

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Diplomová práce

2021

Eliška Kohoutková

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví

Diplomová práce

Autor: Bc. Eliška Kohoutková
Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: Prezenční
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové

2021



Zadání diplomové práce

Autor:	Eliška Kohoutková
Studium:	U1904
Studijní program:	N6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
Název diplomové práce:	Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví
Název diplomové práce AJ:	Burn-out syndrome among Social Workers working at healthcare

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce se bude zabývat problematikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. Cílem diplomové práce je vyhotovení rešerše literatury, která se týká daného tématu a následné provedení kvalitativní studie pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

PRIEß, Mirriam. Jak zvládnout syndrom vyhoření. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5394-2. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.
Oponent:	doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.
Datum zadání závěrečné práce:	30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala pod vedením vedoucího diplomové práce samostatně a uvedla jsem všechny použité zdroje, prameny a literaturu.

V Dašicích dne

Podpis autora (Bc. Eliška Kohoutková)

PODĚKOVÁNÍ

Tímto děkuji své vedoucí diplomové práce doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za cenné rady a připomínky. Nadále chci poděkovat všem informantům za poskytnutí informací do mého výzkumu.

Abstrakt

KOHOUTKOVÁ, Eliška. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví*. Hradec Králové: Ústav sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Hradec Králové, 2021, Diplomová práce.

Diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví a je rozdělena na tři části.

První část, teoretická, se nadále dělí do dvou kapitol. První kapitola vymezuje pojem sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví, jeho legislativní vymezení, vzdělání, požadavky pro výkon povolání, náplň práce, typologie klientů, zdravotně-sociální pracovník v multidisciplinárním týmu, etické aspekty sociální práce ve zdravotnictví a zdravotnická zařízení, kde je tato profese vykonávána. Druhá kapitola objasňuje syndrom vyhoření, jeho fáze, projevy, příčiny vzniku, rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření a prevence syndromu vyhoření.

Druhá část diplomové práce je metodické zakotvení výzkumu. Rozhodla jsem se pro kvalitativní výzkum v podobě polostrukturovaného rozhovoru.

Závěrečná, výzkumná, část je zaměřena na samotný výzkum realizovaný se sociálními pracovníky pracujícími ve zdravotnictví. Je zde definován hlavní cíl práce, který se rozděluje do dílčích cílů práce. Následně jsou tyto cíle transformovány do výzkumných otázek. Nakonec jsou zde uvedeny závěry z výzkumného šetření a následná diskuse.

Klíčová slova: sociální práce, zdravotnictví, zdravotně-sociální práce, syndrom vyhoření, prevence

ANNOTATION IN ENGLISH

KOHOUTKOVÁ, Eliška. Hradec Králové: *Burn-out syndrome of social workers in healthcare*. The Institute of Social Work of the Philosophical fakulty od the University od Hradec Králové, 2021, Diploma thesis.

The diploma thesis deals with the issue of burn-out syndrome of social workers in healthcare and is divided into three parts.

First theoretical part is further divided into two chapters. First chapter defines the concept of social worker, who works in healthcare, whos legislative definition, education, requirement for the performance of the profession, job description, typology of clients, multidisciplinary team, ethical aspect of social work in healthcare and medical facilities, where this profession is performed. The second chapter explains the burn-out syndrome, its phases, manifestation, causes, risk factors for development of burn-out syndrome and prevention of burn-out syndrome.

The second part of the diploma thesis is the methodological grounding of research. I decided to choose the qualitative research in the form of a semi-structured interview.

The final, research, part is focused on the research itself with social worker in healthcare. The main goal of the work is defined here, which is divided into partial goals of the work. Subsequently, these goals are transformed into research questions. Finally, the conclusions of the research survey discussion are presented.

Klíčová slova: social work, healthcare, health and social work, burn-out syndrome, prevention

OBSAH

Úvod.....	10
1 Sociální pracovník pracující ve zdravotnictví	12
1.1 Legislativní vymezení	12
1.2 Vzdělání	13
1.3 Požadavky pro výkon povolání	14
1.4 Náplň práce	15
1.5 Typologie klientů	16
1.6 Zdravotně-sociální pracovník v multidisciplinárním týmu.....	21
1.7 Etické aspekty sociální práce ve zdravotnictví	22
1.8 Zdravotnická zařízení.....	23
2 Syndrom vyhoření.....	25
2.1 Stres.....	26
2.2 Fáze syndromu vyhoření	27
2.3 Projevy syndromu vyhoření	29
2.4 Příčiny vzniku syndromu vyhoření	30
2.4.1 Vnitřní vlivy.....	30
2.4.2 Vnější vlivy.....	31
2.5 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření	31
2.5.1 Zvýšená pracovní zátěž.....	31
2.5.2 Špatný kolektiv	32
2.5.3 Osobnostní rysy	33
2.6 Prevence syndromu vyhoření.....	34
2.7 Supervize a intervize	35
2.7.1 Supervize	35
2.7.2 Intervize	36
3 Shrnutí teoretické části.....	37

4	Metodická část	43
4.1	Cíle výzkumu	43
4.2	Výzkumné otázky.....	43
4.3	Definice kvalitativního rozhovoru	46
4.4	Výzkumný soubor	47
4.5	Etická rizika a rizika validity výzkumu	48
4.6	Popis organizace a průběh výzkumu.....	49
4.7	Transkripce.....	49
5	Interpretace zjištěných informací.....	50
5.1.1	DVO1 - Jaké mají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?.....	50
5.1.2	DVO2: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?	52
5.1.3	DVO3: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?.....	54
6	Diskuse.....	58
	Závěr	61
	Použitá literatura	65
	Přílohy.....	69

ÚVOD

Povolání sociálního pracovníka je jako nepřečtená kniha. Mnoho lidí o tomto povolání neví a nezná jej, i když je jejich možnost pomoci pacientovi při holistickém řešení problému nezastupitelná. Je proto potřebné, aby začaly vznikat publikace zvyšující prestiž, nebo alespoň povědomí o této profesi. Jak již bylo zmíněno v několika diplomových i bakalářských pracích, u profesí se zaměřením na sociální práci je riziko výskytu syndromu vyhoření vyšší, sociální práce ve zdravotnictví nevyjímaje. Existují různé důvody, proč k tomu dochází, a to je předmětem této diplomové práce.

Na úvod v první části práce, teoretické, se však zaměřuji na popisování profese sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví, legislativní vymezení, pracovní náplň, typy klientů, požadavky pro výkon tohoto povolání, spolupráce v multidisciplinárním týmu, etické aspekty tohoto povolání a zdravotnická zařízení. Dále je vyobrazuji problematiku syndromu vyhoření, jeho fáze, příznaky, diagnostika, příčiny, rizikové faktory, prevence a jsou popsány pojmy supervize a intervize.

Druhá část práce se zabývá vlastním výzkumem. Jedná se o kvalitativní sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru. Na základě stanovených cílů jsou zvoleny výzkumné otázky a ty následně pomocí transformační tabulky rozpracovány do otázek pro rozhovor. Hlavním cílem práce je zjistit, jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jeho vliv na pracovní výkon a posouzení prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. Hlavní cíl bude zodpovězen prostřednictvím stanovených dílčích cílů. Prvním z nich je zjistit znalosti sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví o projevech syndromu vyhoření a jejich subjektivní vnímání. Dalším cílem je zjistit, jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. A posledním zvoleným dílčím cílem pro výzkum je zjistit, jaké druhy prevence proti syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví.

Teoretická část

1 SOCIÁLNÍ PRÁCOVNÍK PRACUJÍCÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ

V moderní době je běžné, že se péče o pacienty/klienty stává čím dál komplexnější. Ačkoliv sociální práce se stává čím dál viditelnější oblastí péče o klienty, zdravotně-sociální práce pod všemi medicínskými obory zůstává skryta. V každém zdravotnickém zařízení jsou však potřebné služby těchto pracovníků, protože pomáhají k lepšímu pochopení ze strany pečujících a k vytváření lidského přístupu při řešení nelehkých životních situací. Mnoho zdravotně-sociálních pracovníků uvedlo, že jsou tak plně orientováni na řešení situací klientů, že jim zpravidla nezbývá čas na reprezentaci jejich práce, či zpracování odborných textů na toto téma. Může se tedy zdát, že je jejich úsilí „neviditelné“ pro odbornou i laickou veřejnost. Ale opak je pravdou. Zdravotně-sociální pracovníci zastupují velmi důležitou roli při spolupráci s klientem, a tím přispívají ke komplexnější (holistické) péči.

1.1 Legislativní vymezení

Ze zákona 96/2004 Sb. (§ 10) se sociální pracovník pracující ve zdravotnictví nazývá zdravotně-sociální pracovník. Tento pracovník je profesionál, který pomáhá řešit různé sociální problémy, zprostředkovává pomoc, je nápomocný při stabilizaci životní situace a snaží se zabránit vzniku sociálního problému. Někteří autoři dle Kuzníkové (2011) popisují úkol sociální práce ve zdravotnictví jako využití vlivu psychosociální sféry na nemoc pro lepší adaptabilitu, překonání obtížných situací, motivaci k léčbě, vše za účelem vzniku kvalitnějšího života. Tím však role sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví zdaleka nekončí. Posláním této profese je také zdůrazňovat důležitost komplexní péče o pacienta nejen v pobytu v nemocnici, ale také v budoucí domácí péči.

Výkon práce zdravotně-sociálního pracovníka podléhá také zákonu o sociálních službách. V tomto zákoně je definováno, že *„sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a*

sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“ (z. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109).

1.2 Vzdělání

Popis profese zdravotně-sociálního pracovníka je ukotven v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Tento zákon definuje, které obory lze studovat pro splnění kritérií pro získání titulu zdravotně-sociální pracovník. Jedná se o:

- studium na akreditovaných bakalářských nebo magisterských studijních oborech sociálního zaměření: sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální patologie, právo nebo sociální pedagogiku, sociálně právní činnost, charitní a sociální práce a sociální a humanitární práci.
- studium kvalifikačního akreditovaného kurzu v oboru zdravotně-sociální péče
- studium specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče (z. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, § 10).

Jelikož zdravotně-sociální pracovník pracuje s klienty i na rovině sociální, musí jeho vzdělání podléhat zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon definuje předpoklady odborné způsobilosti k výkonu práce sociálního pracovníka a těmi jsou:

- úspěšné, dokončené studium vyššího odborného vzdělání v oborech zaměřené na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci apod.
- dosažené vysokoškolské vzdělání získané studiem bakalářských, magisterských a doktorských studijních oborů zaměřené na oblasti sociální práce, politiku, pedagogiku, patologii a právo (z. 108/2006 Sb., § 110).

Tím však vzdělávání zdravotně-sociálního pracovníka nekončí. Jak definuje zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, musí každý nelékařský zdravotnický personál podstupovat tzv. celoživotní vzdělávání. Tím se rozumí obnovování, získávání, prohlubování a doplňování zkušeností, které pracovník využívá při své práci. To vše musí být v souladu s rozvojem v oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky.

1.3 Požadavky pro výkon povolání

Osobnostní

Kopřiva (1997) říká, že existují určité aspekty, které ovlivňují výkon povolání sociálního pracovníka. Dle jeho názoru jsou nejdůležitější osobnostní předpoklady, protože klient navazuje s pracovníkem hlubší, intimnější vztah, kdy se klient svěřuje se svými strastmi, bolestmi a osobními informacemi. Tento druh vztahu je pro pracovníka velmi složitý. Proto pracovník musí jasně definovat hranice, ale v zároveň musí navázat s klientem určitý druh intimity, aby získal všechny informace, které pro následnou práci potřebuje. K tomu však pracovník musí mít předem definované osobnostní předpoklady, aby tuto složitou situaci dokázal správně a efektivně vyřešit.

V první řadě by měl být pracovník empatický. Pokud klient spatří v sociálním pracovníkovi někoho, kdo ho neodsuzuje, kdo ho naopak poslouchá, vnímá, tím se vytvoří lepší a hlubší kontakt a klient se nebude obávat svěřit se sociálnímu pracovníkovi. Další důležitou složkou osobnosti pracovníka je umění komunikovat. Skrze komunikaci je sociální pracovník schopen rozpoznat a pochopit klientovy myšlenky, potíže a obavy. Tím je pracovník schopen lépe analyzovat informace, které mu klient poskytuje, a tak lépe vyhledávat všechna možná řešení problému. Dalšími důležitými osobnostními předpoklady pro výkon povolání jsou schopnosti sebereflexe, kultivovaného projevu, citovou stabilitu a vyrovnanost, pozitivní nazírání na svět a schopnost vybudovat si autoritu (Kuzníková, 2011).

Profesní

Obor sociální práce ve zdravotnictví je velmi náročný z etického hlediska. Pracovník každý den rozhoduje o důležitých a složitých oblastech klientova života, proto musí být profesně vzděláván, aby se co nejvíce eliminovaly možné chyby a špatná rozhodnutí. To se naučí jak ze studia, tak také postupováním dle práv a deklarácí. Nejzákladnějším dokumentem je Všeobecná deklarace lidských práv (2015, čl. 22), která definuje, že *„každý člověk jako člen společnosti má právo na sociální zabezpečení a nárok na to, aby mu byla národním úsilím i mezinárodní součinností a v souladu s organizací a s prostředky příslušného státu zajištěna hospodářská, sociální a kulturní práva, nezbytná k jeho důstojnosti a k svobodnému rozvoji jeho osobnosti“*.

Dalším důležitým podkladem pro rozhodování slouží Etický kodex sociálních pracovníků (2006), kde se definují hodnoty sociální práce, etická zodpovědnost sociálního pracovníka a etické problémy a dilemata. Na to navazují specifické deklarace a charty práv osob, jichž se etické dilema týká.

1.4 Náplň práce

Primárním pilířem výkonu práce zdravotně-sociálního pracovníka je zdravotně-sociální rehabilitace. Novosad (2000, s. 59) říká, že cílem této rehabilitace je „*vytvoření existenčního, např. materiálního zabezpečení a legislativní ochrany, začlenění do společnosti, uplatnění osobnostního potenciálu, (re)socializace, zajištění komunitní podpory, sociálních služeb, úpravy místních podmínek.*“

Dle Kuzníkové (2011) se skládá z těchto složek:

- Sociální šetření – tato aktivita slouží ke zjišťování všech informací, které se týkají klientovy životní situace (např. rozsah klientova tělesného postižení, typy dávek, které pobírá, popis jeho přirozeného prostředí, aj.). Tyto informace následně zdravotně-sociální pracovník využívá pro následnou sociální práci s klientem.
- Sociálně-právní poradenství – Sociálně-právní poradenství je poskytováno osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci a jsou jim poskytovány informace přispívající k řešení jejich situace. Pokud se pracovník podílí na péči o klienta, kde jeho schopnosti a dovednosti nedosahují výše k tomu potřebné, poskytne kontakt na specializované pracoviště.
- Spolupráce s dalšími subjekty – OSPOD, Policie ČR, zařízení sociální práce a prevence apod.
- Spolupráce s jinými odborníky
- Péče o pozůstalé – psychosociální pomoc, spirituální pomoc
- Psychické podporování klienta i rodiny
- Jiné (sepisování pozůstalosti, sepisování žádostí klientů atd.)

Tím však náplň práce zdravotně-sociálního pracovníka nekončí. Jak říkají Palmer (2011) je tato práce velmi obsáhlá a zasahuje do spousty složek „klientova světa“. Může se jednat jak o již zmíněné složky, tak i o poskytování hospicové péče, psychické podpory, poradnictví v agenturách psychického zdraví a poradenství osobám s poruchami příjmu potravy, i osobám sužované domácím násilím.

1.5 Typologie klientů

Děti a mladiství

Zdravotně-sociální práce s dětmi je velmi specifická. Sociální pracovník spolupracuje s dětmi různého věku a různými problémy. Vyskytují se zde děti nechtěné, odložené, děti rodiček závislých na návykových látkách, nedonošené, rozenými s vývojovými vadami, děti i mladiství s postižením, děti sužované syndromem CAN, závislí mladiství apod. Tento typ sociální práce lze v anglické literatuře nalézt pod pojmem „pediatrická sociální práce“, v české literatuře se však tento termín nevyskytuje (Palmer, 2011).

Při spolupráci v této skupině klientů by měl zdravotně-sociální pracovník vždy v rámci svých kompetencí prosazovat výsledek dítěte na pracovištích určenými k řešení případů domácího násilí. Dále by měl mít zdravotně-sociální pracovník na paměti, že dobrá a kvalitní multidisciplinární spolupráce mezi různými spektry orgánů či zařízeními. Smyslem této spolupráce je prevence sekundární viktimizace oběti, která se vyskytuje po opakované traumatizaci oběti, ale také i při opakovaném vyslýchání. Další důležitou složkou ve zdravotně-sociální práci s dítětem či mladistvým je tzv. „první pomoc“, kdy by si měl pracovník při prvním setkání s dítětem uvědomit, že nemůže být kvalifikovaným odborníkem v dané situaci a měl by být schopen sebereflexe a uvědomit si, že pokud jeho profesní kompetence nedosahuje takového rozsahu, který je od jeho práce vyžadován, musí vědět, kam se v případě nedostatečné odborové erudovanosti obrátit. Každý pracovník by proto měl mít v seznamu spolupracujících organizací nějaký orgán, se kterým je pracovník při této složité situaci ochoten spolupracovat. K tomu se pojí i zákonná ohlašovací povinnost ze zákona č. 359/1999 Sb., kdy je každý povinen ohlásit podezření na syndrom CAN (Kuzníková, 2011).

Další rozsáhlou skupinou dětí potřebující zdravotně-sociální péči jsou děti s postižením. Úmluva o právech dítěte (čl. 23, § 1) definuje práva dětí s tělesným postižením „*má právo*

požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečující důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti“. K tomu je zapotřebí celou rodinu podpořit, aby dítě dosáhlo maximální možné péče. Zdravotně-sociální pracovník musí situaci každého dítěte posoudit individuálně, je potřebné zvážit, zda rodina se chce o takové dítě starat. Dále by měl sociální pracovník být schopen přijmout jako fakt, že tento stav je neměnný, ale může nalézt optimální řešení – např. raná péče, osobní asistence, sociální benefity apod. Důležité je i nabídnout psychologickou, poradenskou či respitní péči při péči o zdravotně-postižené dítě. Pokud i přes snahy zdravotně-sociálního pracovníka se rodina rozhodne o zanechání dítěte v ústavní péči, měl by mít na paměti, že v tomto případě citová angažovanost není na místě a musí respektovat přání rodiny (Kuzníková, 2011).

Matky s dětmi

Do této skupiny spadají matky nezletilé, matka se zdravotním postižením způsobující problémové těhotenství nebo porod, matka závislá na omamných a jiných látkách, matka pobírající dávky hmotné nouze, matka žijící rizikovým způsobem života a nezletilé matky.

Každá z těchto výše vyjmenovaných skupin matek požadují specifický přístup v oblasti zdravotně-sociální práce. Ve většině případů zdravotně-sociální pracovník spolupracuje s klientem pomocí úkolově orientovaného přístupu, ale také využívá i přístup systemický. Výhodou úkolově orientovaného přístupu spočívá v plánování akcí průběžně, souvisle, na cílech se sociální pracovník i klient domluví současně, ze strany klienta se jedná o úkoly dobrovolné i nedobrovolné (např. lékařská prohlídka, sepsání a podání formuláře apod.). Při využití systematického přístupu je důležitý nedirektivní přístup zdravotně-sociálního pracovníka, pracovník se tedy stává pomocníkem, který doprovází klientku, jakožto autonomní, samostatnou bytost schopnou rozhodovat samu za sebe. Klientka je motivována k sebezplnomocnění a ke svépomoci (Kuzníková, 2011).

Oběti domácího násilí

Oběti domácího násilí se stávají klienti zdravotně-sociálního pracovníka pouze v případě, je-li jejich zdravotní stav nepříznivý a pokud lékař při prohlídce diagnostikuje zranění nebo poranění jako následek fyzického násilí. Specifickým rysem domácího násilí je i to, že se odehrává skrytě v soukromí, tudíž je velmi obtížné pro zdravotně-sociálního pracovníka

přímo definovat, co je a co není domácí násilí. Zdravotně-sociální pracovník ze Zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb., §37) poskytuje pouze základní sociální poradenství, které není v této problematice dostačující. Aby byla sociální práce s oběťmi domácího násilí komplexní, kontaktuje zdravotně-sociální pracovník Intervenční centrum, které spolupracuje s Policií ČR a OSPOD (Kuzníková, 2011).

Osoby se zdravotním postižením

Michalík a kol. (2011) říkají, že každá osobnost neohrožená disability či jiné vady má právo na bezpečí, sociální jistoty, občanská práva, lidský a důstojný život, svobodu pohybu a projevu a sociální zabezpečení. To může v prvním případě zajišťovat zdravotně-sociální pracovník. Klíčovým základním kontaktem pracovníka a klienta je sociální šetření, které slouží k vytvoření klientovy anamnézy. Sepisují se zde informace potřebné pro následnou spolupráci. Pracovník sbírá data typu existenčních podmínek, soběstačnost či závislost na jiné osobě apod. Tyto podněty slouží dále ke stanovení sociální strategie podpory vedoucí ke určení následné péče o klienta. Zdravotně-sociální pracovník má možnost výběru z více variant – rezidenční pomoc (domovy pro osoby se zdravotním postižením), terénní (pečovatelská služby apod.) či ambulantní sociální služby (poradenská centra). Zvolené strategie by měla mít dlouhodobý pozitivní efekt a měla by být průběžně kontrolována. V průběhu celé spolupráce by měl mít pracovník na paměti, že jedná s osobou, ne s diagnózou, kterou je třeba „opravit“ a zapomínají, že je osoba s postižením člověk, který má právo na důstojné jednání a respekt.

Proces zdravotně-sociální práce se mění na základě indispozice klienta. Každý jedinec je individuální, vyžaduje jinou techniku sociální práce. V kontextu ucelené rehabilitace je důležité maximalizování klientovy samostatnosti. K tomu slouží různé kompenzační pomůcky buď hrazené pojišťovnou nebo pomůcky nehrazené definující vyhláškou č. 182/1991 Sb. (příloha č. 3). Vyhláška definuje, jaké pomůcky a v jaké výši jsou podporované a které si musí každý pojištěnec hradit sám. Například přenosné WC je hrazeno, zatímco světelný vibrační budík je podporován z padesáti procent. S těmito daty pracuje zdravotně-sociální pracovník. Z důvodu sociálního poradenství by měl každý pracovník znát všechny zákony týkající se osob se zdravotním postižením i jiných skupin klientů. Aby pracovníci s klientem docílili materiální či jiné podpory ze státního rozpočtu, musí nejdříve klient podstoupit tzv. kontrolu posudkovou komisí. Tato komise spadá pod

Českou zprávou sociálního zabezpečení a je složena odborníky, kteří se danou problematikou zabývají a mají dostatečnou kvalifikaci. Úkolem komise je zjištění a stanovení stupně invalidity, neschopnost vykonávat z důvodu zdravotních komplikací výdělečnou činnost, stanovení stupně závislosti na jiné fyzické osobě a určení stupně příspěvku na péči. Všechny tyto kritéria podléhají zákonným předpisem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění (§8, odst. 1) (Kuzníková, 2011).

Osoby v terminálním stádiu života

Zdravotně-sociální práce s osobami v terminálním stádiu života je součástí paliativní péče a je psychicky velmi náročná, protože se může spolupráce s klientem každý den měnit. Jednoho dne je umírající přímým klientem, další den to může být člen rodiny, nebo i rodina jako celek (Macková, 2015).

Aby byl zdravotně-sociální pracovník schopen vykonávat tuto práci dobře a svědomitě, musí být schopen identifikovat klíčové prvky své role v sociální práci s umírajícími. Nejdříve si musí přesně a jasně definovat, co pro něho znamenají pojmy umírání, zármutek a smrt, co pro něho zajímají a jaké pocity v něm vyvolávají. Pokud je v problematice umírání příliš emocionálně angažovaný, je zde velké riziko vzniku syndromu vyhoření. Proto je potřebné, aby byl pracovník schopen oddělit profesní a osobní aspekty při práci s umírajícími. Dalším důležitým aspektem ve zdravotně-sociální práci s umírajícími je vytváření komplexní péče o pacienta. Není výjimkou, že má pacient mnoho lékařů, kteří jsou aktéry v procesu léčby. V tomto kontextu je zdravotně-sociální pracovník klíčovým pracovníkem, který sjednocuje celou péči o pacienta, jeho role připomíná imaginární spojku, která dopomáhá zdravotnickému personálu komunikovat jak s klientem, tak i jeho rodinou. I přes toto všechno je v některých případech role zdravotně-sociálního pracovníka nedostatečně definována. Může se stát, že zdravotnický personál nebude brát ohled na odborný názor pracovníka. Jedná se především o péči v rodinném kruhu. Stává se, že se rodina chce starat o umírajícího, ale zdravotníci tuto možnost popírají, i když by péče v rodině byla z psychického hlediska pro rodinu i klienta lepší. Pokud však dojde ke konfliktu mezi pracovníkem a zdravotnickým personálem, pracovník musí umět tuto situaci profesionálně vyřešit. Při skloubení nedostatečné podpory ze strany zdravotnického

personálu a emociálního vypětí při sociální práci s klientem a rodinou, vzniká zde velké riziko vzniku syndromu vyhoření a profesionálního vyčerpání (Macková, 2015).

Senioři

Senior se stává klientem zdravotně-sociálního pracovníka tehdy, kdy při svém zdravotním stavu není klient schopen kvalitní se péče, a to tehdy, kdy návrat z nemocnice do domácí péče není možný. Při kontaktu s tímto druhem klientů zdravotně-sociální pracovník zprostředkovává následnou zdravotní nebo sociální péči. I když se zdá, že návrat klienta do domácího prostředí je nejlepší možnou volbou, vždy je potřebné mít na paměti, že např. pečovatelské služby již nepřibírají nové klienty z důvodu vyčerpání své kapacity. Proto se pracovník snaží vymýšlet i jiné alternativy následné péče po propuštění z nemocnice. Avšak i u jiných služeb pracovníci neuspějí. Stává se, že v domovech pro seniory, nebo domovech se zvláštním režimem, či osobní asistenci se klient neumístí (Kuzníková, 2011).

Toto tvrzení potvrzují i Hrozenská a kol. (2013) a doplňují, že cílem komplexního (multidisciplinárního) týmu je tvorba strategií a kontextů pomoci a práce se staršími lidmi vedoucí ke snižování nákladů na péči a ke zvyšování kvality nabízených služeb. Vlivem těchto kritérií vznikly zákony, které upravují sociální zabezpečení (např. příspěvek na péči) i kvalitu poskytovaných zdravotních služeb. V roce 1999 WHO přijala deklaraci nesoucí myšlenku, že každý senior má právo na dosažení a udržení nejlepšího možného zdraví. Cílem těchto zákonů a dokumentu je vylepšení statutu seniora, zákaz diskriminace na základě věku a snaha o zlepšení socio-ekonomické situace seniorů.

Osoby žijící rizikovým způsobem života

Dle Cermanové a kol. (2012) se osoby žijící rizikovým způsobem života rozděluje na následující skupiny:

- Osoby poskytující placené sexuální služby
- Osoby závislé na návykových látkách
- Osoby s nelátkovými závislostmi
- Osoby, které spáchaly trestnou činnost

- Osoby bez přístřeší
- Osoby žijící ve sociálně vyloučených lokalitách

Jak lze z tohoto výčtu sledovat, je zřejmé, že zdravotně-sociální práce s touto kategorií klientů je velmi různorodá. Nevylučuje se, že pokud se pracovník setká s jedním z těchto klientů, že anamnéza klienta bude na tolik rozsáhlá, že pracovník zjistí, že nespolupracuje pouze s jedním izolovaným problémem (např. látková závislost), ale že se budou problémy prolívat i s ostatními potížemi výše jmenovaných typů klientů. Pokud se pracovník setká s tímto druhem klientů, v první řadě se pracovník táže, zda má klient validní doklady. Pokud je odpověď záporná, následná spolupráce spočívá ke znovu získání dokladů. Pokud je odpověď kladná, pracovník pomocí sociálního šetření zkoumá, zda a jaké mají trvalé bydliště, kam se klienti mohou po skončení hospitalizace vrátit. Musí však dbát na zásadu autonomie jedince, tedy pokud si klient přeje navrátit zpět do svého přirozeného prostředí, pracovník musí tuto informaci přijmout a respektovat. V tomto případě však může pracovník nenásilnou formou klientovi předat pár informací týkající se možné změny životního stylu. Může předat kontakty na organizace zabývající se problematikou dané skupiny (např. kontaktní centra), nebo také poučení o správné ochraně při sexuálním styku ke snížení rizika pohlavně přenosnými nákazami (Goodman 2009).

1.6 Zdravotně-sociální pracovník v multidisciplinárním týmu

Aby byla péče o klienta co nejkomplexnější a splňovala podmínky tzv. holistického přístupu, tak k výkonu své práce využívá pomoci multidisciplinárního týmu, který se skládá ze sester, doktorů, psychologů, psychiatrů, pediatrů a dalšího zdravotnického personálu, ale i s profesemi nezdravotnickými – PČR, OSPOD, úřady práce, terénními službami sociální práce, pečovatelskými službami apod. (Kuzníková, 2011).

Zdravotně-sociální pracovník vytváří spojení mezi těmito odvětvími, spojuje je, hledá chybějící informace a vytváří vhodné podmínky pro celistvou (neboli holistickou) péči o klienta, jakožto o celistvou bytost s různými druhy problémů. Cílem case managementu (případové práce), který pracovník využívá při spolupráci s více subjekty je zkompletování a propojení různých poznatků z jiných oborů, které při běžné péči pečují o klienta samostatně. I přes zjevnou prestiž je naneštěstí povolání zdravotně-sociálního pracovníka ostatním zdravotnickým personálem nedoceňované. Mnoho zdravotníků neshledává toto

povolání za důležité, tudíž záleží na jeho schopnostech a dovednostech, zda a jakým způsobem zdůrazní, k čemu jeho práce potřebná a v jakém rozsahu ovlivní kvalitu léčby pacienta v holistickém pojetí. Dále musí sociální pracovník ve zdravotnických službách jasně vytyčovat svých pravomocí, vztahu v různých rovinách a jeho pracovní náplň. K tomu je potřebné, aby pracovník byl respektován a pociťoval sounáležitost a participaci s ostatními odborníky s nimiž spolupracuje (Kuzníková, 2011).

1.7 Etické aspekty sociální práce ve zdravotnictví

Hugman (2001) říká, že zdravotně-sociální práce je vědní i profesní disciplínou, která se orientuje na pomoc lidem, kteří mají různé druhy problémů (rodinné, ekonomické apod.), z nichž nejvýznamnější jsou potíže v sociální oblasti, které pracovník musí obhajovat a snažit se o maximalizování rovnováhy mezi státním zájmem a zájmy klientem. Tím se pracovník dostává do rozepře mezi jeho rolí jakožto vykonavatelem práva a obhájcem klienta. To samé tvrdí i Gulová (2011) a doplňuje, že se pracovník snaží, aby jeho vztah s klientem nebyl narušen, na stranu druhou musí pracovník být vykonavatelem norem a zákonů. Aby sociální pracovník nenarušil rovnováhu mezi světem klienta a společností, je vázán profesionální etikou, sloužící k co nejúspěšnějšímu plnění profesionálních úkolů, aniž by spolupráce s klientem nebyla urážlivá, degradující, ale naopak partnerská a budující lidskou důstojnost.

Kutnohorská a kol. (2011) říkají, že při zdravotně-sociální práci musí být kladen důraz na úctě ke klientovi jako jedinečné bytosti, na ochotě mu pomoci, na empatii, na komunikaci a na uspokojování klientových sociálních a životních potřeb. Proto by měl každý sociální pracovník ve zdravotnictví formovat a kultivovat své osobnostní vlastnosti, které se označují za etické. V kontextu profese sociální práce to lze chápat tak, že bylo nutné, aby pracovník respektoval etické principy, které jsou vlastní pro toto povolání. Jelikož je rozsah sociální práce široký, tak je možné, že vzniklý Etický kodex sociálních pracovníků (2006) je pro každou oblast sociální práce zjednodušující, ač velmi užitečný. Tento dokument definuje etické zásady a chování a napomáhá pracovníkovi při řešení etických problémů při rozhodování.

Jedním z nejčtetnějších etických dilemat, se kterými se zdravotně-sociální pracovník potýká je tzv. posuzování (angl. judgement). Posuzování je potřebné pro vytváření diagnózy pro

následnou intervenci sociální práce a vzniká zde etické dilema založené na tom, že každý jedinec, i profesionál, má tendenci moralizovat. Ve zkratce to znamená, že sociální pracovník nevědomě klienta soudí na základě svých zvnitřněných morálních hodnot a neuvědomuje si, že klient tyto hodnoty může mít zcela odlišné. Například pokud má sociální pracovnice jako morální hodnotu, že se má rodina vždy postarat o seniora v domácím prostředí, ale rodina i senior si přejí umístění do domova pro seniory, dochází zde ke kolizi mezi názory a může se stát, že klient i rodina ztratí důvěru v pracovníka, a tím může vzniknout neochota či dokonce ukončení další spolupráce (Hugman, 2001).

Dalším etickým dilematem ve výkonu práce zdravotně-sociálního pracovníka je možnost volby. Každý pracovník při spolupráci s klientem může využít mnoho možností, jak diagnostikovaný problém řešit. Pokud má pracovník možnost volby mezi dvěma nebo více řešeními, měl by se vždy snažit najít to nejoptimálnější řešení jak pro klienta, tak i jeho rodinu. Zde se dostává do rozepře klientovo vnímání svého problému a vnímání situace pracovníkem. Někteří autoři (např. Epsteinová in Nedomová, 2014) tvrdí, že klient je odborníkem na svůj problém, tudíž by měl pracovník klienta vyslyšet, popřípadě mu dopomoci ke zdárnému vyřešení. Toto však někteří pracovníci nevnímají jako správné. Mají tendence spíše inklinovat ke kontrole ke vztahu ke klientovi, chtějí za něho přebírat většinu odpovědnosti. To může vést k tomu, že se klient cítí být „opomíjen“, že sociální pracovník nevěří, že je schopen svoji situaci řešit. Vyvrcholením může být ukončení spolupráce (Hugman, 2001).

1.8 Zdravotnická zařízení

Nemocnice

Poskytovaná zdravotnická péče v nemocnicích se dle Hamplové (2019) dělí na dvě skupiny:

- Ambulantní
- Lůžková

Profese zdravotně-sociální práce je nejvíce využívána při lůžkové péči. Tento druh péče je definován zákonem o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., definující, v jakém případě pacient může využít zdravotnické lůžko. Zdravotně-

sociální pracovník spolupracuje s klientem tehdy, kdy je jeho stav stabilizovaný a je mu stanovena základní diagnóza a nachází se na následné nebo dlouhodobé lůžkové péči. Tyto lůžka slouží ke zlepšení zdravotního stavu, pracovník zde provádí sociální šetření na základě kterého stanoví schopnost sebezpečí, zda klient pobírá některé dávky, jak vypadá jeho sociální prostředí, jaké pomůcky klientův stav vyžaduje a zda se může vrátit do domácího prostředí, nebo jestli po návratu z nemocnice bude o klienta pečovat sociální služba nebo asistent sociální péče nebo osoba pečující nebo bude plně soběstačný (Kuzníková, 2011).

Léčebny dlouhodobě nemocných

Posláním léčeben dlouhodobě nemocných je poskytování specializované zdravotní péče specializujících se na doléčení po akutních stavech, ošetrovatelskou a rehabilitační péči o osoby sužované chronickými onemocněními. Léčebny se také zaměřují na zlepšování kognitivních funkcí i na plnění duchovních potřeb pacientů. Základním stavebním kamenem ošetrovatelské péči v léčebnách je multidisciplinární tým. Ten se skládá ze všeobecných sester, fyzioterapeutů, zdravotně-sociálních pracovníků, ošetrovatelů, sanitářů a zdravotnických asistentů (LDN Rybitví, 2021).

Hospice

Hospice jsou dle Hamplové (2019) zdravotnicko-sociální zařízení mající jako poslání péči o nevyléčitelné, těžce nemocné jedince. Základem poskytování této služby je poskytování tzv. paliativní péče, která je komplexní, multidisciplinární pomocí pro tento typ pacientů/klientů. Kvalitní hospicová péče vede ke zmírnění psychických a duchovních problémů spojených s umíráním a umožňuje rodině i pacientovi prožívat tyto chvíle v klidu a bezpečí, pod neustálým odborným dohledem ze strany personálu. V tomto zařízení se zdravotně-sociální pracovník setká s klientem již na začátku kontaktu klienta s prostředím, tedy při příjmu, kdy pracovník pomocí sociálního šetření diagnostikuje základní sociální pomoc pro klienta a jeho rodinu.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

Povolání zdravotně-sociálního pracovníka doprovází mnoho stresových a zátěžových situací, které mohou vést ke syndromu vyhoření. I když snahy o zmírnění tohoto syndromu jsou patrné, stále se tento jev stále vyskytuje.

Již od roku 2011 syndrom vyhoření (neboli burn-out syndrom) se dle WHO řadí mezi onemocnění, které se způsobeno trvalým, dlouhodobým, chronickým stresem ze zaměstnání. Mezi jeho hlavní znaky řadíme:

- pocity úplného, totálního vyčerpání
- zvýšený duševní odstup nebo pocity cynismu a negativismu spojené s prací
- snížená profesionální účinnost (WHO, 2019)

Světová zdravotnická organizace (2019) však poukazuje na to, že se syndrom vyhoření vztahuje pouze na jevy v pracovním kontextu, a tudíž by se tyto projevy neměly používat k popisování zkušeností z jiných oblastech života.

Kebza a Šolcová (2003) dělí definici syndromu vyhoření do dvou linií:

- linii filozoficko-psychologickou (zkoumáno existencialismem)
- psychologicko-medicínskou (zkoumání stresu a jeho důsledků)

Existencialismus zkoumá jako vzorek samostatného jedince intelektuála, který zažívá existenční krizi způsobenou pocitem totální samoty a změnění rigidního životního stylu a nutnost spoléhání se na vlastní fyzické a psychické síly. Existencialisté kladou důraz na pocity beznaděje, úzkosti a zoufalství z nabyté zodpovědnosti, přičemž je úzkost brána jako ústřední hybnou silou, motivací, jedince mající za cíl uvědomění si faktu svého postavení v okolním světě. Pokud člověk zůstane ve svém „komfortním“ životě beze změn, mohou se objevit příznaky syndromu vyhoření (stavy totálního vyčerpání, nedostatek motivace, rezignace). To může mít za následek prožívání existenciální frustrace. V pokročilém stádiu frustrace dochází k tendenci zpřetrhat všechny již známé vazby a vztahy a osvobodit se „svazujících“ repetitivních činností. (Kebza a Šolcová, 2003).

Dalším myšlenkovým proudem zabývající se syndromem vyhoření je již zmiňovaný psychologicko-medicínský model. Ten má jako základní myšlenku vliv intenzity nároků a jeho nerovnováhou mezi jeho splněním a následném vyhodnocení. Pokud má jedinec pocit, že zadaných požadavků nelze dostát, pokusí se vyčerpat všechny možné zásoby všemi možnými způsoby směřujících k totálnímu tělesnému i duševnímu vyčerpání. Tyto způsoby jsou nazývány vrozenými, naučenými dispozicemi a dovednosti, které se vytvořily v průběhu života na základě prožitých zkušeností. Dle tohoto modelu se počáteční stres předcházející syndrom vyhoření rozděluje do dvou základních skupin – pracovní a mimopracovní. Pracovní stres souvisí s podmínkami v zaměstnání i s úkony, které je daný jedinec nucen vykonávat. Zatímco mimopracovní stres je způsoben především chronickými denními nepříjemnostmi a nepříznivými životními událostmi (neschopnost splácet hypotéku, nemoc, péče o závislou osobu, aj.). Oba tyto stesy mají za následek vznik anebo zvýšení zdravotních rizik (Kebza a Šolcová, 2003).

2.1 Stres

Kohoutek (2021) definuje stres jako „*funkční stav, ke kterému dochází při vystavení organismu mimořádným podmínkám*“. Prieß (2015) toto tvrzení doplňuje o poznatek, že člověk pociťuje stres, v případě, že se vystavuje náročným situacím, či dokonce negativním okolnostem, které nelze předvídat, a tím minimalizovat jejich dopad a ani je nelze obrátit ve svůj prospěch. I Křivohlavý (2012) říká, že stres patří mezi zátěžové situace, způsobené negativními emocionálními zážitky, avšak rozdílem mezi syndromem vyhoření a stresem je takový, že se stres objevuje při různých činnostech, zatímco syndrom vyhoření je podmíněn zaměstnáním vyžadující kontakt s jinými osobami. Pokud se ale syndrom vyhoření podrobí zkoumání, lze si povšimnout, že stres vystupuje jako příčina, vyhoření jako jeho důsledek. Je potřebné tyto dva pojmy od sebe odlišovat, aby nedocházelo ke záměně. Pokud však jedinec žije v dlouhodobém, chronickém stresu, začnou se projevovat symptomy podobné totálnímu tělesnému vyhasnutí. Při chronickém stresu se vytváří určitý cyklus mezi fázemi zátěží a klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Ale při syndromu vyhoření jsou tyto rozdíly mezi fázemi zpravidla narušené (Stock, 2010).

Lidé se potýkají s různými druhy stresu. Prvním z nich je pozitivní, tzv. eustres. Eustres je popisován jako vzrušení například při zamilovanosti, svatbě, narození dítěte apod. Druhý

z nich je distres. Dle předpony di- lze pochopit, že se jedná o tzv. „zlý“ stres. Objevuje se při přílišné, ale i nedostatečné zátěži dané osoby. V kontextu diplomové práce se pod pojmem stres bude skrývat právě tento negativní stres (Prieß, 2014).

Podle Prieß (2014) stres přichází přirozeně v průběhu života každého jedince. Člověk jako tvor sociální, si podvědomě během své celé existence vytváří různé sociální vazby neboli vztahy, které mají různé podoby - vztahy k okolí, k rodině, přátelům, k práci apod. K nim si pomocí asociace vytvoří nějaká reálná či nereálná očekávání, ty pak v životě jedince požaduje a zažívá tenzi při jejich nedodržování okolím. Dalším podnětem ke vzniku stresu a následně syndromu vyhoření je nedostatečnost či dokonce absence pozitivních vztahů a nepochopení sebe sama. Pokud je jedinec neustále vystavován pouze negativním vztahům, zákonitě se to projeví v jeho duševním rozpoložení. Proto je potřebné, aby každý člověk měl alespoň jeden pozitivní vztah, není důležité ke komu nebo k čemu, ale je důležité, aby daný jedinec byl schopen „ventilovat“ své pocity a cítil se přijímaný i se všemi chybami. Tím lze preventivně předcházet stresu i syndromu vyhoření.

2.2 Fáze syndromu vyhoření

Existují různé pohledy, kde vývoj syndromu vyhoření začíná. Například Stock (2010) tvrdí, že začátek se vyskytuje již od prvního nástupu do zaměstnání, kdy má pracovník nerealistická očekávání ve svém povolání, je příliš angažovaný a není schopná oddělit soukromí od práce. Na druhou stranu Hans Selye (in Křivohlavý, 2012, s. 81) definoval tzv. *GAS – General Adaptation Syndrome* („obecný soubor příznaků procesu vyrovnávání se s těžkostmi“), kde se začátek syndromu objevuje až při působení stresoru na jedince.

Idealistické nadšení

Dle Stocka (2010) prochází syndrom vyhoření určitými fázemi. První z nich, která se nazývá Idealistické nadšení. Je typické tím, že jedinec zpočátku pracuje ve velmi vysokém nasazením, má nerealistické ideály a klade na sebe velmi velké nároky. Právě profese zdravotně-sociálního pracovníka může být tímto stavem ohrožena, protože může nově příchozí pracovník mít velmi nerealistické očekávání (např. spasení světa apod.), a tím se pro práci až přemnoho obětuje, může pracovat i přes čas. V extrémních případech se může stát, že je pracovník tak pohlcen svým posláním, že neexistuje hranice mezi prací a

soukromým životem. Křivohlavý (2012) tuto fázi definuje jako pocit pracovníka, že jeho práce je smysluplná činnost, která je z nějakého důvodu pro něj i pro okolí důležitá.

Stagnace

V této fázi si pracovník připustil realitu a začíná přemýšlet a přehodnocovat své ideály. Dále pracovník zjišťuje, že zaměstnání není tak vzrušující jako na počátku a věci, které předtím neměly v jeho hodnotovém žebříčku žádnou hodnotu, začíná zařazovat do popředí. Pracovník také začíná zjišťovat, že jeho posedlost zaměstnáním má také vliv i na jeho rodinný a soukromý život, kde se začínají projevovat známky odcizení či izolace. Zde ani pracovník, ani jeho okolí nepozorují žádné příznaky syndromu vyhoření (Stock, 2010).

Frustrace

V této fázi pracovník pocituje pochybnost v jeho pracovní nasazení. Cítí, že jeho pravomoce nejsou tak rozsáhlé, jak si při nástupu do zaměstnání idealizoval. Začíná si uvědomovat, že byrokracie je obtížná a že klienti i nadřízený neposkytují takové uznání, jaké by si představoval. V důsledku rozdílu mezi tím, jak si zaměstnání představoval a jaké ve skutečnosti je, vzniká propast, kterou doprovází ohromný pocit zklamání (Stock, 2010). Křivohlavý (2012) zde připojuje poznání, že pracovník začíná vykonávat práci i kvůli jiným hodnotám, než měl předtím (např. peníze). To zjištění napomáhá ke ztrátě důvěry v sebe sama i v zaměstnání, které vykonává. Tento stav nazval pojmem *Existenciální vakuum*, kdy je jedinec frustrován a místo smysluplných cílů jedinec volí tzv. zdánlivé cíle, které neodpovídají či dokonce rozporují s jeho předchozími sny.

Apatie

V předposlední fázi se syndrom vyhoření objevuje jako obranný mechanismus proti vnějším vlivům a nastává vnitřní rezignace. Pracovník se vyhýbá složitým úkolům, nevyhledává kontakt či se úplně distancuje od ostatních zaměstnanců i klientů, vše se snaží vyřídit rychle bez zbytečného zdržování. V nejzazším případě se při této fázi objevuje zoufalství, že nikde jinde pracovník nenajde uplatnění, že z kolotoče, který si kolem sebe vytvořil, nebude schopný vystoupit (Stock, 2010).

2.3 Projevy syndromu vyhoření

Syndromem vyhoření se zabývá mnoho autorů. Například Kebza a Šolcová (2003) rozdělují projevy do tří základních skupin dle úrovně vlivu:

- na psychické úrovni,
- na fyzické úrovni,
- na úrovni sociálních vztahů.

Na psychické úrovni

Je všeobecně známo, že syndrom vyhoření ovlivňuje duševní „well-being“, česky řečeno, pohodu. U jedince dominuje pocit, že úsilí vkládané do výkonu profese je neumírněné k výsledkům či hodnocení od vedoucího pracovníka. Dále člověk pociťuje výraznou emocionální vyprahlost mající za následek neempatické až neetického chování. Únava je postiženým tímto syndromem nazývána velmi expresivně („jsem vyšťavený“, „jsem k smrti unavený“). Dochází k útlumu celkové aktivity, kreativity a iniciativy. Objevují se příznaky depresivního ladění, pocitu smutku, cynismu, marnotratnosti a frustrace. Jedinec nemá zájem o jakákoliv témata týkající se profese, ani o vymýšlení inovací pro vylepšování kvality instituce, kde pracuje. Zaměstnanec inklinuje k rutinnímu vykonávání práce, používání stereotypních frází a klišé (Kebza a Šolcová, 2003).

Na fyzické úrovni

Syndrom vyhoření postihuje nejenom psychické, ale i fyzické rozpoložení člověka. Jedná se o stav celkové únavy, apatie, ochablost, bolesti srdce, dýchací a zažívací obtíže, nespecifikovatelné bolesti hlavy, poruchy krevního oběhu, insomnie, celkové tělesné napětí a nechut' k fyzickým výkonům. Je zde také znatelné zvýšené riziko vzniku závislostí jakéhokoli druhu (alkohol, nelátkové závislosti apod.). Vyhoření se také projevuje rychlou unavitelností organismu a krátkými etapami odpočinku (Kebza a Šolcová, 2003).

Na úrovni sociálních vztahů

Tím, že se u jedince objevují všechny tyto příznaky syndromu, zdá se být člověk netečný k jakémukoli kontaktu se svým sociálním prostředím. To se projevuje útlumem sociality, zjevná nechuť k čemukoli týkající se profese (meetingy, kontakt s klienty apod.), nízké empatické citění, postupné vytváření zbytečných konfliktů (Kebza a Šolcová, 2003).

Pokud by se syndrom vyhoření dal vyjádřit pomocí jedné věty, byla by to tato: „*Sáhl/a jsem si na své dno, jsem vyčerpán/a, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládám to*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 25).

2.4 Příčiny vzniku syndromu vyhoření

Stresory, neboli příčiny vzniklého stresu, jsou velmi individuální a záleží na tom, jak každý jedinec na určitý podnět reaguje. Každý jedinec má svoji úroveň stability nebo lability odlišný. To záleží na individuálním vyhodnocení situace. Pokud jedinec vyhodnotí problém jako jednoduchý, lehce řešitelný, nadále se nestresuje. Pokud však nastane druhá možnost, že jedinec vyhodnotí problém jako složitý, komplikovaný, či nesplnitelný, zažívá tenzi a ta vyústí ve stres. Psychologové tento jev popisují jako tzv. coping (Stock, 2010).

2.4.1 Vnitřní vlivy

Je však mnoho vlivů, které mohou vznik syndromu vyhoření předvídat. Jedním z druhů jsou vnitřní vlivy, což ve zkratce znamená, jaký je z psychologického hlediska člověk uvnitř. Mezi ně patří nereálné představy o zaměstnání, které se vytvářejí před nebo při příchodu do zaměstnání, přehnaný optimismus či nadšení, nadprůměrné pracovní nasazení až workoholismus, přehnané nároky na svoji preciznost, dokonalost, neschopnost vyrovnat se s vlastními chybami, perfekcionalismus, přecitlivělost, vztahovačnost, naivní pohled, přílišná kritičnost vlastní osoby (syndrom-vyhoření.cz, 2020). Dále se může jednat o vnitřní nastavení pomáhajícího. Pokud se u pracovníka objevuje tzv. *syndrom pomocníka*, kdy je člověk neschopný izolovat svoji osobní stránku, není schopen projevit své pocity a potřeby. Pomocí pomáhání má jedinec pocit naplnění, ke kterému nedochází v civilním životě. Typickým projevem je přehnaná chuť do práce, nevybírání si dovolených, pracování přesčas, neobliba u kolegů a neustálým řešením pracovních záležitostí i ve svém

volném čase. Silná potřeba pomáhat u takových lidí nemá pouze altruistický základ, ale uspokojování vlastního ega a touhy po moci (Venglářová, 2011).

2.4.2 Vnější vlivy

K vnitřním vlivům ovlivňující syndrom vyhoření také spadají i vlivy vnější. Může se jednat o ignoraci osobních potřeb ze strany zaměstnavatele (i základních), nepochopení od okolí, závist kolegů, nedostatek prostředků či času k ukončení úkolů, izolace („každý si pracuje na svém písečku“), nesoudržnost kolektivu, špatná organizace práce, monotónní práce, nízké ohodnocení (finanční i jiné), arogance ze strany vedení a neustálé neopodstatněné přidávání práce. Zde se také řadí i změny v osobním životě, např. rodinná tragédie, finanční a rodinné problémy, ale i klienti agresivní, stagnující a klienti přicházející s těžce řešitelnými problémy (syndrom-vyhoření.cz, 2020).

2.5 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu při práci (nedat.) tvrdí, že stres patří k nejhůře řešeným problémům v oblasti BOZP. Ke vzniku stresu může vést mnoho faktorů, mezi nimiž patří zvýšená pracovní zátěž, nevyhovující pracovní podmínky, byrokracie, nejistota zaměstnání, neefektivnost komunikace mezi zaměstnanci i mezi zaměstnancem a vedoucím pracovníkem a špatný kolektiv (vyvrcholený mobbingem, bossingem). To vše může vyvrcholit až v syndrom vyhoření, doprovázený zdravotními komplikacemi (kardiovaskulární a muskuloskeletální onemocnění).

2.5.1 Zvýšená pracovní zátěž

S příchodem moderních technologií se zvyšují požadavky na zaměstnance, aby lépe a efektivněji předávali informace o svých pracovních krocích. Bohužel v mnoha případech čas strávený byrokratickými úkony převažuje čas strávený přímou zdravotně-sociální prací. To může vést k většímu pocitu stresu, až k frustraci a stagnaci pracovníkovy motivace vykonávat svoji profesi. K tomu se pojí i čím dál větší nároky na výkon ze strany zdravotně-sociálního pracovníka – v mnoha případech pracovník vykonává mnoho profesí najednou (sekretářka, právnička, poradkyně, terapeutka apod.), za které jsou málo finančně ohodnocovány (Stock, 2010).

2.5.2 Špatný kolektiv

Mobbing

„Mobbing je termín označující šikanu (drsněji teror na pracovišti). Jde o systematické pronásledování zaměstnance“ (Venglářová, 2011).

Dle Hubinkové a kol. (2008) se mobbing objevuje u lidí relativně psychicky vzdělaných a je doprovázen minimem fyzických útoků. Důvody vzniku mobbingu jsou:

- přetížení zaměstnance,
- napětím, vyvoláváním zbytečných hádek,
- špatnou organizací práce,
- nudou šikanátora,
- špatným řízením ze strany vedoucího či firmy jako celku,
- konkurenčním tlakem,
- obavou ze ztráty zaměstnání

Šikana je ve většina případů velmi obtížně rozeznatelná, ani spolupracovníci či vedoucí si nemusí všimnout žádných zjevných náznaků. Mezi ně může patřit:

- pomluvy, drby, fámy,
- křik, nadávky,
- zesměšňování, podrážení autority,
- útoky na soukromí,
- izolace šikanovaného pracovníka z kolektivu

Jedním z důvodů, proč je šikana na pracovišti velmi těžko rozpoznatelná, je, že se šikanovaný obává ztráty zaměstnání, tím nezmíní žádné tlaky na jeho práci či na jeho osobu (Hubinková, 2008).

Bossing

Bossing je odvozeno od slova boss, neboli šéf, koncovka -ing je připojena z důvodu šikany. Jedná se o systematickou šikanu, jejímž hlavním aktérem je nadřízený, šéf (Venglářová, 2011). Typickou charakteristikou bossingu je záměrné přetěžování zaměstnance, nadřízený očekává nerealistické pracovní výkony, nebo naopak přiděluje zaměstnanci práci neodpovídající jeho vzdělání (např. zametání dvora při vysokoškolském vzdělání). Bossing je v globálním měřítku hůře řešitelný, protože se jedná o šikanu vedoucího – zaměstnance a zaměstnanec se může obávat o ztrátu svého zaměstnání (Novák, 2010).

2.5.3 Osobnostní rysy

Dle Stocka (2010) se v praxi vyskytují dva typy osobností, kde se vyskytuje riziko vzniku syndromu vyhoření. První z nich nazval typ A. Tento typ se vyznačuje počáteční úspěšností v pracovní oblasti, avšak jeho bojovnost a neústupnost mají za následek konflikty mezi pracovníky. Tím se distancují od ostatních a mají tendence vše vykonávat sami bez cizí pomoci. Poté jsou dobrovolně vystavováni mnoha stresorům, které jsou až neúnosné. Důsledkem je nerovnováha mezi vypětím a relaxací a stresem a odpočinkem. Tento typ se také vyznačuje workoholismem – kromě práce pro něho nemá smysl a nechce se tím zabývat, v jeho hodnotovém žebříčku je na prvním místě pouze práce a zbytek je odsunut do pozadí. Před vznikem vyhoření lze spatřovat určité varovné signály – poruchy spánku a relaxace, neexistence koníčků a podrážděnost.

Druhý typ osobnosti se zvýšeným rizikem vzniku syndromu vyhoření je typ B. Typ B se projevuje diametrální odlišností od typu A. Lidé s touto osobností jsou více flegmatictí, projevují se nízkou angažovaností až absolutní nečinností. Výsledkem je pocit nenaplnění, až neochota vykonávat práci a tendence odchodu do jiné pracovní sféry (Stock, 2010).

Bartošíková (2006) říká, že důležitým osobnostním znakem pro vznik syndromu vyhoření je schopnost odolnosti vůči zátěži. Pro prevenci proti vzniku syndromu vyhoření je potřebné rozlišovat schopnosti odolnosti vůči stresu.

2.6 Prevence syndromu vyhoření

Vedoucí pracovník

Podle Bartošíkové (2006) je potřebné realizování prevence proti syndromu vyhoření i na rovině vedoucího pracovníka. Ten je totiž zodpovědný za chování svých podřízených v zaměstnání. Jak již bylo definováno v předchozí kapitole, syndrom vyhoření se objevuje jak v rovině soukromé, tak i v rovině pracovní.

Pokud vedoucí pracovník přijme nového zaměstnance, od té doby je potřebná realizace prevence syndromu vyhoření. Vedoucí pracovník by „nováčkovi“ měl vysvětlit, jaká je realita tohoto zaměstnání, jaké jsou jeho zkušenosti, seznámit ho s pravidly. Dále by měl pracovníka motivovat ke zdravějšímu vnímání svého zaměstnání, pochválit ho a zahrnout do týmové práce. Zároveň by vedoucí pracovník měl dávat pozor na osobnost podřízeného. Pokud bude podřízený osobnostně optimistický a veselý, není potřebné tuto vlastnost regulovat (Bartošíková, 2006).

Pokud by vedoucí pracovník rozpoznal u svého podřízeného stopy neochoty nebo nespokojenosti, měl by se zeptat, co se změnilo a jakým způsobem lze ovlivnit jeho smýšlení. V této fázi je potřebné větší zapojení ostatních pracovníků, kteří pomocí supervize v týmu jsou ochotni svůj psychický i tělesný stav definovat, popřípadě společně nacházet vhodná řešení (Bartošíková, 2006).

Pokud však vedoucí pracovník nerozezná tyto varovné signály a pracovník přejde až do stádia apatie a vyhoření, lze vymyslet několik řešení. Buďto bude pracovník nadále pracovat v daném zařízení a využije podpory týmu a nějakých odborníků, nebo ze zaměstnání odejde pracovat do jiného sektoru (Bartošíková, 2006).

Zaměstnanec

Každý zaměstnanec před nástupem do zaměstnání by měl být připraven na to, jaká rizika přináší toto zaměstnání a co je náplní práce. K tomu lze připojit osobní vyhledávání informací o povolání, čtení literatury či jiných zdrojů. Podle toho by mělo být vytvořeno reálné nahlížení na zaměstnání, tím lze předcházet vzniku první fáze syndromu vyhoření. Dále je potřebná důkladná sebek péče o vlastní psychické i emocionální zdraví. Je důležité, aby pracovník přijal sám sebe se svými limitovanými možnostmi a omezeními. Tím, že

pracovník sám sebe přijme takového, jaký je, může se pokusit i se svými možnostmi vykonávat velmi dobrý pracovní výkon, ale ne na úkor svého zdraví (Venglářová, 2011).

Další prevencí proti syndromu vyhoření může být oddělování práce od soukromého života. Každý pracovník by měl mít nějaké obranné rituály, jak izolovat pracovní stránku a soukromí. Pokud pracovník dovolí své práci vstupovat do svého soukromí, lze očekávat, že mezi ním a rodinou i okolím se začne vytvářet propast plná nepochopení, a tím ke vzniku distance jedince od všech, kteří ho „nechápu“ (Venglářová, 2011).

Relaxace

Každý pracovník by měl mít na paměti, že neexistuje pouze práce, ale také i volný čas. Ztrátou zájmů jsou ohroženy spíše ženy, které v práci vykonávají pečovatele, poté se vrátí domů a stávají se z nich matky a manželky, které dále pokračují v pečování. Tím neexistuje žádný prostor pro relaxaci či dokonce zábavu, tím tato žena může pociťovat unavenost (Venglářová, 2011).

Koníčky (hobby)

„Pěstování osobních zájmů, zálib, koníčků vnáší do života radost, uvolnění a uspokojení. Člověk, který se věnuje svým zájmům, je také tolerantní k zájmům druhých“ (Venglářová, 2011, s. 37).

Každému jedinci bez ohledu na povolání koníčky přinášejí radost a obohacují život, zamítat je jen kvůli nedostatku času se nevyplácí. Pro každého člověka jsou koníčky a záliby zdrojem potěšení a energie. Pomocí koníčků lze také udržovat zdravou fyzickou i psychickou kondici a zdravý životní styl a zlepšují psychiku, tím mohou zlepšit kvalitu spánku (Venglářová, 2011).

2.7 Supervize a intervize

2.7.1 Supervize

I přes to, že se situace supervize ve zdravotnictví zlepšuje, stále se příliš tato metoda prevence ve zdravotnických zařízeních příliš často neobjevuje. Je ale vhodné si

připomenout, že tento způsob prevence existuje a že každý zdravotně-sociální pracovník má možnost se o tomto způsobu něco dozvědět.

Slovo supervize vzniklo z anglického slova *supervision* (super – nad a vision – hledět). Ve zkratce supervize lze pochopit jako dohled na zaměstnance v práci. V České republice se však tento pojem ujal jiným způsobem, i když je základní myšlenka stejná. V obou případech se jedná o maximalizování pracovníkových pracovních schopností pomocí dohledu. V České republice je však supervize brána spíše jako sebereflexe pracovníka, andragogické učení a organizační rozvoj, zatímco v anglicky mluvících zemích je tento pojem chápán jako přímý dohled vedoucího na pracovníka při práci (Havrdová, 2008).

Supervize brání zdravotně-sociálnímu pracovníkovi zapadnout do stereotypů, přináší mu nové pohledy na problematiku a učí ho lepšímu komunikování s klienty, zkrátka zkvalitňování práce s klienty, zahajovat sebereflexi či reflexi supervidovaného, pomáhá sladit své myšlenky (Schavel, 2013).

Existují dva typy supervize – individuální a skupinová. Individuální supervize se vyznačuje prací supervizora a jednotlivce, kde hlavní výhodou je větší časová možnost řešení případu jednotlivého pracovníka. Skupinová supervize probíhá formou skupinového sezení, kde společně všichni řeší různé problémy spojené se zaměstnáním. Výhodou skupinové supervize je možnost nahlédnutí do týmové spolupráce, jednotlivec může zjistit různé pohledy na danou problematiku a jiné možnosti řešení problému (Schavel, 2013).

2.7.2 Intervize

Intervize je forma supervize, při které není zúčastněný žádný odborný supervizor. Ve většině případů se jedná o skupinové sezení kolegů/kolegyň, které mají určitý problém a chtějí pomoci od zbytku skupiny, či pomoci najít nějaké společné řešení. Mnoho organizací, kde je součástí poslání výkon sociální práce, se tento jev objevuje nejčastěji. Důvodů může být hned několik: nedostatečná času ke svolání supervize, nedostatek finančních prostředků, potřeba konzultovat vše individuálně pouze mezi několika zaměstnanci (důvod zachování mlčenlivosti) a potřeba vytvořit přátelské prostředí bez přítomnosti autority (Venglářová, 2004).

3 SHRNUÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Na úvodu teoretické části této diplomové práce se zmiňuji o profesi zdravotně-sociálního pracovníka, neboli sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví. Nejdříve definuji legislativní vymezení, dle kterého může pracovník vykonávat své povolání. Nejdůležitějším zákonem je zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních (§10), dle kterého se sociální pracovník pracující ve zdravotnictví nazývá zdravotně-sociální pracovník. Dalším důležitým zákonem upravujícím tuto profesi je zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Ten definuje náplň této profese v oblasti sociální pomoci klientovi.

Dalším důležitým předpokladem pro výkon tohoto povolání je vzdělání. Opět zmíním zákon č. 96/2004 Sb. (§10), o nelékařských zdravotnických povoláních, kde je přesně definováno, které obory lze studovat pro splnění kritérií pro získání titulu zdravotně-sociálního pracovníka. Tím, že je toto povolání uskutečňováno i na rovině sociální pomoci klientovi, musí vzdělání tohoto pracovníka podléhat také zákonu o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Po skončení těchto studií nadále pracovník podléhá i tzv. celoživotnímu vzdělávání, které zaručuje prohlubování, obnovování, získávání a doplňování zkušeností potřebné pro svoji práci.

Aby zdravotně-sociální pracovník efektivně vykonával své povolání, musí splňovat určité požadavky, které jsou kladeny. Jedná se o osobnostní a profesní požadavky, které ovlivňují schopnosti pracovníka. Z osobnostních požadavků to jsou zejména schopnost nastavení hranic, schopnost empatie a umění komunikovat. Z profesních požadavků to jsou již zmíněná studia, či aktivní vyhledávání relevantních informací, které ke své práci potřebuje.

K výše zmíněným specifikám tohoto povolání také spadá i náplň práce. Dle mého názoru mnoho lidí netuší, co to ten zdravotně-sociální pracovník vůbec je, natož aby alespoň tušili, co taková profese obnáší a co vlastně dělá. Myslím si, že jeho odlišnost od ostatních sociálních pracovníků není vůbec velká, naopak se v mnohém shoduje, pouze se vykonává ve zdravotnictví, ne v sociálních službách. Kuzníková (2011) definovala nejzákladnější činnosti, které tento pracovník vykonává a jsou to sociální šetření, sociálně-právní poradenství, spolupráce s dalšími subjekty, spolupráce s jinými odborníky, péče o pozůstalé, psychické podporování klienta i rodiny a mnoho dalších.

Abych více přiblížila profesi zdravotně-sociálního pracovníka, přišlo mi důležité, abych zmínila i typologii klientů, se kterými se tento pracovník setkává. Zde pro rychlé shrnutí je pouze vyjmenuji. Jedná se o děti a mladistvé, matky s dětmi, oběti domácího násilí, osoby se zdravotním postižením, osoby v terminálním stádiu života, senioři a osoby žijící rizikovým způsobem života.

Jak jsem již zmínila výše, práce zdravotně-sociálního pracovníka má velmi široký obzor, kde všude může působit. Proto se může stát, že jeho dosažené vzdělání nepokrývá všechny segmenty jeho práce. K tomu slouží vytvoření tzv. multidisciplinárního týmu, kde každý profesionál, z každého svého odvětví realizuje péči ve svém segmentu pravomocí a zdravotně-sociální pracovník napomáhá ke propojení těch odborníků, kteří v jiných případech pracují samostatně.

Tím, že se povolání zdravotně-sociálního pracovníka uskutečňuje v prostředí soukromí klienta a napomáhá k řešení mnoha druhů problémů, tím se pracovník dostává do rozepře mezi jeho rolí jakožto vykonavatelem práva a obhájcem klienta. Aby byl pracovník uchráněn před rizikem vzniku velkých a obtížných dilemat, profesionální asociace sociálních pracovníků vytvořila tzv. Etický kodex sociálních pracovníků, ve kterém se objevují základní principy, které musí pracovník dodržovat, aby se nadále realizovaná řešení mohla nazývat etickými.

Z názvu práce vyplývá, že zdravotně-sociální pracovník pracuje ve zdravotnických zařízeních. Která to ale jsou? Na základě této myšlenky jsem rozepsala kapitolu, co to zdravotnické zařízení je. Dále jsem popisovala, ve kterých zařízeních tento pracovník pracuje a přichází do kontaktu s klienty. Mezi místa s nejčastějším nálezem těchto pracovníků jsou nemocnice. Troufám si říci, že neexistuje v České republice nemocnice, která by neměla tohoto odborníka. Dalším místem jsou hospice a léčebny dlouhodobě nemocných, kde je spolupráce s těmito druhy klientů dlouhodobější, než tomu je v nemocnicích.

V druhé části teorie popisují syndrom vyhoření. Na začátku píší různé druhy definic dle různých autorů. Tím, že syndrom vyhoření je následek stresu, přišlo mi vhodné se zabírat i tímto tématem. Zde popisují, co to stres je, jaké jsou jeho podoby a co znamená, když je člověk ve stresu. Nadále pokračuji v popisování syndromu vyhoření jako takovému. Vypisují fáze, které vedou k syndromu. První, tzv. Idealistické nadšení, se projevuje

vysokým pracovním nasazením jedince s kladením velkých nároků na vlastní výkon. Tento stupeň vyhoření může být velmi rizikový, protože vnitřní nastavení jedince může být tak vysoké, že cokoli co ho odrazuje od práce nechce vnímat, a tím se narušuje pracovníkovo soukromí, což může mít za následek osobní izolaci a ztrátu kontaktu se svým společenským prostředím. Jak budu zmiňovat níže, je potřebné i tuto fázi rozpoznat a zahájit včasnou prevenci jak ze strany zaměstnance, tak i zaměstnavatele. Druhá fáze je tzv. fáze stagnace. V této fázi si pracovník připustil realitu a začíná přemýšlet a přehodnocovat své ideály. Začíná také zjišťovat, že práce mu již nepřináší tolik uspokojení, jak doufal a začíná se orientovat na ty oblasti života, kterým se předtím vyhýbal. V poslední fázi, tzv. apatii, se syndrom objevuje jako obranný mechanismus proti vnějším vlivům a nastává vnitřní rezignace. Pracovník se všemu vyhýbá, izoluje se, vše se snaží vyřídit co nejrychleji.

V další kapitole se věnuji projevům syndromu vyhoření. Pro vytvoření výčtu jsem si vybrala knihu Kebzy a Šolcové jménem *Syndrom vyhoření* (2003). Dle jejich názoru se syndrom se projevuje na třech základních rovinách, kde na první, psychické úrovni, syndrom ovlivňuje tzv. well-being (pohoda) člověka. To se projevuje emocionální vyprahlostí, neempatickým chováním, celkové unavenosti, cynismem, pocity smutku až v extrémních případech agresí. Další úroveň vlivu je fyzická úroveň. Ta se projevuje tělesnou únavou, ochablostí, dýchacími a zažívacími obtížemi a nechutí k fyzickým výkonům. Nakonec poslední úrovní je úroveň sociálních vztahů. Jedinci trpící syndromem vyhoření se zdráhají vytváření jakéhokoli kontaktu se svým prostředím, ale také postupnou totální izolací.

Po výčtu projevů syndromu vyhoření se přesouvám na popis příčin vzniku tohoto syndromu. Na začátku příčiny rozdělují do dvou podkapitol, kde rozlišují, zda působí z vnitřního či vnějšího prostředí. K vnitřním vlivům udávám nereálné představy o zaměstnání, přehnaný optimismus, dokonalost, preciznost, neschopnost vyrovnat se s vlastními chybami, vztahovačnost, naivní pohled, perfekcionalismus a přílišnou kritičnost vlastní osoby. Dále k tomu připojuji i tzv. *syndrom pomáhajícího*, který je dle Venglářové (2011, s. 27) nebezpečný pro budoucí vývoj psychiky člověka. Projevuje se tím, že jedinec není schopen izolovat osobní a pracovní stránku své osobnosti, má přílišnou chuť do práce, pracování přesčas a neustálým řešením pracovních záležitostí i ve svém volném čase.

U vnějších vlivů zmiňuji ignoraci osobních potřeb ze strany zaměstnavatele, nepochopení od okolí, stagnující klienti, problémy v osobním životě a nesoudržnost a problémy v kolektivu.

Problémy v kolektivu nadále rozepisuji v následující kapitole, jenž se jmenuje Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření. Zde popisuji již zmíněné problémy kolektivu, vyvrcholený mobbingem a bossingem, zvýšená pracovní zátěž, které je dle mého názoru ještě více vystupňovaná a osobnostními rysy, které inklinují ke vzniku tohoto syndromu. Mobbing a bossing jsou termíny označující šikanu na pracovišti. Rozdíl mezi těmito pojmy je takový, že mobbing se týká pouze šikany ze strany zaměstnance ke zaměstnanci, zatímco bossing se vyskytuje u vztahu vedoucího vůči zaměstnanci. Základním projevem této šikany je že aktérem je nadřízený, který záměrně a účelně přetěžuje zaměstnance, nebo zaměstnanci přiděluje úkony mimo rámec pracovní smlouvy. Když zmíním i podkapitulu osobnostních rysů, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření, Stock v knize *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout* (2010) popisuje, že se objevují dva typy osobností, u kterých se objevuje riziko vzniku syndromu vyhoření. Prvním z nich je typ A, který se vyznačuje počátečním pracovním úspěchem, závist ze strany kolegů a vznik konfliktů na pracovišti. Proto se tento typ ode všech izoluje a vyznačuje se workoholismem – vše si raději zařídí sám. Toto všechno má za následek totální vyčerpání a nerovnováha mezi pracovním vypětím a relaxací. Lidé s druhým typem osobností jsou více flegmatictí a nízkou angažovaností v pracovní oblasti. Výsledkem je pocit nenaplnění, až neochota vykonávat práci a tendence odchodu do jiného zaměstnání.

Další kapitola obsahuje informace o prevenci syndromu vyhoření. Ze začátku jsem prevenci rozdělila do těchto kategorií: vedoucí pracovník, zaměstnanec, relaxace, koníčky (hobby). Rozdělila jsem to takto z toho důvodu, že mi přišlo důležité, aby se prevence rozlišovala na rovině jak vedoucího pracovníka, tak i na rovině zaměstnance. Vedoucí pracovník je důležitou složkou při prevenci, a to tím způsobem, že je nadřízený zodpovědný za chování svých pracovníků. Dle již vyjmenovaných fází syndromu vyhoření, vedoucí pracovník musí být schopen zjistit, zda pracovník již trpí syndromem vyhoření, či nikoli. Pokud je podezření na toto chování, musí zahájit kroky ke limitování dosahu syndromu.

Ale abych vše uvedla na pravou míru, ne všechna zodpovědnost ohledně syndromu vyhoření závisí i na chování zaměstnance. Již při příchodu do nového zaměstnání by měl

každý pracovník mít reálná očekávání, jaké je zaměstnání, které si vybral. Dále by měl být schopen určité sebereflexe a měl by umět pochopit i sám sebe. Například musí si umět vystavit nějaké hranice a vytvořit si obranné rituály napomáhající mu k určitému odstupu.

Dále popisují důležitost relaxace. Je důležité, aby každý pracovník byl schopen rozlišovat, že neexistuje pouze práce, ale také i volný čas či dokonce zábava. K zábavě se pojí koníčky, které přinášejí obohacení života a radost. Koníčky napomáhají i k udržování fyzické a psychické pohody.

V poslední podkapitole zkráceně popisují, co je intervize a co je supervize. Supervize je důležitá pro prevenci syndromu vyhoření, a to tak, že pomáhá zdravotně-sociálnímu pracovníkovi nezapadat do stereotypů, přináší mu nové pohledy a učí ho k lepší komunikaci jak s klienty, tak i s kolegy. Intervize pomáhá pracovníkům ve stejných rovinách jako supervize, avšak rozdíl je v tom, intervize se realizuje bez odborného supervizora. Intervize je realizovaná častěji než supervize. Může to být z důvodu, že není dostatek času a finančních prostředků, potřeba konzultace problému mezi určitou skupinou pracovníků individuálně a potřeba vytvoření přátelského prostředí bez přítomnosti autority.

Pro potřeby realizovaného výzkumu jsem využila teoretické poznatky hlavně v oblasti syndromu vyhoření. Nejdůležitějším poznatkem bylo teoretické analyzování projevů syndromu vyhoření, na které byla vytvořena jedna otázka výzkumu. Dalším důležitým poznatkem bylo popisování prevence syndromu vyhoření, kde se poznatky z teoretické části staly předlohou ke vytvoření otázek týkající se jak přímou prevencí, kterou využívají zdravotně-sociální pracovníci, tak i supervizí či intervizí, jaký má pro ně význam.

Výzkumná část

4 METODICKÁ ČÁST

Jak bylo zmíněno v úvodu této práce, pojem sociální práce ve zdravotnictví není tak známé, mnoho lidí o tomto povolání nemá zdání a už vůbec nikdo neví, že takové zaměstnání může být rizikové pro vznik syndromu vyhoření. Na základě studia toho oboru na bakalářském stupni vysoké školy mi vytanulo na mysl, že bych tuto problematiku mohla zkoumat v rámci výzkumu mé diplomové práce.

4.1 Cíle výzkumu

Na začátku jsem si definovala cíle pro výzkum, které budou sloužit jako počátek i osnova celého výzkumu.

Hlavní cíl: Zjistit, jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jeho vliv na pracovní výkon a posouzení prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. Poté jsem tento hlavní cíl rozdělila do dílčích cílů (1 až 3).

Dílčí cíl (DC1) je: Zjistit znalosti sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví o projevech syndromu vyhoření a jejich subjektivní vnímání.

Druhý dílčí cíl (DC2) je: Zjistit, jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví.

Poslední, **třetí dílčí cíl (DC3)** je: Zjistit, jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví.

4.2 Výzkumné otázky

Z těchto cílů jsem vygenerovala výzkumné otázky, které zní takto:

Hlavní výzkumná otázka:

- Jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jaký je jeho vliv na pracovní výkon a jaké jsou možnosti prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

Dílčí výzkumné otázky:

- **DVO1:** Jaké mají sociální pracovníci pracujících ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?
- **DVO2:** Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?
- **DVO3:** Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?

Poté, co jsem si definovala, jaké jsou jak cíle, tak i výzkumné otázky mé diplomové práce, vytvořila jsem Transformační tabulku č.1, kde jsem všechny výzkumné otázky rozepsala a následně jsem k nim vytvořila tzv. Tazatelské otázky, které byly předlohou pro realizovaný polostrukturovaný rozhovor s informanty.

Tabulka 1 Transformační tabulka

Hlavní výzkumná otázka: Jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jaký je jeho vliv na pracovní výkon a jaké jsou možnosti prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?			
Dílčí výzkumné otázky (DVO1,2,3)		Indikátory	Otázky tazatelské otázky TO
DVO1: Jaké mají sociální pracovníci pracujících ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?	DVO I.1: Jaké projevy syndromu vyhoření znají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?	Znalost syndromu vyhoření	TO1: Jaké znáte projevy syndromu vyhoření?
	DVO I.2: Jaké projevy syndromu vyhoření vyzorovali sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví u svých kolegů/kolegyň?	Existence syndromu vyhoření u spolupracovníc.	TO2: Jaké projevy syndromu vyhoření jste vyzoroval/a u svých kolegů/kolegyň?

	DVO I.3: Jaké projevy syndromu vyhoření jsou sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví vnímat u sebe sama?	Subjektivní hodnocení syndromu vyhoření	TO3: Jaké projevy syndromu vyhoření jste schopný/a vnímat u sebe sám/sama?
DVO2: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?	DVO II.1: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon kolegů/kolegyň informanta?	Vliv syndromu vyhoření na výkon spolupracovnic.	TO4: Jak ovlivňuje syndrom vyhoření pracovní výkon spolupracovnic/spolupracovníků?
	DVO II.2: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon informanta?	Subjektivní hodnocení vlivu syndromu vyhoření na výkon.	TO5: Jak je ovlivněn syndromem vyhoření Váš pracovní výkon?
DVO3: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?	DVO III.1: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?	Možnosti prevence syndromu vyhoření.	TO6: Jakou prevenci syndromu vyhoření používáte?
	DVO III.2: Využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví supervizi a jaký má pro ně význam?	Využití supervize a její význam	TO7: Jak je na Vašem pracovišti využívána supervize/intervize a jaký je podle Vás její vliv na prevenci vyhoření?

Zdroj: Vlastní výzkum

Z důvodu lepší přehlednosti přikládám tabulku se seznamem tazatelských otázek, které jsem kladla informantům při výzkumu.

Tabulka 2 Seznam tazatelských otázek

Tazatelské otázky TO	Obsah
TO1	Jaké znáte projevy syndromu vyhoření?
TO2	Jaké projevy syndromu vyhoření jste vyzoroval/a u svých kolegyň/kolegů?
TO3	Jaké projevy syndromu vyhoření jste schopný/a vnímat u sebe sám/sama?
TO4	Jak ovlivňuje syndrom vyhoření pracovní výkon spolupracovníc/spolupracovníků?
TO5	Jak je ovlivněn syndromem vyhoření Váš pracovní výkon?
TO6	Jakou prevenci syndromu vyhoření používáte?
TO7	Jak je na Vašem pracovišti využívána supervize/intervize a jaký je podle Vás její vliv na prevenci vyhoření?

Zdroj: Vlastní výzkum

4.3 Definice kvalitativního rozhovoru

Pro svoji diplomovou práci jsem jako metodiku výzkumu zvolila kvalitativní sběr dat. Kvalitativní výzkum je nenumerné sbírání nominálních dat. Poskytuje hlubší, reálný vhled do dané problematiky. Základním pilířem kvalitativního průzkumu je poskytování průchodu myšlenkám informanta a sledovat jeho vlastní pochopení a participaci u problému. Kvalitativní průzkum proto vyniká lepším propojením světa informanta a průzkumníka. Informanti jsou schopni lépe a výstižněji definovat a verbalizovat jejich myšlenky a mohou tak přikládat význam věcem, vztahům, motivacím apod., které jsou pro problematiku důležité (Čadová, 2019).

Švaříček (2014) říká, že základní metodou kvalitativního sběru dat je hloubkový polostrukturovaný nestandardizovaný rozhovor. Tento typ rozhovoru je nejvíce využíván

studenty vysokých škol pro jeho lehké využití. Výzkumník si předem připraví otázky, pomocí kterých se ptá na danou problematiku, kterou zkoumá, ale také dává prostor pro osobní interpretaci odpovědí ze strany informanta, v případě nutnosti může výzkumník pozměnit pořadí otázek, dle pořadí určeného informantem.

4.4 Výzkumný soubor

Informanti zvoleni pro tento výzkum byli odborníci ve zdravotně-sociální práci ve zdravotnickém zařízení. Pro zařazení pro průzkumu museli splňovat podmínku výkonu práce zdravotně-sociálního pracovníka nebo sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví. **Výběr** zařízení **byl cílený**. Další podmínkou pro provedení výzkumu bylo nutné, aby všichni informanti poskytli souhlas se sběrem, zpracováním a zanalyzováním dat. Také bylo potřebné, aby informanti souhlasili s nahráváním rozhovoru na mobilní telefon, který se stal klíčový pro sběr dat a následnému přepisu do písemné podoby v aplikaci Microsoft Word.

Pro zachování anonymity byla informantům přidělena čísla. Vzhledem k dohledatelnosti osob podle věku a pohlaví, nejsou tyto údaje u informantů uváděny. Aby bylo možné přehledně zpracovávat sebraná data, rozhodla jsem se, že informantům přiřadím vytvořené přezdívky, které se nazývají **I1, I2, I3, I4, I5 a I6**.

Z důvodu pandemické situace někteří oslovení informanti nebyli schopni výzkum realizovat. Z celkového počtu deseti informantů byli někteří v karanténě, či jejich pracovní povinnosti jim nedovolovaly z časového důvodu spolupracovat. Proto se počet informantů, kteří realizovali rozhovor snížil na pouhých šest.

Tabulka 3 Soubor respondentů

Informant	Pozice	Délka praxe
I1	Zdravotně-sociální pracovník	10
I2	Zdravotně-sociální pracovník	3
I3	Zdravotně-sociální pracovník	8
I4	Zdravotně-sociální pracovník	1
I5	Zdravotně-sociální pracovník	7
I6	Zdravotně-sociální pracovník	5

Zdroj: Vlastní výzkum

4.5 Etická rizika a rizika validity výzkumu

V průběhu celého výzkumu jsem dodržovala základní etické principy. Účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná, všichni informanti byli seznámeni s průběhem výzkumu. Před zahájením všichni účastníci podepsali informovaný souhlas, jehož kopii přikládám do příloh. V něm se objevují informace, jak mohou postupovat, pokud by nechtěli dále v rozhovoru pokračovat, či nechtěli na otázku odpovědět.

Jak jsem zmiňovala výše, před rozhovory jsem podepsala prohlášení o mlčenlivosti, která vyžadovala zařízení, ve kterých jsem výzkum prováděla. V nich byla zmíněna podmínka pro realizaci výzkumu, že pracovníky i zařízení musím zcela anonymizovat.

Validitu získaných dat jsem ošetřila tak, že jsem s každým informantem komunikovala individuálně bez přítomnosti někoho jiného, tím se zachovala autentičnost odpovědí.

4.6 Popis organizace a průběh výzkumu

Jak jsem zmínila v předchozí kapitole, výběr vzorku pro vlastní výzkum byl cílený. Aktivně jsem oslovila zařízení, které jsem znala z předchozího bakalářského studia. Kontaktovala jsem vedoucí oddělení, kde se tento druh práce vykonává a popsala jsem jim, proč chci výzkum realizovat a jaká bude přibližná struktura rozhovorů. Tím, že se podmínky pro realizaci výzkumu zhoršily, byla jsem mnoha pracovníky odmítnuta.

Před zahájením výzkumu jsem v daném zařízení podepsala formuláře, které zajišťují moji mlčenlivost i anonymizování informantů. Poté jsem s každým pracovníkem odděleně bez jiných osob prováděla rozhovor, při němž jsem po vzájemné dohodě používala mobilní telefon pro nahrání zvukové nahrávky pro efektivnější zpracování do písemné podoby. Průměrná doba rozhovorů činila okolo deseti minut.

4.7 Transkripce

Po sesbírání dat pomocí aplikace diktafon na mobilním telefonu jsem přepsala všechny rozhovory v Microsoft Wordu. Tento proces se nazývá transkripce, jenž Hendl (2005) popisuje jako „*proces převodu mluveného projevu či interview do písemné podoby*“. Většinu rozhovoru jsem přepisovala do podoby tzv. Shrnujícího protokolu, který jistým způsobem využívá možnost shrnutí, a tím snížením časové náročnosti přepisu (Hendl, 2005). Realizovala jsem to u těch rozhovorů, kde byly přítomné složky různých hovorových vsuvek či jiných pro můj výzkum nepodstatných prvků. Jako příklad jsem jeden rozhovor přepsala doslovně, kde se tyto různé vsuvky objevují. Názvy rozhovorů jsem přiřadila k přezdívám vyslýchaných informantů.

5 INTERPRETACE ZJIŠTĚNÝCH INFORMACÍ

Jak již bylo zmíněno v předchozích kapitolách, hlavní cíl výzkumu jsem rozdělila do dílčích výzkumných cílů, které jsem následně převedla na dílčí výzkumné otázky.

5.1.1 DVO1 - Jaké mají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?

V této oblasti se tazatelské otázky týkají znalosti informantů o syndromu vyhoření, jaké jsou dle jejich názoru příznaky tohoto onemocnění, jaké příznaky mají dle jejich názoru kolegové a jaké příznaky jsou schopni vnímat u sebe sama.

Jaké znáte projevy syndromu vyhoření?

Tato otázka mi přišla velmi důležitá pro zjištění informovanosti informantů o tomto problému, zda alespoň lehce tuto problematiku znají a jsou schopni o ní mluvit.

Odpovědi byly různé. Projevů syndromu vyhoření je mnoho (emoční, psychické tělesné, psychosomatické apod.). K mému překvapení informant č. 4 uvedl, že projevem může být i agresivita: *„Znám únavu, nespavost, podrážděnost, agresivitu, nechut' jít do práce a duševní a fyzickou nepohodu.“ (14)*

Velmi mě překvapila odpověď informanta č. 3, která byla velmi rozsáhlá a pokryla všechny aspekty, které se mohly projevů syndromu vyhoření týkat:

„Co si pamatuju ze školy, tak se to rozdělovalo na fyzické, emoční a na poruchy chování. Do toho spadá ztráta energie, pocit vyčerpání, chronická únava, oslabená imunita, pak taky zhoršená koncentrace a paměť. Dál si myslím, že tam je negativismus, nespokojenost, podrážděnost, vytváření zbytečných konfliktů, pocity zklamání. V chování si myslím, že to je ztráta nadšení, ztráta motivace, izolace ode všech, zvýšená konzumace návykových látek, agrese a časté konflikty.“ (13)

Další odpovědi byly také obsáhlé, lze podotknout, že o této problematice mají alespoň základní vědomosti, tudíž jsou schopni na další otázky relevantně odpovídat.

„No, myslím si, že se to nejvíce projevuje nezájmem o práci a o klienta. Pak to může být taky ztráta motivace, emoční nestabilita, v nejhorším případě depresivní myšlenky, poruchy soustředění a spánku.“ (I1)

„Myslím si, že to jsou deprese, nespavost, nechutenství, snížení sexuální aktivity, negativní přístup k životu a podrážděnost. Jsou i další, ale teď si nevzpomenu.“ (I2)

„V novinách se nejvíce píše o tom, jak jsou na tom lidi psychicky špatně a mají deprese. Věřím, že je to pravda, hlavně v téhle době.“ (I5)

„Myslím si, že to je nespavost, nízká empatie, bolest hlavy, neochota komunikovat, či dokonce uzavření se přede všemi a neochota pracovat.“ (I6)

Jaké projevy syndromu vyhoření jste vyzoroval/a u svých kolegů/kolegyň?

K mému překvapení většina informantů uvedla nějaké projevy syndromu vyhoření. Avšak jeden informant, č. 4, uvedl, že si není vědom, že by byl ovlivněn pracovní výkon kolegyň:
„Nejsem si vědoma, že by byl nějak ovlivněn pracovní výkon mých kolegyň.“ (I4)

Zbylí informanti řekli, že si všimají různých projevů syndromu vyhoření u svých kolegů či kolegyň. Jeden informant uvedl, že si o pocitu vyhoření povídají i mezi sebou navzájem. Lze to pochopit z odpovědi informanta č. 1: *„Tak určitě je to ztráta motivace, laxnost ke klientům a kolegům. Pak mluví kolegové mluví o poruchách spánku, které taky určitě k tomu patří. Ještě mívají i agresivní reakce. A vyhýbají se práci tím, že utíkají do nemoci (fiktivní nemocenská – poznámka autorky).“ (I1)* To samé potvrdil ve své odpovědi i informant č. 3: *„Tak určitě jsem si všimla ztráty motivace. Pak často kolegyně mluví o tom, že z té práce ztrácejí chuť k jídlu a že už se jim nechce pracovat.“ (I3)*

Zjevných problémů plynoucích ze syndromu vyhoření si všimli i ostatní informanti, kteří udávali, že si nějakých příznaků všimají. Jedná se o odpovědi informantů č. 2, 5 a 6, které jsou vypsány níže.

„Jedna kolegyně byla evidentně vyhořelá, pořád se nám vyhýbala, jako by se od nás izolovala. Když jsme se jí ptali, co je, tak byla podrážděná.“ (I2)

„Mají horší náladu a sníženou empatii. Méně komunikují s pacienty a mají pomalejší pracovní tempo.“ (I5)

„Jsou unavené, izolují se, nechtějí moc pracovat a stěžují si.“ (I6)

Jaké projevy syndromu vyhoření jste schopný/á vnímat u sebe sám/sama?

V této oblasti výzkumu jsem se obávala touhy po ukončení rozhovoru ze strany informantů, ale byla jsem mile překvapena, že každý z nich byl schopen sebereflexe a byl ochoten odpovědět na tuto otázku.

Pouze jeden informant (I2) uvedl, že se necítí být vyhořen, pouze podrážděn: *„Asi žádné, necítím se vyhořelá, možná občas podrážděná, ale to má asi každý.“ (I2)* Pocit podráždění uvedl i informant č. 5: *„Cítím se pořád podrážděná. Když jsem doma, tak nad prací furt přemýšlím a nedokážu to zastavit. Pak jsem z toho strašně unavená.“ (I5)*

Po zaměření na další část odpovědi informanta č. 5, lze si povšimnout, že se tam objevuje odpověď týkající se únavy. To samé uvedli informanti č. 3 a 4, kdy odpověď informanta č. 3 zněla takto: *„Když toho mám opravdu hodně, dokážu u sebe vnímat, že jsem méně motivovaná, ztrácím nadšení z odvedené práce, hůř spím, mám zažívací potíže, jsem vyčerpaná, pak se hůř soustředím.“ (I3)* a u informanta č. 4 se objevovala v tomto znění: *„Začínám zjišťovat, že mě ta práce nebaví, pak se málo soustředím, jsem celkově unavená a cítím se napjatá. Proto se radši od všech izoluju, ať nejsem protivná.“ (I4)* Pokud budu v řetězci pokračovat nadále, v další části odpovědi se vyskytuje porucha soustředění. To samé cítí i informant č. 1, který uvedl, že: *„Neměla bych to říkat, ale je to ztráta motivace, podrážděnost a porucha soustředění“ (I1)*

Jako ojedinělou odpověď vnímám odpověď informanta č. 6, který řekl toto: *„Často špatně spím, z toho mě bolí hlava a cítím se unavená a ode všech si držím odstup.“ (I6)*

5.1.2 DVO2: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

V této oblasti výzkumu jsem si vytyčila za cíl zjištění vlivu syndromu vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví.

Jak ovlivňuje syndrom vyhoření pracovní výkon Vašich spolupracovníků/spolupracovnic?

Na začátku bych chtěla zmínit odpověď informanta č. 5, který řekl: „*Myslím si, že práci plní stejně, ale nemají tolik chuť komunikovat s pacienty.*“ (I5) Zmiňuji to proto, že mi přijde důležité, aby i v této nelehké době pracovníci/ce nepodléhali syndromu vyhoření a aby to nemělo vliv na pracovní výkon. Pokud tuto odpověď rozvedu, tak si tento informant všiml pouze nechuti komunikace s pacienty. Obdobnou odpověď jsem obdržela i od informanta č. 6, který uvedl: „*Nechtějí tolik chodit do práce, snižene komunikují, mají nižší empatii a nesoustředí se.*“ (I6) Pokud tuto odpověď dále zanalyzuji, lze si povšimnout, že součástí této odpovědi je i nižší empatie. Toto jako problém ovlivňující pracovní výkon uvedl i informant č. 3, který uvedl, že: „*Když toho máme v práci až nad hlavu, tak vidím, že jsou kolegyně méně ochotné s čímkoli pomoci, nechtějí se moc bavit a jsou méně empatické ke klientům.*“ (I3) Z tohoto výčtu odpovědí lze pochopit, že sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví vnímají syndrom vyhoření jako problém, který reálně ohrožuje pracovní výkon kolegů či kolegyně. Pouze jeden informant, č. 4, toto nevnímá a nemyslí si, že by byl nějak ovlivněn pracovní výkon kolegů či kolegyně: „*Nejsem si vědoma, že by byl nějak ovlivněn pracovní výkon mých kolegyně.*“

Další odpovědi informantů č. 1 a 2 jsou:

„*Když se v práci objeví nějaký stres a nestíháme, tak vidím nespolehlivost, podrážděnost a výmluvy, což zcela chápu.*“ (I1)

„*Dost razantně ho snižuje, celkově mají někdy negativní přístup k práci, nebo se jim nechce a jsou z toho otrávený, i když se jedná o naprosto jednoduchý pracovní úkon.*“ (I2)

Z výsledků lze pochopit, že téměř každý informant se setkává s negativním vlivem syndromu vyhoření na pracovní výkon u svých kolegů či kolegyně. Dle mého názoru má na toto vliv i současná nelehká situace, která práci zdravotně-sociálním pracovníkům neulehčuje.

Jak je ovlivněn syndromem vyhoření Váš pracovní výkon?

U této otázky jsem se obávala nízké schopnosti sebereflexe, ale byla jsem příjemně překvapena. Všichni informanti mi byli ochotni nadále odpovídat.

Chtěla bych zde zdůraznit odpověď informanta č. 2 (I2), který odpověděl: „*Nemyslím si, že by mi syndrom nějak ovlivňoval můj výkon, necítím se být vyhořelá, jen jsem někdy kvůli práci protivná, ale to asi každý.*“ Smutné je, že pouze tento jediný informant uvedl toto jako odpověď.

Znovu bych chtěla poukázat na vysokou míru sebereflexe, kterou jsou sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví schopni realizovat. Líbilo se mi, že všichni informanti se zamysleli, než odpověděli a odpovídali na základě svých zkušeností, jak dle jejich názoru je jejich pracovní výkon ovlivněn. Líbila se mi odpověď informanta č. 3, který reflektivně zhodnotil, že se od svých kolegů či kolegyně neliší. „*Myslím si, že to mám dost podobně jako kolegyně, takže mám zhoršenou výkonnost a flexibilitu a schopnost kooperace.*“ (I3)

Zaujala mě odpověď informanta č. 4: „*V případě, že bych trpěla syndromem vyhoření, tak by to nejspíš bylo zhoršené soustředění, výpadky paměti a nechuť řešit některé problémy klientů.*“ (I4) Když jsem se doptávala, co tím myslí, nebyla schopna tuto odpověď rozvést. Z toho celého kontextu jsem pouze pochopila, že někdy, hlavně ve vypjatých a stresových situacích, se informantka cítí být méně soustředěná, má výpadky paměti a má nechuť řešit některé problémy klientů.

Dále mě překvapily odpovědi informantů č. 1 a 6, kde se u obou odpovědí objevovala prokrastinace: „*Když toho mám až nad hlavu, tak si sama na sobě všímám, že mám nižší pracovní tempo, chybují a prokrastinuju.*“ (I1) a „*Když už toho mám pokrk, tak na sobě pozoruji, že mi si toho tolik nepamatuju, kolikrát musím hodně přemýšlet, abych si vzpomněla, prokrastinuju a nespím tak dobře, jak bych potřebovala.*“ (I6)

Poslední odpovědí mi byla tato věta: „*Práci si tolik neužiju, těším se, až budu mít hotovo a půjdu domů.*“ (I5)

5.1.3 DVO3: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?

Tato sekce výzkumu se zabývá prevencí syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. Pomocí dvou otázek jsem zjistila druhy prevence, které využívají pracovníci sami, jak ve svém volném čase, tak i v zaměstnání. Poté jsem položila otázku týkající se supervize a intervize a jaký má pro ně význam.

Jakou prevencí syndromu vyhoření používáte?

Nejzajímavější mi přišla odpověď informanta č.4: *„Je vcelku jedno, co dělám pro prevenci, ale vždycky to musí být něco, co mi dělá radost. Třeba rodina, alkohol, procházky, ale taky sex. A taky se nesmím bát kdykoliv zeptat, když něco nevím.“* Velmi obdobnou odpověď jsem obdržela i od informanta č. 1, který řekl toto: *„Baví mě rychlochůze, procházky v lese, posezení s přáteli, pak taky sex a alkoholové dýchánky s kamarádkami. Prostě doma potřebuju vypnout.“* (11)

Není překvapením, že mnoho informantů odpovědělo, že jednou z možných prevencí syndromu vyhoření jsou různé podoby sportování. Například informant č. 2 uvedl, že: *„Baví mě jakékoliv cvičení (běh, fitness, badminton, ping pong apod.), hraju si ráda nějaké hry (jak stolní, tak i počítačové). U toho se člověk pěkně odreaguje a vypne. Pak sex, procházky a občas i ten alkohol a kamarádi.“* (12) Jako tento druh prevence vnímá i informant č. 6, který řekl: *„Pomáhá mi komunikace s kolegyněmi, sport a koníčky. Pak si stanovuji hranice, snažím se oddělit soukromý a pracovní život. Někdy se ráda napiju alkoholu.“* (16) Je zajímavé, že oba tyto informanti společně s informantem č. 1 uvedli, že jim při prevenci syndromu vyhoření pomáhá alkohol.

Ráda bych zde vyčlenila odpověď informanta č. 3, který odpověděl rozsáhle a komplexně: *„Tak hlavně se chráním před nadměrným stresem, pak se snažím o co největší psychickou pohodu a snažím se vytvořit určitou rovnováhu, tím myslím srovnat si své priority a vytvořit žebříček hodnot. Pak dbám na tom, aby byly kolem mě dobré mezilidské a hlavně přátelské vztahy, snažím se organizovat čas, v práci nastavuju hranice, hlavně abych uměla říkat NE, pak taky říkat ANO věcem, které mě baví a naplňují. Pak si ráda odpočinu, relaxuju, hlavně jezdím na pravidelné dovolené. Pak si taky vytvářím čas na koníčky a zájmy, také ráda sportuju, prostě si potřebuju vyčistit hlavu.“* (13) Pokud vyčlením část odpovědi, kde se vyskytovalo umění říci NE a ANO, tak si lze všimnout, že podobná odpověď se vyskytuje i informanta č. 5, který řekl: *„Pomáhá mi povídání si s kolegy a kolegyněmi, pak psychohygienu – čas s rodinou a přáteli, procházky a umět říci NE.“* (15)

Jak je na Vašem pracovišti využívána supervize/intervize a jaký je podle Vás její vliv na prevenci vyhoření?

Jak jsem již zmiňovala v teoretické části diplomové práce, součástí prevence syndromu vyhoření jsou i supervize a intervize. Proto jsem na základě tohoto poznatku vytvořila poslední otázku, která zjistí, jaký má supervize i intervize význam při prevenci syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví.

Není překvapením, že se zde objevují pouze pozitivní odpovědi. Například informant č. 2 uvedl, že má supervize přímo rád: *„Mám supervize a intervize ráda, protože vždy využiju pomoci svých kolegů a kolegyně, líbí se mi ta vzájemná spolupráce, mám pocit, že opravdu patřím do kolektivu a mám pocit, že na všechno nejsem sama. To mi dodává sílu, když už opravdu nemůžu.“ (I2)*

Nejčastěji se objevovaly odpovědi nesoucí informaci, že při supervizích si pracovníci navzájem vyměňují rady a navzájem se inspirují. Toto řekl i informant č. 3, který přesně řekl toto: *„Supervize a intervize jsou fajn, pomáhá nám to zlepšovat pracovní vztahy, máme zde možnost vše prodiskutovat a probrat vzájemně své problémy a navrhujeme si možné řešení a rady. Taky je důležité, že pak mám pocit, že na to nejsem sama a cítím povzbuzení a podporu.“ (I3)* Jako výhodu poskytování rad při supervizi vnímá i informant č. 6, který uvedl: *„Při supervizích a intervizích si dáváme navzájem rady, mám pocit, že pracujeme jako tým. Pak mi pomáhá to, že se „vypovídám“ a u toho relaxuji.“ (I6)* To samé vnímá i informant č. 5: *„Velký. Mám pocit, že je běžné se cítit tak, že už nemůžu. Taky, že mě někdo poslouchá a dokáže poradit, říct, jak postupovat dál.“ (I5)*

Osobně se mi líbí odpověď informanta č. 1: *„Intervize jsou vítané a pokud možno pravidelné, pokud je dobrý vedoucí a kolektiv pracovníků. Takže my to využíváme celkem pravidelně a pomáhá nám to. Supervize jsou u nás velmi vítané, ale teď v týchle době nemáme šanci supervizi realizovat, nemáme bohužel čas a prostor.“ (I1)* Líbí se mi to z toho důvodu, že supervize tento informant vnímá jako vítané a že pomoc supervizora celkem pravidelně. Což je dle mého názoru skvělou zprávou v oblasti prevence syndromu vyhoření.

Poslední odpověď, kterou jsem obdržela byla: *„Vzájemná podpora mezi kolegy je nenahraditelná. Je velmi důležité vědět, že člověk není na problém sám. Je dobré znát*

názor ostatních na řešení konkrétní situace, vědět, jak by tu věc řešili oni a mít možnost se poradit a navzájem inspirovat.“ (I4)

6 DISKUSE

Tato diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. Na základě výzkumných otázek práce rozdělují diskusi do příslušných kapitol, kde výsledky porovnávám s jinými výzkumy.

Avšak přes moji snahu o tomto tématu nacházet co nejvíce informací, bohužel se mi nepodařilo najít žádnou diplomovou či bakalářskou práci, která by přesně odpovídala mým požadavkům ke komparaci vzešlých výsledků. Využívám tedy více diplomových, bakalářských, jiných studií či porovnávám literaturu na podobná témata.

Hlavní výzkumná otázka práce: Jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jaký je jeho vliv na pracovní výkon a jaké jsou možnosti prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

Jak jsem zmiňovala výše, hlavní cíl práce jsem rozdělila do třech dílčích cílů. Pro lepší přehlednost výsledky své diplomové práce zakomponuji přímo pod dílčí cíl, kde v této kapitole budou porovnávány s ostatními výzkumy či literaturou.

První dílčí výzkumná otázka práce: Jaké mají sociální pracovníci pracujících ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?

Existuje mnoho projevů syndromu vyhoření. Například Kebza a Šolcová (2003) rozdělují projevy do tří základních skupin dle úrovně vlivu: na úrovni psychické, fyzické a sociálních vztahů. Vlivy na úrovni psychické existují zejména poruchy emočního citění, neempatické či neetické chování, dochází také k útlumu aktivity, kreativity, iniciativy, člověk se cítí být velmi unaven a uchyluje se k rutinnímu vykonávání práce.

Vlivy působící na fyzickou úroveň mají za následek celkovou únavu, apatie, ochablost, bolesti hlavy, zažívací potíže, insomnie, tělesné napětí a způsobuje zvýšené riziko vzniku závislostí jakéhokoliv druhu (Kebza a Šolcová, 2003). A na konec projevy projevující se na psychické úrovni se projevují jako netečnost, izolace, útlum sociality, nízké empatické citění, vytváření konfliktů (Kebza a Šolcová, 2003).

V této části dílčího cíle mého výzkumu vyplynulo, že sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví rozumí problematice projevů syndromu vyhoření dobře, v předešle zmíněnou literaturou se shodují v pocitu únavy, ztráta motivace, duševní labilita (či nepohoda), negativismus, redukce aktivity (u I2 sexuální), depresivní myšlenky, agrese, pocity zklamání, izolace od klientů, oslabená imunita, poruchy soustředění, poruchy spánku, zvýšená konzumace návykových látek, izolace od kolegů, snížená empatie, kognitivní obtíže (u I3 zhoršená koncentrace a paměť), konflikty (u I4 agrese). V této literatuře jsem nenalezla pojem neochota chodit do práce, která se objevovala u dvou informantů (č. 4 a 6).

V další části této výzkumné otázky jsem se zeptala, jaké projevy syndromu vyhoření informanti vyzorovali u svých kolegů/kolegyň a u sebe sám/samé. Výsledky této části dílčí výzkumné otázky lze komparovat s výsledky diplomové práce studentky Vojtěchové (2019), kde výstupem jejího výzkumu bylo zjištění povědomí o syndromu vyhoření či zkušenosti pracovníků s touto problematikou. Studentka pomocí výzkumné otázky týkající se zkušenosti se syndromem zjistila, že každý pracovník, se kterým vedla rozhovor nějakou zkušenost měl. Jako nejčastější projev byly zmiňovány únavu, ztrátu energie, vztek a frustraci. V komparaci s mými výsledky dosaženými výzkumem lze zjistit, že únava, ztráta energie a vztek (lze říci agrese) se objevovaly i v mém výzkumu, což lze chápat jako častý problém.

Druhá dílčí výzkumná otázka práce: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

V této části výzkumu jsem se zaměřila na problematiku vnímání vlivu syndromu vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví.

V odpovědích na otázku ohledně vlivu syndromu vyhoření na pracovní výkon kolegů či kolegyň informanta se nejčastěji vyskytovaly odpovědi typu nízké empatie a snížené komunikace jak s pacienty/klienty tak takové s kolegy/kolegyňmi. Dále informanti zmiňovali informace nesoucí nespolehlivost, podrážděnost, výmluvy, negativismus, unavenost, izolace, deprese a nesoustředěnost. Pouze jeden informant uvedl jako odpověď, že si nevšiml, že by někdo v jeho okolí byl vyhořelý.

K otázce vlastní sebereflexe o syndromu vyhoření informantů jsem obdržela odpovědi, které mě překvapily. Mnoho informantů uvedlo, že mají nižší pracovní tempo, nejsou ochotní a jsou unavení. Dále se objevovaly odpovědi chybování, prokrastinace, ztráta motivace, poruchy spánku, nízké sebevědomí, snížení soustředění, výpadky paměti a izolace. Opět pouze jeden informant uvedl, že se necítí být vyhořelý, tudíž necítí žádný vliv na svůj pracovní výkon.

Z důvodu nedostatečného materiálu pro komparaci s jiným výzkumem, není možné v této části dílčí výzkumné otázky porovnávat s jinými výzkumy či literaturou.

Třetí dílčí cíl práce: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?

V této části výzkumu jsem se zabývala otázkou prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví a jejich způsob prevence. Nejčastější odpovědí byl sport, poté přátelé či rodina, nastavení hranic, oddělení pracovního a soukromého života a alkohol. Méně častějšími odpověďmi byly žádost o pomoc, aktivní psychohygiena, hobby, vytvoření žebříčku hodnot či hraní her.

Z výzkumu studentky Vojtěchové (2019) vyplynulo, že zvolení informanti volí různé zdroje odpočinku, mezi nejoblíbenější patří procházky v přírodě, klid a samota. Dále se ve výzkumu objevovaly odpovědi rodina a přátelé a sport. Pokud oba výzkumy porovnáme, lze si povšimnout, že sport, přátelé, rodina a procházky jsou velmi často vyhledávanou aktivitou pro odpočinek a prevencí proti syndromu vyhoření.

V poslední otázce jsem zkoumala, jaký význam má supervize/intervize při prevenci syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. V mém výzkumu se objevovaly kladné odpovědi. Pokud výsledky porovnáme s výzkumem studentky Křížové (2010) lze si všimnout určitých podobností. Například v mém výzkumu informanti zmínili, že si navzájem dávají rady a řešení, poté informanti vnímají vzájemnou podporu jako důležitou složku při prevenci syndromu vyhoření. Podporu jako výhodu supervize vnímá i informant KP11.

ZÁVĚR

Na začátku závěrečného shrnutí celé mé diplomové práce bych chtěla citovat jednu větu, která vystihuje syndrom vyhoření: „*Sáhl/a jsem si na své dno, jsem vyčerpán/a, tělo mě zradilo, jsem slaboch a nezvládám to.*“ (Venglářová a kol., 2011, s. 25).

Tato diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví a je rozdělena do dvou částí.

V první polovině teoretické části pomocí literárních zdrojů popisuji, co je profese sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnictví, jaké je legislativní vymezení, vzdělání, požadavky pro výkon této profese, náplň práce, typologie klientů, se kterými spolupracuje, jeho role v multidisciplinárním týmu. Dále rozepisuji etické aspekty sociální práce ve zdravotnictví a v jakých zdravotnických zařízeních lze vykonávat tuto profesi.

Z analýzy těchto zdrojů je zřejmé, že povolání sociálního pracovníka ve zdravotnictví je profese humanitního zaměření, které je nezbytnou a potřebnou součástí holistické péče o pacienta ve zdravotnickém prostředí. Tím, že základním pilířem této profese je kontakt s lidmi, vzniká zde pravděpodobnost vyššího rizika vzniku syndromu vyhoření. K tomu se pojí následující kapitola o syndromu vyhoření, kde jsou postupně popsány pojmy stres, fáze syndromu vyhoření, projevy syndromu vyhoření, diagnostika syndromu vyhoření, příčiny vzniku syndromu, které jsou rozděleny do kategorií dle vlivu (vnější, vnitřní). Dále popisuji co to je mobbing a bossing a jaká je prevence syndromu vyhoření a podrobněji vysvětluji supervizi a intervizi.

Druhá část diplomové práce je věnována osobnímu výzkumu. Tento výzkum probíhal na již předem dohodnutých pracovištích s již domluvenými osobami, které byly ochotné se mnou výzkum realizovat. Výzkum měl formu polostrukturovaného rozhovoru, před nímž jsem si nejdříve vymyslela cíle diplomové práce, poté jsem cíle transformovala do výzkumných otázek práce. Po převedení cílů na výzkumné otázky měla hlavní výzkumná otázka znění: *Jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jaký je jeho vliv na pracovní výkon a jaké jsou možnosti prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?* Dílčí výzkumná otázka č. 1 zněla takto: *Jaké mají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?* Dílčí výzkumná otázka č. 2 byla definována takto: *Jaký vliv má*

syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?
A dílčí výzkumná otázka č. 3 takto: *Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?* Na základě těchto kritérií jsem vytvořila tazatelské otázky, které se nachází v příloze.

V průběhu celého výzkumu jsem si s informanty vytvořila vzájemnou důvěru, kde informanti byli ochotni odpovídat na mé otázky bez žádných problémů. Obávala jsem odmítnutí odpovědi na citlivé otázky, avšak jsem byla mile překvapena. I když z důvodu pandemické situace byl čas pro uskutečňování rozhovoru krátký, přesto jsem se dozvěděla všechny potřebné informace pro můj výzkum a následnou analýzu. V průběhu celého rozhovoru jsem měla možnost se zeptat na předem připravené otázky, pokud jsem odpovědi nerozuměla, nebo jsem se obávala, že jsem to špatně pochopila, informanti byli vstřícní a vždy byli schopni adekvátně reagovat.

Největším přínosem zpracováním této práce vnímám podrobnější zkoumání pojmu syndromu vyhoření i mimo rámec výuky. Jako další přínos vidím poznatek, že syndrom vyhoření začíná již ve fázi nadšení, kterým jsem ohrožena i já sama. Člověk si musí již před nástupem do povolání vytvořit určité hranice, kam až práce v jeho životě může zasahovat a kam nikoli. Tento poznatek lze využít v mé budoucí sebereflexi.

Pokud se nyní zaměřím na vypracovávání praktické části – výzkumu, tak nejvíce mě překvapilo zjištění, že téměř všichni, kromě jednoho informanta, vykazovali určitou přítomnost syndromu vyhoření jak ve svém chování, tak i u chování svých kolegů/kolegyň.

Podle zjištěných výsledků pět ze šesti informantů si myslí, že jejich pracovní výkon i kolegů/kolegyň je ovlivněn syndromem vyhoření. Vnímají syndrom vyhoření jako problém, který je ovlivňuje mnoha způsoby. Nejčastěji si myslí, že jsou unavení, nespolehliví, neochotní, mají méně empatie, objevují se poruchy spánku a výpadky paměti.

Na otázku, *jakou prevenci syndromu vyhoření používáte*, informanti uvedli, že nejčastěji sportují různými způsoby a pijí alkohol. Dále řekli, že se věnují přátelům a rodině, nastavují si hranice, oddělují pracovní a soukromý život, hrají hry, odpočívají, organizují si čas, nebojí se zažádat o pomoc kolegy či někoho jiného, používají techniky aktivní psychohygieny a mají své koníčky. Nejprekvapivějším pro mě bylo zjištění, že dva informanti uvedli, že jako prevenci proti syndromu vyhoření využívají sex.

K poslední otázce, *jak je na Vašem pracovišti využívána supervize/intervize a jaký je podle Vás její vliv na prevenci vyhoření*, informanti uvedli, že zde vyhledávají pomoc s klienty, cítí, že se zlepšují pracovní vztahy, dostávají potřebné rady, cítí podporu, získávají nový pohled na daný problém, cítí úlevu, relaxují a mohou se vypovídat.

Dle mého názoru na vznik syndromu vyhoření může mít vliv i nynější pandemická situace, kde mohou vznikat vyšší nároky na pracovní výkon. Nadále si myslím, že i pracovní prostředí, které je nyní velmi rizikové až nebezpečné, může hrát významnou roli ve vlivu stresu na jedince. Proto je potřebné, aby hlavně v dnešní době sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví brali ohled na své duševní zdraví a pokoušeli se předcházet negativním vlivům na svoji psychiku svými silami pomocí metod, které sami zmínili, které jim dělají radost. Jedině tím mohou předcházet syndromu vyhoření. Doufám, že se pandemická situace zlepší a sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví budou moci nadále využívat supervize či intervize, které sami vnímají jako potřebné a využitelné.

Na závěr bych chtěla říci, že doufám, že má diplomová práce pomůže k otevření diskuse nad tématem syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví. Jak jsem zmiňovala výše, mnoho lidí netuší, že takové povolání existuje, to však nesmí znamenat, že je méněcenné oproti jiným nelékařským zdravotnickým oborům, se kterými spolupracuje. Tím chci říct, že i tito pracovníci by měli dbát na své psychické i fyzické zdraví, významněji v této době. Myslím si, že tento výzkum poukazuje na to, že problematika syndromu vyhoření je stále aktuálním tématem.

Na úplný závěr chci poděkovat všem, kteří se na zpracování této diplomové práce podíleli.

Seznam tabulek

Tabulka 1 Transformační tabulka.....	44
Tabulka 2 Seznam tazatelských otázek	46
Tabulka 3 Soubor respondentů	48

POUŽITÁ LITERATURA

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

CERMANOVÁ, R. a kol. *Podklady pro podobu sociální práce v přenesené působnosti od 01.01.2012* [online]. 2012. [cit. 06.02.2021]. Dostupné z: https://socialniportal.kraj-jihocesky.cz/files/vymezeni_socialni_prace_-_mpsv.pdf

ČADOVÁ, N. *Kvalitativní výzkum* [online]. 2019. [cit. 24.01.2021]. Dostupné z: <https://cvvm.soc.cas.cz/cz/vyzkumy/nabidka-vyzkumu/kvalitativni-vyzkum>

ČESKO. *Vyhláška č. 182/1991 Sb. kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení* [online]. 1991, částka 37. [cit. 08.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-182>

ČESKO. *Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách* [online]. 2006, částka 164. [cit. 08.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

ČESKO. *Zákon o nelékařských povoláních č. 96/2004 Sb. ze dne 03. března 2004. Sbírka zákonů ČR* [online]. 2004, částka 30. [cit. 04.11.2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO. *Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006. Sbírka zákonů ČR* [online]. 2006, částka 37. [cit. 26.01.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ENCYKLOPEDIA OF BIOETHICS. *Social work in healthcare* [online]. 2020. [cit. 29.11.2020]. Dostupné z: <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/social-work-healthcare>

EVROPSKÁ AGENTURA PRO BEZPEČNOST A OCHRANU ZDRAVÍ PŘI PRÁCI. *Psychosociální rizika a stres při práci* [online]. nedat. [cit. 20.02.2021]. Dostupné z: <https://osha.europa.eu/cs/themes/psychosocial-risks-and-stress>

GOODMAN, A. *Social Work with Drug and Substance Misusers*. 2. vyd. Británie: Learning Matters, 2009. ISBN 978-1-84445-262-0.

GULOVÁ, L. *Sociální práce pro pedagogické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAMPLOVÁ, L. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-0568-7.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HROZENSKÁ, M. a kol. *Sociální péče o seniory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.

HUBINKOVÁ, Z. *Psychologie a sociologie ekonomického chování*. 3. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1593-3.

HUGMAN, R. *Ethical issues in social work*. 2. vyd. Velká Británie: Londýn, 2001. ISBN 0-415-10109-3.

KEBZA, V. a ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření: Informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu*. 2. vyd. Liberec: Geoprint, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KOHOUTEK, R. *Pojem stres* [online]. 2021. [cit. 06.02.2021]. Dostupné z: <https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/stres-stress>

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese s předmluvou Jiřiny Šiklové*. 6. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KŘIVOHLAVÝ, J. a PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

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

KŘÍŽOVÁ, J. *Přínos supervize pro pracovníky v pomáhajících profesích*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce (Bc.) Univerzita Palackého. Filozofická fakulta. Vedoucí práce ŠPATENKOVÁ, N.

KUTNOHORSKÁ, J. a kol. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LÉČEBNA DLOUHODOBĚ NEMOCNÝCH RYBITVÍ. *Následná péče* [online]. 2021. [cit. 09.02.2021]. Dostupné z: <https://www.ldn-rybitvi.cz/services-view/nasledna-pece/>

MACKOVÁ, M. *Sociální práce s umírajícími a pozůstalými*. 1. vyd. Brno: Tribune, 2015. ISBN 978-80-260-8949-0.

MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7376-859-3.

NEDOMOVÁ, E. a ŠPIČÁKOVÁ, M. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0726-9.

NOVÁK, T. *Sám sobě psychologem 2*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2956-5.

NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-174-3.

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. *Úmluva o právech dítěte* [online]. 1991. cit. [06.02.2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104>

ORGANIZACE SPOJENÝCH NÁRODŮ. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. 2015. [cit. 24.01.2021]. Dostupné z: https://www.osn.cz/wp-content/uploads/2015/12/UDHR_2015_11x11_CZ2.pdf

PALMER, S. *Social work in public health and hospitals*. 1. vyd. Kanada: Apple Academic Press, 2011. ISBN 978-1-926692-85-2.

PRIEB, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: Najděte cestu zpátky k sobě*. 1. vyd. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-9649-2.

SCHAVEL, M. *Supervízia v sociálnej práci*. 1. vyd. Bratislava: Spoločnosť pro rozvoj sociálnej práce, o.z. ISBN 978-80-971445-0-0.

SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. *Etický kodex sociálních pracovníků* [online]. 2006. [cit. 20.11.2020]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssper.pdf

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

SYNDROM-VYHOŘENÍ.CZ. *Syndrom vyhoření a jeho příčiny* [online]. 2020. [cit. 31.10.2020]. Dostupné z: <https://www.syndrom-vyhoreni.cz/syndrom-vyhoreni-a-jeho-priciny/>

ŠVAŘÍČEK, R. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. *Sestry v nouzi: Syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Supervize v ošetrovateľskej praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4082-9.

VOJTĚCHOVÁ, R. *Prevence syndromu vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí*. Zlín, 2019. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Fakulta humanitních studií. Vedoucí práce HABURAJOVÁ ILAVSKÁ, L.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Burn-out an „occupational phenomenon“: International Classification of Diseases* [online]. 2019. [cit. 31.10.2020]. Dostupné z: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

PŘÍLOHY

Příloha A: Výzkumné a tazatelské otázky

Příloha B: Ukázkový rozhovor (I1)

Příloha A: Výzkumné a tazatelské otázky

HVO: Jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jaký je jeho vliv na pracovní výkon a jaké jsou možnosti prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

DVO1: Jaké mají sociální pracovníci pracujících ve zdravotnictví znalosti o projevech syndromu vyhoření a jaké je jejich subjektivní vnímání?

DVO2: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

DVO3: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?

Tazatelské otázky (TO)

DVO1: Jaké je subjektivní hodnocení projevů syndromu vyhoření, jaký je jeho vliv na pracovní výkon a jaké jsou možnosti prevence u sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

TO1: Jaké znáte projevy syndromu vyhoření?

TO2: Jaké projevy syndromu vyhoření jste vyzoroval/a u svých kolegyň/kolegů?

TO3: Jaké projevy syndromu vyhoření jste schopný/a vnímat u sebe sám/sama?

DVO2: Jaký vliv má syndrom vyhoření na pracovní výkon sociálních pracovníků pracujících ve zdravotnictví?

TO4: Jak ovlivňuje syndrom vyhoření pracovní výkon spolupracovník/spolupracovniců?

TO5: Jak je ovlivněn syndromem vyhoření Váš pracovní výkon?

DVO3: Jaké druhy prevence syndromu vyhoření využívají sociální pracovníci pracující ve zdravotnictví?

TO6: Jakou prevenci syndromu vyhoření používáte?

TO7: Jak je na Vašem pracovišti využívána supervize/intervize a jaký je podle Vás její vliv na prevenci vyhoření?

Příloha B: Ukázkový rozhovor (I1)

TO1: Jaké znáte projevy syndromu vyhoření?

„No, myslím si, že se to nejvíce projevuje nezájmem o práci a o klienta. Pak to může být taky ztráta motivace, emoční nestabilita, v nejhorším případě depresivní myšlenky, poruchy soustředění a spánku.“

TO2: Jaké projevy syndromu vyhoření jste vyzoroval/a u svých kolegyň/kolegů?

„Tak určitě je to ztráta motivace, laxnost ke klientům a kolegům. Pak mluví kolegyně mluví o poruchách spánku, které taky určitě k tomu patří. Ještě mívají i agresivní reakce. A vyhýbají se práci tím, že utíkají do nemoci (fiktivní nemocenská – poznámka autorky).“

TO3: Jaké projevy syndromu vyhoření jste schopný/á vnímat u sebe sama?

„Neměla bych to říkat, ale je to ztráta motivace, podrážděnost a porucha soustředění“

TO4: Jak ovlivňuje syndrom vyhoření pracovní výkon spolupracovníků/spolupracovnic?

„Když se v práci objeví nějaký stres a nestíháme, tak vidím nespolehlivost, podrážděnost a výmluvy, což zcela chápu.“

TO5: Jak je ovlivněn syndromem vyhoření Váš pracovní výkon?

„Když toho mám až nad hlavu, tak si sama na sobě všímám, že mám nižší pracovní tempo, chybují a prokrastinuju.“

TO6: Jakou prevenci syndromu vyhoření používáte?

„Baví mě rychlochůze, procházky v lese, posezení s přáteli, pak taky sex a alkoholové dýchánky s kamarádkami. Prostě doma potřebuju vypnout.“

TO7: Jak je na Vašem pracovišti využívána supervize/intervize a jaký je podle Vás její vliv na prevenci vyhoření?

„Intervize jsou vítané a pokud možno pravidelné, pokud je dobrý vedoucí a kolektiv pracovníků. Takže my to využíváme celkem pravidelně a pomáhá nám to. Supervize jsou u nás velmi vítané, ale teď v týhle době nemáme šanci supervizi realizovat, nemáme bohužel čas a prostor.“