pro děti do tří let, hospice apod.).

12. Závěr

Diplomová práce byla věnována Psychohygieně zdravotně-sociálních pracovníků v nemocnicích na Královéhradecku. Na základě dostupných teoretických zdrojů byly sepsány nejdůležitější poznatky vztahující se k tomuto tématu a stanoven cíl práce. Odpovědi na hlavní a dílčí výzkumnou otázku byly zjišťovány kvalitativními výzkumnými metodami. Cílem práce bylo zmapování potřeb ZSP v nemocnicích na Královéhradecku v oblasti psychohygieny. Ať už se jednalo o potřeby konkrétní nebo více komplexní v podobě zlepšení profesních podmínek pro umožnění optimálního fungování duševní činnosti ZSP.

Získané informace lze závěrem shrnout do několika bodů – ZSP v nemocnicích na Královéhradecku potřebují:

- Aby nebyli přetěžováni, došlo k personálnímu posílení na většině z pracovišť a měli možnost zástupu během dovolené
- Nadřízeného, který rozumí dané problematice, aby se měli na koho obrátit při řešení náročných situací (přítomnost psychologa/krizového intervenanta na pracovišti)
- Větší míru podpory v oblasti psychohygieny nejen na úrovni individuální, ale také organizační (sjednocení příspěvků na sportovní, relaxační aktivity a podpory dalšího vzdělávání, supervize, intervize atd.)
- Nezatěžování činnostmi, které nespádají do náplně práce
- Prostor na regeneraci, odpočinek, případně změnu pracovních podmínek v případě zpozorování psychosomatických zdravotních obtíží
- Zpětnou vazbu k vykonané práci a průběžné ocenění (nejen ve finanční podobě)
- Podporu ze strany zaměstnavatele v rozvoj a udržování dobrých pracovních vztahů na pracovišti/oddělení
- Vyšší příspěvky na péči o zaměstnance
- Prevenci a včasné reagování na projevy syndromu vyhoření

Ztotožňuji se s tvrzením Elichové (2017, s. 112, podle Moravcové, 2013, s. 11 a Kebzy, Šolcové, 2003, s. 8), která uvádí, že profese sama o sobě je již rizikovým faktorem syndromu vyhoření. Nicméně jsem přemýšlela, kam vlastně patří profese ZSP? Sociální práce je sice v žebříčku na pátém místě, po lékařích, zdravotních sestřích a dalších zdravotnických pracovnících, psychologích a psychoterapeutech. Ovšem ZSP je v praxi řazený právě mezi nelékařský zdravotnický personál, z čehož můžeme uvažovat, o vyšším riziku syndromu vyhoření a tím pádem také větší důležitosti psychohygieny u těchto pracovníků.

Spokojenost a duševní pohoda v zaměstnání je nezbytnou součástí každodenního fungování a významně ovlivňuje naši celkovou kvalitu života... proto pečujeme nejen o sebe, ale i své pracovní prostředí.

Ovšem jak tvrdí Bártlová (2005, s. 89): „*Rozpor mezi vyznačovaným ideálem a realitou je někdy značný, a přesto není příčinou nekvalitního prožívání života.*“

Díky zpracování této diplomové práce jsem získala spoustu cenných poznatků a zkušeností nejen z dostupných zdrojů, ale také od samotných participantů výzkumného šetření. Věřím, že dojde k jejich dalšímu využití např. při publikování v odborném časopise nebo prezentaci na některé ze vzdělávacích akcí z oblasti sociální práce či zdravotnictví.

BIBLIOGRAFICKÝ SEZNAM

Knihy

- 1) BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. Grada, 2005, 188 s. ISBN 8024711974.
- 2) BEDRNOVÁ, Eva. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna, 1999, 158 s. ISBN 80-7168-681-6.
- 3) BEDRNOVÁ, Eva. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press, 2009. 159 s. ISBN 978-80-7261-198-0.
- 4) BUGEL, Walerian a Hana ŠLECHTOVÁ. *Tvorba kvalifikačních prací pro studenty oborů sociální práce: principy a postupy*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2012. 246 s. ISBN 978-80-87623-01-5.
- 5) ĎURDIAK, Luboš. *Psychohygiena mladého člověka*. Enigma, 2001, 149 s. ISBN 80-85471-84-1.
- 6) ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada, 2017, 264 s. ISBN 978-80-271-0080-4.
- 7) GAVORA, Peter. *Sprievodca metodológiou kvalitatívneho výskumu*. Bratislava: Regent, 2006. 239 s. ISBN 80-88904-46-3.
- 8) GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011, 198 s. Psyché. ISBN 978-80-7387-394-3.
- 9) HAWKINS, P.; SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 80-7178-715-9.
- 10) HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- 11) HENDL, Jan a Jiří REMR. *Metody výzkumu a evaluace*. Praha: Portál, 2017. 376 s. ISBN 978-80-262-1192-1.
- 12) JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. 120 s. ISBN 978-80-7435-374-1.
- 13) JAROLÍMOVÁ, Eva a Miroslava HOLÁ. *Psychologie pro praxi ve zdravotně sociální péči*. Praha: EV public relations, 2007, 69 s. ISBN 978-80-254-0178-1.

- 14) KERN, H., CH. MEHL, H. NOLZ, M. PETER a R. WINTERSPERGER. *Přehled psychologie*. Vydání páté. Přeložil Magdalena VALÁŠKOVÁ. Praha: Portál, 2015. 288 s. ISBN 978-80-262-0871-6.
- 15) KLEVETOVÁ, Dana. *Nalézání osobní rovnováhy v pomáhajících profesích*. 1. vyd. [Praha]: Ladislava Rotšeidlová - AROK, 2017, 176 s. ISBN 978-80-906465-1-3.
- 16) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace. ISBN 978-80-7195-573-3.
- 17) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
- 18) KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- 19) KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- 20) KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- 21) MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- 22) MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- 23) MÍČEK, Libor. *Duševní hygiena*. SPN, 1986, 207 s. ISBN 14-400-84.
- 24) MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- 25) PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. Psyché (Grada). 368 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
- 26) PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. 179 s. ISBN 978-80-88163-00-8.
- 27) PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015, 175 s. ISBN 978-80-247-5394-2.

- 28) SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
- 29) STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
- 30) SYROVÝ, Vít. *Jak ochraňovat čistotu duše*. Praha: Vít Syrový, [2016]. 220 s. ISBN 978-80-903137-6-7.
- 31) URBANOVSKÁ, Eva. *Psychologie zdraví 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 65 s. Studijní opora. ISBN 978-80-244-3366-0.
- 32) VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7254-997-9.
- 33) WALKER, Ian. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada, 2013. Z pohledu psychologie. 224 s. ISBN 978-80-247-3920-5.

Příspěvky ze sborníků

- 34) BALÁŽIOVÁ, Petra. Postavenie a uplatnenie sociálneho pracovníka v zdravotníctve. In: *Jihlavské zdravotnícké dny 2011, I. ročník*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011. S. 25-32. ISBN 978-80-87035-37-5.
- 35) LÁSKOVÁ, Andrea. Úvod do supervize a duševní hygieny. In: *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. S. 311-322. ISBN 978-80-7368-229-3.
- 36) MLČÁK, Zdeněk. Stres a syndrom vyhaslosti v pomáhajících profesích. In: *Psychologické poradenství v sociální práci II*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2004. S. 19-37. ISBN 80-7042-642-X.
- 37) ŠIKLOVÁ, Jiřina. Kdo pečuje o pečovatele aneb právo na slabost!?. In: *Pečující povolání: sborník přednášek z konference pořádané občanským sdružením Sedm paprsků a odborem zdravotně sociální péče MZ ČR: Praha, Kostel U Jákovova žebříku 26.-27.9.2001*. Praha: Pro občanské sdružení Sedm paprsků vydala Česká alzheimerovská společnost, 2001. S. 14-16. ISBN 80-86541-04-5.

Články

- 38) KEYES, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior*, 43, 207-222. Dostupné z: http://www.flume.com.br/pdf/Keyes_The_mental_health.pdf
- 39) KEYES, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigation of the axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548. Dostupné z: <http://ioa126.medsch.wisc.edu/findings/pdfs/191.pdf>
- 40) MLČÁK, Zdeněk. Potenciální zdroje stresu v sociální práci a jejich zvládnutí. *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci*. 2005, roč. 5, č. 3, s. 124-138. ISSN 1213-6204.
- 41) NEČASOVÁ, Mirka. Mezinárodní etický kodex sociální práce - principy. *Sociální práce: odborná revue pro sociální práci*. 2004, roč. 4, č. 4, s. 31 – 34. ISSN 1213-624.
- 42) ROBINSON, Laura. The Realities of Burnout in Health Care Social Work: How Individuals Are Responding by Practicing Meditation. *Master of Social Work Clinical Research Papers*. 2012, 5, 1 – 54.
- 43) SIEFERT, K., S. JAYARATNE a WA CHESS. Job satisfaction, burnout, and turnover in health care social workers. *Health and Social Work*. 1991, 16(3), 193 - 202. ISSN 0360-7283.

Internetové zdroje

- 50) Koncepce zdravotnictví Královéhradeckého kraje. *Královéhradecký kraj* [online]. Hradec Králové, 2015 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: http://www.kr-kralovehradecky.cz/assets/rozvoj-kraje/rozvojove-dokumenty/schvalene-koncepce/Koncepce_zdravotnictvi_khk_2016_2020.pdf
- 51) Kvalifikační standard Zdravotně-sociální pracovníků. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. 2018 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/kvalifikacni-standard-zdravotne-socialni-pracovnik_16347_947_3.html

- 52) Národní registr poskytovatelů zdravotních služeb [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací ČR, 2016 [cit. 2019-03-12]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?kraj=CZ052&okres=&obec=&obor=&forma=300¢rum=&Submit=Vyhledat&pg=mapa-poskytovatelu&ids=&token=9a5449909adcc85283956b0abd7662ecb0f52f71dd8e9e974bcfc15ac9d55a87>
- 53) Ošetřovatelství a nelékařská povolání: Registrace – výkon povolání bez odborného dohledu. *Ministerstvo zdravotnictví ČR* [online]. Praha, 2010, 05.06.2014 [cit. 2019-04-08]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/registrace-vykon-povolani-bez-odborneho-dohledu_929_3.html
- 54) PSHY:: Psychohygiena (duševní hygiena). In: AIŠMANOVÁ, Alexandra. *Studijní opora pro studium učitelství praktického vyučování a odborného výcviku* [online]. [cit. 2019-03-15]. Dostupné z: https://fpe.zcu.cz/export/sites/fpe/study/celozivotni_vzdelavani/nabidka/ESF_mistri/materialy2011/LS_podpory/kps_pshy/PSHY_Ajsmanova.pdf
- 55) Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2005/36/ES. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: Uznávání odborných kvalifikací* [online]. 2005 [cit. 2019-04-13]. Dostupné z: https://uok.msmt.cz/uok_doc/cz/Smernice_2005-36-ES.pdf
- 56) TOŠNEROVI, Tamara a Jiří. *Burnout syndrom vyhoření* [online]. Praha, 2002 [cit. 2019-03-07]. Dostupné z: <http://hest.cz/cz/pro-organizace/metodiky-ke-stazeni>

Zákony

- 57) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů ze dne 14. března 2006. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.
- 58) Vyhláška č. 505 ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

- 59) Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů ze dne 1. dubna 2004. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96/zneni-20181228>
- 60) Vyhláška č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ze dne 14. března 2011. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
- 61) Zákon č. 262/2006 Sb.: Zákon zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů ze dne 1. ledna 2007. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-262>
- 62) Vyhláška č. 99 ze dne 1. dubna 2012, o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/2012-99/zneni-20171101>

Akademické práce

- 63) PISKOŘOVÁ, Kristýna. 2017. Psychohygienu u sociálních pracovníků. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, Ústav pedagogiky a sociálních studií.
- 64) KAPUCIÁNOVÁ, Alla. 2017. Syndrom vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků. Hradec Králové (bakalářská práce). Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

Ostatní

- 65) Sekce zdravotně sociálních pracovníků při ČAS – Připomínky k novele vyhlášky č. 99/2012 Sb. na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb (Anna Hubertová, předsedkyně sekce, 16. 4. 2015)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 3 Přehled specifických výzkumných otázek a návaznost na otázky v rozhovoru

Tabulka 4 Přehled informantů

Tabulka 3 Počty pacientů, které mají jednotlivé ZSP k řešení za měsíc

Tabulka 4 Výsledky z dotazníku „Inventář projevů syndromu vyhoření“

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Inventář projevů syndromu vyhoření

Příloha č. 2 - Záznamový arch k výzkumnému šetření a ukázka přepisu rozhovoru

Příloha č. 3 – Pravidla syndromu vyhoření participanta výzkumu (Klára)

Příloha č. 4 - Čtyřfázový model syndromu vyhoření

Příloha č. 5 - Organizační strategie zvládnání pracovního stresu

Příloha č. 1 - Inventář projevů syndromu vyhoření

autoři: Tamara a Jiří Tošnerovi, HESTIA Praha

	(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)	vždy zřídka	často nikdy	někdy
1	Obtížně se soustřeďuji	4 0	3	2 1
2	Nedokážu se radovat ze své práce	4 0	3	2 1
3	Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4 0	3	2 1
4	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4 0	3	2 1
5	Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4 0	3	2 1
6	Jsem sklíčený/á	4 0	3	2 1
7	Jsem náchylný/á k nemocem	4 0	3	2 1
8	Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4 0	3	2 1
9	Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4 0	3	2 1
1	V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4 0	3	2 1
1	Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4 0	3	2 1
1	Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4 0	3	2 1
1	Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4 0	3	2 1
1	Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4 0	3	2 1
1	Jsem napjatý/á	4 0	3	2 1
1	Svou práci omezují na její mechanické provádění	4 0	3	2 1
1	Přemýšlím o odchodu z oboru	4 0	3	2 1
1	Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4 0	3	2 1
1	Trápí mě poruchy spánku	4 0	3	2 1
2	Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4 0	3	2 1
2	Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4 0	3	2 1
2	Cítím se ustrašený/á	4 0	3	2 1
2	Trpím bolestmi hlavy	4 0	3	2 1
2	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4 0	3	2 1

Vyhodnocení:

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou rovinu dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

–
Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = bodů

–
Rovina rozumová + emocionální + **tělesná** + sociální.....Celkem = bodů
(podrobný popis potíží charakterizujících jednotlivé roviny uvádíme na následující stránce)

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0

Pamatujte, že se nejedná o hodnotící test ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není u vás vše v pořádku.

Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vašem syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po vašem životním stylu, resp. po vašich stylech chování a vypořádávání se s problémy.

Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin vám napovídají, které složce své osobnosti se více věnovat.

Příloha č. 2 - Záznamový arch k výzkumnému šetření a ukázka přepisu rozhovoru

Identifikace participanta: Jarmila, 38 let, vysokoškolské vzdělání (titul Mgr.)

Funkce: běžná ZSP

- rozhovor (datum, místo): říjen 2018, kancelář ZSP

- poznámky k pozorování: velmi vyčerpaný dojem, bledost, únava ve tváři, neupravená kancelář, je v ní sama, převládá chaos, málo času, odložené papírky, na okně uschlé květiny a rozbalené sušenky

- dotazník (počet bodů, vyhodnocení): 46 bodů, nejvíce v rozumové rovině

- co mě zaujalo, závěrečné konstatování participanta: Dřív to bylo úplně něco jinýho, celkově menší obrat pacientů, míň papírování a přátelštější kolektiv... zaměstnanců je málo a nikdo tady dlouho nevydrží. I na týhle pozici vždycky vydrží ZSP v průměru tak rok a už prchá pryč.

Úvodní otázky

1) **Jak dlouho zde pracujete?**

Teď od mateřský to jsou skoro dva roky.

2) **Jaký druh oddělení máte na starosti?**

Jen léčebnu dlouhodobě nemocných, tzn. celkem asi 90 lůžek.

3) **Kdo je Váš přímý nadřízený?**

Hlavní sestra.

Otázky k pracovní zátěži ZSP

4) **Víte, kolik máte přibližně za měsíc klientů?**

Tak jako třeba když vezmu, že bych měla být u každého příjmu a propuštění, tak třeba v červnu vím, že bylo 25 příjmů a 30 propuštění. A to nejsou vlastně jen běžné záležitosti kolem pacientů, patří tomu ještě sociální šetření třeba z domova důchodců, úřadu práce na příspěvek na péči a tak...

5) **Domníváte se, že jsou na Vás kladeny nepřiměřené pracovní nároky? Zůstáváte v práci přesčas, případně jak často?**

Ano, určitě.

6) **Máte možnost čerpat dovolenou kdykoliv potřebujete (vyčerpání, rodinné a zdravotní důvody)? Kdo Vás během této doby zastupuje?**

Většinou když ji potřebuju, tak ji mám, ale na moji dovolenou není zástup, což vnímám jako problém. Stejně se vrátím a práce na mě čeká, nikdo ji za mě neudělá.

7) **Zvládáte své veškeré povinnosti během pracovní doby nebo si nosíte práci také domů? Berete telefony po pracovní době?**

Někdy dodělávám.

8) **Stává se, že jsou po Vás vyžadovány i jiné činnosti mimo stanovené kompetence? Případně uveďte jaké?**

To ne, od personálu ne, spíš od těch pacientů. Dřív tady byl problém s nákupama, ale teď už je to skoro pryč... já sháním něco pro pacienty jen opravdu výjimečně, třeba když nemá někdo rodinu.

9) **Pocítujete na sobě nějaké psychické či fyzické změny, které mohou souviset s výkonem profese? Např. psychosomatické potíže a onemocnění?**

Tak v začátku to bylo nespavost, fyzický obtíže – no přibrala jsem, což taky souvisí s tím režimem práce, nemám čas se pravidelně najíst, jím hlavně

večer, když přijdu domů. Psychický obtíže mám taky, ta práce mě už prostě deptá. (povzdech)

10) Domníváte se, že jsou kvůli pracovnímu stresu Vaše reakce na klienty či kolegy někdy neadekvátní?

Podrážděná jsem, ale na kolegy se snažím nevyvíjet nátlak nebo neprojevovat podráždění, spíš si to pak vybírám doma (smích). Na klienty se snažím nic nepřenášet, nereagovat negativně, ale samozřejmě se to může stát, aniž bych si to uvědomila.

Otázky k psychohygieně

11) Co si představíte pod pojmem „psychohygiena“?

Být v dobrý psychický kondici, rovnováze, abych byla celkově zdravá.

12) Jaké prostředky psychohygieny využíváte/praktikujete? Co Vám pomáhá k udržení pozitivního přístupu, odbourání pracovního stresu?

Snaha je, ale nic aktivně nedělám... vzhledem k velkému pracovnímu vytížení tady i doma mi nezbývá prostor. Jako chtěla bych, ale těch koníčků a možností se odpoutat moc není. Chtěla bych cvičit, ale zatím je to spíš ve fázi plánování. Nárazově jdu třeba do kina nebo jdu s dětma na nějaký volnočasový aktivity, zajdu s kamarádkou na kafe. Prostě hlavním problémem je nedostatek času.

13) Jak fungujete jako kolektiv? Setkáváte se s někým i mimo pracoviště za účelem volnočasových aktivit?

Tak my tady máme tři oddělení, se všema vycházím a občas se setkáváme v rámci nějaké oslavy narozenin nebo kolegyní zajdu na kafe. Ale jinak nejsou žádný pravidelný, společný aktivity.

14) Máte se na koho obrátit při řešení nějaké problematické situace?

Ano, na kolegyni v druhé nemocnici (smích). Jinak bych problém řešila s nadřízenou, ale nevím, jestli mě může pomoci... ona tý naší problematice moc nerozumí, nejvíc se orientuje a je schopná mi poradit právě kolegyně z druhé nemocnice, vždy mi poradí.

15) Jakým způsobem Vás podporuje zaměstnavatel v udržování psychohygieny? Máte nějaké výhody či benefity související s touto oblastí?

Aktivně žádné benefity nevyužívám, máme tady akorát benefitní kartu do obchodů, kam nám dobíjejí 500,-/čtvrtletně, ale nic moc jiného nám tady nenabízí. Pak 1 000,-/rok na vzdělávání a možná ještě nějaký zvýhodnění

vstupenky do divadla v rámci odborů. Supervizi tady nemáme, ale uvítala bych ji. Dřív jsem mohla aspoň občas něco zkonzultovat s psycholožkou, ale ta už tady taky není... no každopádně bych to uvítala. Těžký situace tady prostě nemám s kým probrat.

16) Máte k dispozici zpětnou vazbu k výkonu Vaší práce, případně uveďte jakou formou je poskytována a od koho?

Jen vrchní sestra mě pochválí, poděkuje mi a říká, že je ráda, že mě tady má, ale z jiný strany jinak nic moc.

17) Napadá Vás, co byste uvítala v souvislosti s udržováním psychohygieny od svého zaměstnavatele?

Uvítala bych supervizi, pak někoho, kdo by nás vedl a rozuměl naší problematice... chtěla bych tady někoho, za kým bych mohla stoprocentně jít a vždy mi byl schopnej poradit. Líbily by se mi příspěvky na nějaký relaxační aktivity (sauna, masáže...).

18) Cítíte se v práci spokojená nebo jste někdy zvažovala změnu zaměstnání? Případně uveďte z jakého důvodu?

Ano, zvažuji změnu zaměstnání, z důvodu toho, že je to náročný, i když si myslím, že je celkově práce v oblasti sociální práce náročná, ať je člověk třeba na úřadu práce nebo jinde. Hlavně vzhledem k náročnosti v komunikaci, řešení složitých životních situací a tak... takže zároveň zvažuju úplný odchod od týchle profese.

19) Jak to máte se vzděláváním, jezdíte pravidelně na nějaké semináře či kurzy? Kolik dnů Vám poskytuje zaměstnavatel na vzdělávání a příp. jakou finanční částku?

No jezdím občas, narázově, ale taky na to nemám příliš času. Samozřejmě bych ráda jezdila častěji, vidím, že si ten den vždycky užiju, poklábosím s kolegyněmi a je to fajn. Uvědomuju si, že nestíhám sledovat moc žádný novinky a pak mi to někdy chybí, při práci...

20) Máte k dispozici psychologa nebo krizového intervenanta? Ne, nikoho takovýho tady nemám.

Příloha č. 3 – Pravidla syndromu vyhoření participanta výzkumu (Kláry)

„Jak se o sebe dobře starat? Lze nalézt i více cest, jak se o sebe dobře starat. Dobře se o sebe budou pravděpodobně starat lidé, kteří se mají rádi, i přes to, že nejsou dokonalí. Budou se snažit udržet svou vlastní integritu, protože vědí, že zdravá osobnost je předpokladem kvalitního pomáhání. Dobře se o sebe starat znamená také reflektované oddělování privátního a profesního života. Udržovat si hranice mezi zaměstnáním a soukromým životem či mezi klientem a námi. Znamená to vyhýbat se neplaceným přesčasům v zaměstnání a neplaceným víkendům, znamená to využívat a užívat si dovolené na zotavenou a znamená to také nenosit si práci domů, ať již fyzicky nebo v hlavě. Neúměrný čas strávený v práci nadměrná osobní angažovanost na situaci klientů si zpravidla časem vybírají svou daň v únavě a syndromu vyhoření. I schopnost odpočinku je součástí profesionality, protože odpočinek je cestou k ošetření našeho nástroje pomoci – nás samých. Když si nosíme práci domů, je to obdobné, jako bychom si tam nastěhovali na přechodný pobyt klienty. Když o klientech přemýšlíme při usínání, je to podobné, jako bychom si je brali do postele. A asi málokterý sociální pracovník touží mít ve své posteli klienty.“

(Janebová, 2014, s. 33)

Příloha č. 4 - Čtyřfázový model syndromu vyhoření

FÁZE	PROJEVY			
	TĚLO	MYŠLENKY	POCITY	CHOVÁNÍ
1) POPLACHOVÁ FÁZE	nepravidelné bušení srdce, slabý a rychlý puls, vnitřní třes, mělké dýchání, pocení, studené vlhké ruce, nucení na močení a na stolici, knedlík v krku, obtížné vyjadřování	hledání možných řešení, kladením otázek typu: "Co mám dělat, abych situaci vyřešil?"	nevolnost, nervozita, nejistota, strach, vnitřní neklid a napětí	pozornost zaměřujeme zejména na protějšek
2) FÁZE ODPORU	bolesti hlavy, žaludku a zad, nevolnost, pocit úzkosti na hrudi, bolesti uší nebo hučení, napětí, alergické kožní reakce	různé myšlenky, zcela individuální, můžou souviset s oblastí obrany: "Ja nechci! To si nenechám líbit! To nepřipustím!" cílem je nedat se	vztek, který se mění ve zlost a agresi	boj, odpor ve formě odmítání nebo hlasitého protestu, po vyčerpání snaha o odvedení pozornosti - nemít čas myslet na to co mě trápí
3) FÁZE VYČERPÁNÍ - ZAČÁTEK VYHOŘENÍ	opakované bolesti hlavy, migréna, vysoký krevní tlak, bolest žaludku, chronické ztuhnutí svalů, přetrvávající slabost a vyčerpání, vyšší náchylnost k infekcím, problémy se spánkem	týkají se hlavně tělesných a psychických symptomů	"prázdná hlava", zapomnětlivost, nesoustředěnost, neustálé přemýšlení a vracející se myšlenky, zoufalství, smutek, bezmoc, častý pláč	stahování se do ústraní, mezilidské kontakty jsou vnímány jako zátěž, vzrůstající závislosti a zneužívání návykových látek
4) ÚSTUP	zvyšuje se slabost a vyčerpání, tělesné symptomy jsou už chronické a ovlivňují běžný život	"Chci mít svůj klid. Je toho na mě moc. Chci být sám. Já tam nepatřím a ani nemám zájem tam patřit"	nenávisť vůči sobě, neprojevování vzteku a zlosti na protějšek z důvodu strachu, stále větší tlak zvenci od protějšku a zevnitř z potlačované agrese, která je směřována proti nám samotným	únik do sebe, nekončící únava, zvládnutí běžných činností se jeví jako nereálné

(Priess, 2015, s. 25 – 42)

Příloha č. 5 - Organizační strategie zvládnání pracovního stresu

- a) Vysoká úroveň vzájemné komunikace v pracovním kolektivu
- b) Existence silného pocitu kolegiality a pozitivní atmosféry
- c) Vedení instituce rozhoduje po konzultacích s pracovníky
- d) Vzájemná shoda založená na klíčových hodnotách a standardech práce
- e) Přiměřenost všech pomáhajících i kontrolních postupů
- f) Jasně definice pracovních míst, rolí, zvyků a očekávání
- g) Vzájemné poskytování a přijímání zpětné vazby mezi pracovníky
- h) Vysoká úroveň zdrojů, které slouží k podpoře práce sociálních pracovníků
- i) Vysoká podpora, která se poskytuje sociálním pracovníkům pro řešení problémů
- j) Jasně stanovené metody práce a jejich aplikace v organizaci
- k) Minimalizace byrokratické zátěže a papírové práce
- l) Povinnosti v organizaci odpovídající kompetencím sociálních pracovníků
- m) Existence příjemného fyzického pracovního prostředí
- n) Vedoucí instituce plánuje s předstihem a je dobrým interpersonálním manažerem
- o) Využívá se promyšleného uvádění začínajících sociálních pracovníků do profese

(Mlčák, 2005, s. 136)