

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra sociální patologie a sociologie

Psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka

Bakalářská práce

Autor: Veronika Balková
Studijní program: B 7507 - Specializace v pedagogice
Studijní obor: Sociální patologie a prevence
Vedoucí práce: PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ

Pedagogická fakulta

Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Balková**
Osobní číslo: **P12853**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální patologie a prevence**
Název tématu: **Psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka**
Zadávající katedra: **Katedra sociální patologie a sociologie**

Zásady pro vypracování:

Práce se zabývá problematikou psychických důsledků výkonu profese sociálního pracovníka s akcentem na syndrom vyhoření. Psychická zátěž a stres při výkonu profese. Resilience, salutoprotektivní faktory životního stylu a možnosti prevence. Metody výzkumu: standardizovaný dotazník.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování diplomové práce:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Stanislav Pelcák, Ph.D.**
Katedra sociální patologie a sociologie

Datum zadání diplomové práce: **12. 2. 2014**
Termín odevzdání diplomové práce: **22. 4. 2015**

L. S.

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

PhDr. Václav Bělík, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

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

V Hradci Králové 21. dubna 2015

.....

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat PhDr. Stanislavu Pelcákovi, PhD. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a čas, který mi věnoval při psaní této práce. Dále bych chtěla poděkovat respondentům výzkumu za jejich čas a trpělivost při vyplňování dotazníků.

Anotace

BALKOVÁ, Veronika. *Psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 51 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce se zabývá problematikou psychických důsledků výkonu profese sociálního pracovníka v přímé péči s akcentem na syndrom vyhoření. V teoretické části jsou definovány problémy spojené s psychickou zátěží a stresem; symptomy, projevy a důsledky syndromu vyhoření, chronického únavového syndromu a další psychické nemoci vznikající v důsledku traumatických zážitků podle MKN-10, přesněji reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení F43. Empirická část zjišťuje psychickou odolnost sociálních pracovníků v přímé péči a přítomnost rizikových a protektivních faktorů životního stylu.

Klíčová slova: psychické důsledky, psychická zátěž, stres, syndrom vyhoření.

Anotation

BALKOVÁ, Veronika. *Psychological consequences of exercise of the profession of social worker*. Hradec Králové: Faculty of Education, Univerzity of Hradec Králové, 2015. 51 pp. Bachelor Degree Thesis.

Bachelor thesis deals with the psychological consequences as an impact of the exercise of the profession of social worker who works in a direct care with an emphasis on burnout syndrome. In the theoretical part, there are stated problems associated with mental strain and stress; symptoms, manifestations and consequences of burnout effect, chronic fatigue syndrome and other mental illnesses resulting from traumatic experiences according to MKN-10, specifically reaction to severe stress and adjustment disorders F43. The empirical part investigates mental endurance of social workers in direct care and the presence of risk and projective factors of the lifestyle.

Keywords: psychological consequences, psychological load, stress, burnout

OBSAH

Seznam zkratk	8
Úvod	9
1 Psychická zátěž a stres	11
1.1 Stres	11
1.1.1 Příznaky a projevy stresu	13
1.2 Zátěž, náročné situace	14
1.2.1 Typologie náročných situací	18
Problém	18
Frustrace	18
Konflikty	19
Strach a úzkost	19
2 Psychofyziologické důsledky výkonu profese	20
2.1 Akutní reakce na stres (F43.0)	21
2.2 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)	22
2.3 Poruchy přizpůsobení (F43.2)	22
2.4 Chronický únavový syndrom	22
2.4.1 Léčba chronického únavového syndromu	24
2.4.2 Sociálně-ekonomický dopad chronického únavového syndromu	24
2.5 Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí	25
2.5.1 Projevy a příznaky syndromu vyhoření	26
2.5.2 Podmínky vzniku syndromu vyhoření	28
2.5.3 Prevence syndromu vyhoření	29
3 Salutoprotektivní faktory životního stylu	30
3.1 Resilience	30
3.2 Proaktivní zvládání stresu	32
3.3 Sociální opora	34
4 Psychické důsledky výkonu profese u sociálních pracovníků v přímé péči	36
4.1 Výzkumný problém, cíl šetření, hypotézy	36
4.2 Výzkumný soubor a procedura	36
4.2.1 Popis metod	38
4.3 Výsledky a diskuse	40
4.3.1 Psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka	40
4.3.2 Smysl pro soudržnost jako moderátor vyhoření	42
4.3.3 Smysl pro soudržnost a životní styl	43
4.4 Souhrn	44
Závěr	46
Seznam použité literatury	47
Seznam obrázků	49
Seznam tabulek	50
Seznam grafů	51

Seznam zkratk

MKN-10 – Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO – Světová zdravotnická organizace

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

CFS – Chronický únavový syndrom

SV – Syndrom vyhoření

ÚVOD

Profese v sociální oblasti bývají ve společnosti mnohdy nedoceny, přestože patří k nejtěžším zaměstnáním, obdobně jako ostatní pomáhající profese. Lidé, kteří v této oblasti pracují, na sebe v mnohých případech berou velkou zodpovědnost, nejen za své klienty, ale také sami za sebe. Někteří pracovníci v přímé péči, jako např. pečovatelská služba, jsou u toho, když lidé v různém věku umírají a většina z nich pečuje o dlouhodobě nemocné. Naopak např. pracovníci v sociálně aktivizačních službách pro rodiny s dětmi se každý den snaží mobilizovat všechny síly rodiny proto, aby jejich dítě nemuselo odejít do ústavní výchovy a opustit tak svoji biologickou rodinu. Tyto rodiny si ve většině případů myslí, že pracovník sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi je někdo, kdo za ně vše udělá, vše jim zařídí a se vším jim pomůže, a sami se moc nesnaží svoji těžkou situaci řešit. Tento pracovník pak může pociťovat beznaděj, zoufalství až frustraci, které mohou vést k dalším psychickým důsledkům, až k syndromu vyhoření.

Práce v sociální sféře je náročná na psychiku jedince a nemůže ji vykonávat úplně každý. Je zde potřeba velké množství obětavosti, nezištnosti, statečnosti a i velmi častého sebezapření. Ve vztahu ke klientům zastupují sociální pracovníci mnoho rolí. Jsou jim rádcem, psychologem či odborníkem, někdy i pouze někým, kdo je vyslechne a kdo jim pomůže. Každý den čelí tito pracovníci značnému tlaku.

Sociální práce se neustále vyvíjí. Mění se zákony, jsou zaváděny standardy kvality sociálních služeb, vznikají další a další organizace na pomoc lidem v nouzi. Člověk v této profesi se musí neustále znovu učit a prohlubovat si své vědomosti v oboru, nejlépe i mimo něj. Často nastanou totiž situace, které je nutno neodkladně řešit. V takovém případě musí pracovník správně zhodnotit dané podmínky a následně nejlepší možné řešení. Jen díky vědomostem, odborným znalostem a racionálnímu jednání je možné pomáhat lidem v nouzi, a těm, kteří tuto pomoc opravdu potřebují. Míra empatie se pro sociálního pracovníka může stát zranitelnou stránkou osobnosti. Je nutné stanovit si hranici, aby pracovník zůstal empatický a nápomocný, ale zároveň si věci nebral příliš osobně. V případě, kdy si sociální pracovník nedokáže vyvážit všechny složky své profese dle své individuální potřeby, může dojít k různým psychickým obtížím. Všechny tyto problémy následně přebírají kontrolu nad jeho životem.

Cílem bakalářské práce je zjistit psychické důsledky výkonu profese s akcentem na syndrom vyhoření, ověřit moderující roli vybraných protektivních faktorů životního stylu při expozici stresu.

První část práce definuje psychickou zátěž, stres a jejich možné důsledky. Popisuje psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka s akcentem na syndrom vyhoření a salutoprotektivní faktory životního stylu. Druhá - empirická část se zabývá mírou ohrožení psychofyziologických důsledků výkonu profese sociálního pracovníka. Práce mapuje vybrané faktory, snižující intenzitu projevů těchto důsledků a ověřuje moderující vliv vybraných salutoprotektivních faktorů životního stylu sociálních pracovníků v přímé péči/pracovníků v sociálních službách.

1 Psychická zátěž a stres

Faktorů ohrožujících pomáhající profese, konkrétně profesi sociální, je nepřeborné množství. Ve většině případů má však psychické důsledky výkonu tohoto povolání na svědomí stres a náročné životní situace, se kterými se člověk musí potýkat. Je zapotřebí psychické opory, protože bez ní, mohou dovést pracovníka až na samé dno.

1.1 Stres

Za stres se ve většině případů považuje jakákoli zátěž, přičemž se nerozlišuje, zda je prospěšná či škodlivá. Stres je užíván jako univerzální pojem. Slouží jednak k označení jakéhokoli požadavku, kterému je třeba vyhovět a jednak k označení kterékoli stresové reakce. Stres můžeme definovat jako reakci organismu na zátěžové podněty či požadavky, jež vyvádějí jedince z rovnováhy. Je chápán jako následek vlivů působících na člověka během jeho života. Dalo by se říci, že stres je neuspokojování životních potřeb člověka. Kromě základních životně důležitých lidských potřeb jako jsou dýchání, jídlo či spánek, jsou pro správný vývoj organismu potřeba i jiné stimuly. V případě, že se těchto stimulů nedostává, vzniká stresová reakce, která může vést i k dalším vážnějším důsledkům. Signální funkce přísluší emocím. Ty zesilují, pokud je kapacita racionálního zpracování zátěžové/stresové situace vyčerpána.

Stres vzniká interakcí tří prvků – vnímané nároky, schopnost je zvládnout a důležitost jejich zvládnutí. Zpravidla se stres spojuje se situacemi, které jsou pro nás obtížné, ohrožující, významně narušující rovnováhu organismu a vyvolávající závažné změny v hormonálním, oběhovém a imunitním systému. Je důležité, aby výklad stresu vycházel z celku všech nároků, které život klade na člověka a aby byla respektována spojitost organismu a jeho vnějšího prostředí. V tomto případě můžeme chápat stres jako specifický případ obecněji pojaté zátěže. „Jde o stav, ve kterém míra zátěže přesahuje únosnou mez z hlediska adaptačních možností organismu za daných podmínek.“¹ Tato míra je určena podílem expozičních a dispozičních faktorů. Expozicí se míní všechny požadavky, jimž je subjekt vystaven, dispozice představují osobnostní předpoklady pro zvládnání kladených nároků. Vztažnými veličinami míry zátěže jsou tedy nároky kladené na jedince, které představují určitý tlak k jejich splnění a odolnost jako souhrn předpokladů, adaptivních dispozic osobnosti či pracovní kapacity

¹PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s 41.

organismu. „Stresové situace jsou ty, v nichž dochází k výraznějšímu rozporu mezi expozičními a dispozičními faktory.“²

Stres může nastat v případě, že:

- působící podněty jsou extrémně silné a s nimi spojené nároky vyžadují vyčerpávající úsilí, podněty překračují únosnou mez nakumulováním různých nepříjemností nebo dobou svého působení;
- jsou nároky dlouhodobě minimální či se jen málo mění a není poskytována potřebná kvalita či kvantita stimulace (pro jedince je pak situace náročná tím, že může být prožívána, jako pocit nudy, monotonie, přesycení).

Podněty či požadavky vyvolávající stres nazýváme stresory. Paulík vysvětluje stresory, jako „podněty odolnost výrazně přesahující, ať již momentálně, nebo dlouhodobě, případně její kapacity využívající pouze minimálně či vůbec ne.“³ Stresory dělíme na reálné a potenciální. Reálnými stresory se míní aktuálně ohrožující a rušivé faktory působící na život člověka. Potenciálními faktory se myslí situační aspekty, které mohou vyvolat stres při dosažení určité intenzity, frekvence nebo doby trvání. Zda se potenciální stresory stanou reálnými, rozhodují následující faktory: subjektivní hodnocení, individuální osobnostní charakteristiky, používaný způsob vyrovnání se se zátěží (coping, obranné reakce), přítomnost či nepřítomnost nepříznivých náročných situací, dosavadní zkušenosti jedince, sociální opora a sociální status. Obranné mechanismy jsou spíše považovány za náhradní způsob zvládnání a to z důvodu, že v nich nejde o skutečné řešení situace, ale spíše o náhradu, často na nevědomé úrovni. Skutečné strategie směřují ke skutečnému řešení situace a bývají realizovány vědomě. Zvládnání působení stresorů má povzbuzující účinek, může být pro člověka příležitostí k sebereflexi a sebepoznání a také k osvojení nových způsobů reagování a nových vzorců chování. Změny ve zdravotním stavu nemusí být vyvolány pouze výlučně vlivem stresu. Uplatňují se zde i další faktory individuální i společenské povahy, jako např. osobnostní založení, genetická výbava, celkový životní styl, fyzická zdatnost, aktuální stav imunitního systému, sociální koheze, úroveň psychické odolnosti, ale také způsob uspořádání společenských vztahů a kvalita života jedince.

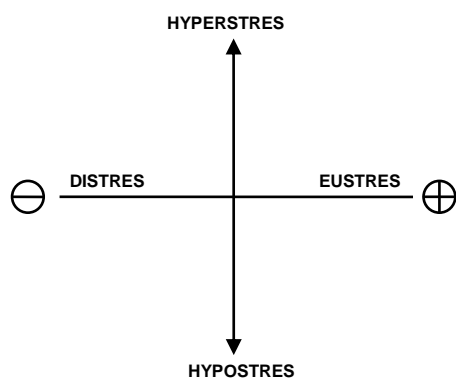
² PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s 41.

³ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s 42.

Stres můžeme dělit na stres nežádoucí, ohrožující, prožívaný jako nepříjemný, označovaný jako *distres* a stres prožívaný v podstatě jako příjemný, označovaný jako *eustres*. Člověk se s podněty zátěžové situace buď vyrovná a zvládne je běžnými adaptačními mechanismy, nebo proběhne stresová reakce. Pokud je člověk v zátěžové situaci silně znepokojen, cítí se ohroženě, reaguje buď aktivně (např. útokem, hněvem, či únikem), nebo pasivně (např. depresí, úzkostí apod.). Další možnost představuje snaha se působení stresoru vyhnout. Smysl tohoto vede ke snížení průvodního emočního napětí, které člověk vnímá jako negativní.

Obr. 1: Základní rozměry stresu (Křivohlavý, 1994, s. 8)

Z kvalitativního hlediska tedy můžeme rozlišovat:



Distres - negativní stres

Eustres - pozitivní stres

Hyperstres - stres přesahující hranice adaptability

Hypostres - stres, který ještě nedosáhl hranice nezvládnutelnosti, ale kumulací dlouhodobým působením může dojít ke zvratu

1.1.1 Příznaky a projevy stresu

Různí autoři shodně uvádějí typické příznaky stresu:

- **Fyziologické příznaky stresu** – bušení srdce, nechutenství, bolest a sevření za hrudní kostí, časté nucení k močení, sexuální impotence, svalové napětí, bolesti hlavy, nepříjemné pocity v krku, průjem, snížení libida, migrény, vyrážky na kůži, dvojité vidění apod.

- **Emocionální (citové) příznaky stresu** – prudké a rychlé změny nálad, starost o nedůležité věci, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled, nadměrné pocity únavy, zvýšená podrážděnost, úzkostnost, popudlivost, neschopnost empatie, poruchy pozornosti, agresivita, výbušnost, lhostejnost, deprese apod.
- **Behaviorální příznaky stresu – chování a jednání lidí ve stresu** – nerozhodnost, zvýšená absence, nemocnost, zhoršená kvalita práce, snaha vyhnout se úkolům, výmluvy, zvýšená spotřeba cigaret a konzumace alkoholických nápojů, nechutenství, změna životního rytmu (problémy s usínáním,...), promiskuita, zneužívání drog apod.

1.2 Zátěž, náročná situace

Zátěž a stres je třeba od sebe odlišovat, neboť vyjadřují jiný obsah: „zátěž ve smyslu takové úrovně požadavků kladených na organismus, jíž je schopen dostát, je považována za stimulující faktor, bez jehož působení by organismus stagnoval ve vývoji a v soutěži s ostatními organismy by neobstál.“⁴ Zátěž lze definovat, jako souhrn všech nároků kladených na jedince. Zátěž lze diferencovat dle různých hledisek. „Například podle délky působení (krátkodobou, dlouhodobou), podle emoční odezvy na příjemnou a nepříjemnou, podle intenzity či podnětů na zátěž minimální, lehkou (mírnou), střední a těžkou (intenzivní, silnou).“⁵ Podle druhu zátěžových podnětů lze rozlišit: zátěž biologickou, fyzickou a psychickou. Psychickou zátěž můžeme definovat jako proces psychického zpracování a vyrovnání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Klade nároky zejména na myšlení, pozornost, paměť a rozhodování. Psychickou zátěž lze členit např. dle oblastí, kde působí, tj. sensorickou, emocionální, mentální. Kognitivní hodnocení zátěže probíhá ve třech fázích. Primární hodnocení probíhá mezi jedincem a okolím, smyslem je ocenění situace z hlediska důsledků pro osobní pohodu. Druhotné hodnocení se týká posouzení efektivity zvládacích možností jedince a volby postupů ke zvládnutí situace. Terciární hodnocení obsahuje nové vyhodnocení situace, je spojeno se změnou myšlenkového postupu ve vztahu ke zdroji ohrožení či situaci.

⁴KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: Akademie věd České republiky, 2005, s. 108.

⁵PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s 42.

Dle povahy vzájemných vztahů mezi předpoklady jedince (psychické odolnosti) a situační náročnosti na psychickou odolnost, lze rozlišit pět typů zátěžových situací (viz tabulka 1).

Tabulka 1: Taxonomie zátěžových situací

Kontext	Stimulace rozvoje osobnosti	Dezintegrující účinky
1. Nároky na činnost a výkonnost	zvyšování práce schopnosti, rozvoj dovedností, pracovních návyků, postupů, činností a interakcí, odolnosti vůči únavě a strategií zvládnání	rozvoj tendence resignovat, lhostejný vztah k životu, úkolům a povinnostem, pocity deprese, vyčerpání a nedostačivosti, snadná unavitelnost, nižší koncentrace na výkon
2. Problémové situace	rozvoj schopností vyrovnávat se s novými situacemi, s nároky na přizpůsobivost a kreativitu	neschopnost vpravit se do vzniklé reality, rozvoj maladaptivní interakční odezvy na řešený problém
3. Překážky v dosažení cíle	rozvíjení volných vlastností a schopností aktivně se vyrovnávat s překážkami na cestě k dosažení cíle	regrese cíle směrných aktivit, spontánní uvolňování tenzí spojených s frustrací a deprivací potřeb
4. Konfliktogenní situace	rozvoj integrované struktury procesů rozhodování a jednání v ambivalentních podmínkách a situacích	aktualizace subjektivně neřešitelných nároků na rozhodnutí přijmout jednu z neslučitelných variant jednání
5. Stresogenní situace	rozvoj odolnosti vůči bezprostředním účinkům nových okolností na realizaci osvojených aktivit	dezintegrace psychických struktur a osvojených činností, neobvyklostí a anticipací možných důsledků chybného kroku

Zdroj: Mikšík, 2009, s. 45-46

Součástí zátěže je vnímání (percepce) a hodnocení ohrožení, myšlenková příprava reakce a následně realizace této reakce neboli zvolený způsob zvládnání. Adaptace je proces vyrovnání se s nároky, které jsou kladeny na jedince v interakci s vnějším prostředím. Člověk by měl být schopen se zátěži aktivně či pasivně přizpůsobit – být adaptabilní.

Životní události jsou považovány za potenciální stresory psychosociální povahy. Životní událost můžeme definovat jako cokoli, co se člověku stane a přinutí ho změnit dosavadní způsob života. Vyznačují se tím, že kladou na člověka vyšší nároky. Dosažení cíle nebo uspokojení potřeby je spojeno s překonáním určitých překážek. Ve svém důsledku jsou ale žádoucí, neboť mobilizují organismus a podněcují jedince k učení a hledání nových cest, k vyšším výkonům fyzickým i duševním, jsou faktorem rozvoje osobnosti „Reese a Smyer (1983) rozlišují 4 typy životních situací: biologické,

individuálně-psychologické, kulturně-sociologické a fyzikální-vnější, zároveň zohledňují kontext situace (rodina, láska a manželství, rodičovství, bydlení, zdraví, self, přátelé a společenské vztahy, finance, škola a práce, zákon aj.).⁶ Každá životní událost nebo změna je spojena s určitou náročností ve zvládnutí kladených požadavků na aktivní adaptaci jedince. Podle Vymětala (2003) mohou mít životní situace psychotraumatický ráz, dekompenzaci zdravotního stavu často předchází právě závažná životní událost. Zvýšené riziko je zpravidla spojené s událostmi, které přicházejí nečekaně, jsou neovlivnitelné, nežádoucí a negativně prožívané. Významným situačním faktorem je subjektivně prožívaná kontrola nad situací.

Životní situace mohou představovat rizikové faktory pro rozvoj poruch zdraví. Jejich řešení a překonávání však posiluje osobnost jedince a podporuje proces zrání osobnosti člověka. Důležitá je rovnováha mezi vnějšími požadavky a schopnostmi jedince tyto nároky zvládat.

„Holmes a Rahe nazvali seznam životních událostí „Stupnice sociální přizpůsobivosti“. Stresory jsou zde řazeny dle úrovně stresu od nejtěžších po nejlehčí. Jsou uspořádány od maxima (smrt partnera – 100 bodů) k minimu (malé porušení zákona 11 bodů). Tato stupnice obsahuje celkem 43 položek a velmi dobře slouží k sestavení pomůcek při měření odolnosti a zranitelnosti člověka, přestože nemůže postihnout veškeré změny ve vnímání jednotlivce. Míru zátěže získáme, sečteme-li bodové ohodnocení událostí, které se staly během uplynulého roku, zpravidla dochází ke kumulaci stresorů z různých zdrojů. Měření stresu pomocí této bodové tabulky se provádí s odkazem na časový interval 12-ti měsíců. Jednotlivé životní události, které se uskutečnily v průběhu posledního roku, se sčítají a následně zjištěné body označujeme jako míra osobní stresové reakce. Překročení určité hranice únosnosti se projeví jako radikální změna zdravotního stavu.“⁷

⁶ PELCÁK, S. *Osobní nezdolnost a zdraví*. 1. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. s. 38.

⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. s. 23.

Tabulka 2: Tabulka životních událostí podle HOLMES - RAHE

Pořadí	Životní událost	Body
1.	Smrt partnera	100
2.	Rozvod	73
3.	Rozvrat manželství	65
4.	Výkon trestu	63
5.	Úmrtí blízkého člena rodiny	63
6.	Úraz nebo vážné onemocnění	53
7.	Sňatek	50
8.	Ztráta zaměstnání	47
9.	Usmíření nebo přebudování manželství	45
10.	Odchod do důchodu	45
11.	Změna zdravotního stavu člena rodiny	44
12.	Těhotenství	40
13.	Sexuální potíže	39
14.	Přírůstek nového člena rodiny	39
15.	Změna zaměstnání	39
16.	Změna finančního stavu	38
17.	Úmrtí blízkého přítele	37
18.	Přeřazení na jinou práci	36
19.	Závažné neshody s partnerem	35
20.	Půjčka vyšší než průměrný roční plat	31
21.	Splatnost půjčky	30
22.	Změny odpovědnosti v zaměstnání	29
23.	Syn nebo dcera opouští domov	29
24.	Problémy s příbuznými z partnerovy strany	29
25.	Výjimečný osobní čin nebo výkon	28
26.	Manžel/ka nastupuje či končí zaměstnání	26
27.	Začátek školy nebo její ukončení	26
28.	Změna životních podmínek	25
29.	Revize životních návyků	24
30.	Problémy a konflikty s nadřízenými	23
31.	Změna pracovní doby či podmínek	20
32.	Změna bydliště	20
33.	Změna školy	20
34.	Změna spojená s dovolenou	19
35.	Změna církve nebo politické strany	19
36.	Změna sociálních aktivit	18
37.	Půjčka menší než průměrný roční plat	17
38.	Změna stravovacích, spánkových zvyklostí	16
39.	Dovolená	13
40.	Vánoce	12
41.	Přestupek a jeho projednávání	11

1.2.1 Typologie náročných situací

K označení situací, které představují pro většinu z nás zvýšenou zátěž, se používá mnoho různých pojmů. K situacím, které v životě člověka přesahují únosnou míru zátěže a bývají ve většině případů spojeny se stresem, jsou zpravidla problém, frustrace, deprivace, konflikty, nemoc, bolest utrpení a krize. Jedinec je v podstatě může chápat jako stresové situace.

Problém

„Pojem problém patří k běžně užívaným charakteristikám obecně označujícím typy zátěžových situací.,⁸ Ke specifickým charakteristikám problému patří zejména existence závažných důvodů, které vedou jedince k hledání cest vedoucích ke změně dané situace, kterou vnímá jako nežádoucí, ohrožující. Dalším znakem je, že možnosti pro zvládnutí situace, které má jedinec k dispozici za daných okolností nestačí a je potřeba zvýšit úsilí a hledat jiné způsoby řešení včetně vyhledání pomoci ze svého okolí nebo vyhnutí se situaci či únik z ní. Problémy, které jedinec neřeší, mohou způsobit řadu negativních důsledků. Jako o problému o situaci hovoříme hlavně tehdy, chceme-li zdůraznit jejich důležitost.

Frustrace

Frustrace je zpravidla spojována s chováním, kterým reagujeme na frustrující situaci. Hovoříme o ní jako o psychickém stavu nebo o situaci. Frustrace nastává tehdy, je-li nám nějak znemožněno uspokojení aktuální potřeby nebo dosažení určitého cíle. Míra frustrace se zvyšuje s důležitostí a naléhavostí potřeby, která je subjektivní. Velmi důležitou roli hraje motivace jedince a jeho kroky směřující k dosažení požadovaného cíle. Rozlišujeme dva typy frustračních situací dle jejich původu:

- Exogenní – vyvolané vnější překážkou (např. zamčená místnost, zmeškaný odjezd autobusu, zákaz aktivity autoritou apod.).
- Endogenní – navozené vnitřní překážkou (např. morální důvody, strach apod.).

⁸ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s 50.

Častým typem frustrační reakce je agrese zaměřená na sebe, na druhé lidi nebo vnější okolnosti. Agresivní reakce bývá spojena také s hněvem a hostilitou (nepřátelský postoj). Reakce na frustraci může být aktivní (zvýšení úsilí k překonání překážky či kompenzace) nebo pasivní (deprese, rezignace, nečinnost). Často přisuzujeme zablokování uspokojení neurčitým příčinám – osud, náhoda, smůla. Lidé také často reagují na frustraci neodpovídajícím dětinským chováním, které neodpovídá jejich věku. S frustrací souvisí také **deprivace**, kterou lze definovat jako dlouhodobé znemožnění uspokojování potřeby.

Konflikty

Konflikt znamená střet dvou protikladných sil, neslučitelných zájmů, cílů, názorů a představuje nestabilizující prvek. Naše společnost zpravidla vnímá konflikt jako něco nepříjemného, nežádoucího, co naruší stav věcí. Konflikty lze obecně rozlišit na konflikty intrapersonální a interpersonální. Intrapersonální konflikty se týkají pouze jedné osoby a odehrávají se v jejím nitru, naopak interpersonální konflikty se odehrávají mezi dvěma a více lidmi. Důvod vzniku konfliktů mezi lidmi bývá narušení komunikace (problém ve výměně informací). Ve vzniku konfliktu hraje důležitou roli aktuální naladěnost jedince. K osobnostním dispozicím vnitřních konfliktů patří zejména úzkostnost, rozporná soustava hodnot, neschopnost rozhodnout se, psychická labilita, sociální nezralost a nevyjasnění vlastní identity.

Konflikty nemusí mít pouze negativní povahu, mohou být i pozitivní. „K pozitivním důsledkům konfliktu patří nastolení změny všude tam, kde stávající systém již nebyl plně funkční a výhodný.“⁹ Vyřešení konfliktu může přinést odstranění příčin sporu a bariér rozvoje, zlepšení vztahů, navázání spolupráce. K negativním důsledkům neřešených nebo nevyřešených konfliktů patří např. narušení vztahů a komunikace mezi lidmi.

Strach a úzkost

Strach a úzkost se v psychologii považují za jevy negativního a pasivního charakteru, doprovázející ohrožující situace. Jsou spojeny s nepříjemnými tělesnými pocity, jako slabost, svalová tenze a projevy (změna výrazu obličeje, zrychlení dechu a tepu). Oba pojmy jsou v lidském životě přirozeným jevem, který signalizuje možné

⁹ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s 55.

ohrožení a je rovněž součástí obrany. Úzkost je typickou součástí neuróz i řady onemocnění psychosomatického charakteru.

2 Psychofyziologické důsledky výkonu profese

Psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka mohou být různé. Tato kapitola se zaměřuje na takové specifické poruchy, které vznikají primárně jako reakce na stres. Lidé pracující v sociální oblasti jsou mnohdy pod velkým psychickým tlakem a stresem obdobě jako další pomáhající profese. Pod tíhou své profese mohou upadat do stavů různě těžké deprese, prožívat panický záchvat při domněnce, že musí druhým pomoci za každou cenu, i přestože je to nad jejich síly.

Důležité je si uvědomit, že psychické potíže jedince se často projeví fyzickými obtížemi, což bývá první varovný signál, že je s naším tělem něco v nepořádku. To je jedním z důvodů, proč se psychické nemoci podchycují v mnohých případech až po nějaké době. Bývá to proto, že člověk reaguje pouze na fyzické příznaky. Až po několika negativních vyšetřeních začíná lékař hledat možné příčiny jinde a najevo vychází pravá podstata problémů. Jen málo kdo se o své psychické zdraví stará stejně jako o zdraví fyzické. Je však nutné uvědomit si, že pro zdraví životní styl je péče o psychickou stránku těla klíčem ke spokojenějšímu životu.

„Pracovní činnost hraje významnou úlohu ve vztahu ke zdraví a pocitu pohody. Souhrnné poznatky z epidemiologického studia vztahů mezi psychickou pracovní zátěží a zdravotními problémy předkládají Štikar, Rymeš a kol. (2000):“¹⁰

- **psychická oblast**—krátkodobé stavy popisované jako únava a únavě stavy podobné, emoční a náladové stavy dané energetickou aktivací;
- **fyziologická oblast** – pocity tělesného diskomfortu, bolesti a lokální potíže, stavy projevující se v oběhové či endokrinní soustavě;
- **behaviorální reakce** – projevy funkčního stavu CNS v pracovní výkonnosti (výpadky pozornosti, chybovost, pokles pracovního výkonu).

K nespecifickým zdravotním důsledkům vedou zejména situace extrémního stresu. V duševní oblasti mohou rozpoutat reaktivní psychózu, posttraumatickou stresovou poruchu, poruchu přizpůsobení či neurotické poruchy. Psychotrauma může

¹⁰ PELCÁK, S. *Osobní nezdolnost a zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. s 51.

být následkem negativní a neočekávané silně působící události, které jedinec není schopen přijmout, což se promítne do jeho duševního i tělesného stavu. Událost se stává traumatizující, pokud překročí schopnost člověka ji emocionálně zvládnout. Podstatou traumatu je, že působením události, jako vnějšího činitele, jsou narušené biologické i psychické adaptační mechanismy jedince. Psychické poruchy vznikající v důsledku traumatických zážitků jsou podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) řazeny mezi neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy F40-F49. Některé níže uvedené psychické nemoci mají své zařazení v MKN-10, přesněji reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení F43. Reakce a poruchy s označením F43 byly dříve popisovány pod diagnózou adaptační poruchy, což je jedna z mála diagnóz, kde je jasná etiologie. „Psychická reakce na stres může být akutní nebo dlouhodobá. Dlouhodobá má za následek poruchu přizpůsobení.“¹¹ Mezinárodní klasifikace nemocí je jakási příručka, která eviduje nemoci, úrazy a příčiny smrti ve všech členských státech Světové zdravotnické organizace (WHO). V ČR byla MKN zavedena k 1. 1. 1994.

2.1 Akutní reakce na stres (F43.0)

Jedná se o přechodnou poruchu, která vzniká jako odpověď na vnější psychickou či fyzickou zátěž u jinak duševně zdravé osoby. Tato porucha se většinou objeví po zdrcujícím traumatickém zážitku či nějaké významné, negativní životní změně. Vždy se jedná o akutní krizovou reakci nebo reakci na stres. Je charakterizována třemi stádii – únava z boje, krizový stav a psychický šok. Obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Na charakter a závažnost této poruchy mají vliv zranitelnost a adaptační kapacita jedince. Příznaky jsou smíšené a proměnlivé. Mezi příznaky patří ustrnutí se zúžením vědomí/vnímání a snížením pozornosti, s neschopností pochopit situaci a orientace. Tento stav může být následován stažením se do sebe nebo nadměrnou aktivitou (úniková reakce). Během reakce jsou obvykle přítomny vegetativní příznaky panické úzkosti, jakou jsou pocení, zčervenání, tachykardie apod. První příznaky se zpravidla objevují během několika minut po stresové události či podnětu a mizí během 2-3 dnů nebo hodin. Na událost může být částečná či úplná amnézie.

¹¹ PAVLOVSKÝ, P., MALÁ, E. Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese. 1.vyd. Praha: Portál, 2002. s. 77.

2.2 Posttraumatická stresová porucha (F43.1)

Posttraumatická stresová porucha (PTSP) je opožděnou odezvou na stresující události, která má výjimečně nebezpečný až katastrofický charakter. Typickými projevy jsou stavy opakovaného znovuprožívání traumatu ve vzpomínkách, snů nebo nočních můr, a to většinou na pozadí emoční zploštělosti, pocitů ochromení, netečnosti vůči okolí, stranění se ostatním lidem a vyhýbání se situacím a činnostem, které připomínají trauma. V některých případech může dojít i k epizodám paniky, strachu, úzkosti či deprese. Mohou se objevit výbuchy agrese a nespavost. Nemoc se vyznačuje kolísavým průběhem a k léčbě se využívá v současné době psychoterapie a farmakoterapie.

2.3 Poruchy přizpůsobení (F43.2)

Poruchy přizpůsobení se vyvíjejí v období adaptace na výraznou životní změnu či stresovou situaci. Člověk prožívá stavy subjektivních potíží a emoční poruchy. Příznaky musí začít v průběhu jednoho měsíce od vystavení zřetelnému psychosociálnímu stresoru. Příznaky poruchy přizpůsobení jsou nejrůznější. Nejčastěji se vyskytuje strach, úzkost, deprese a jejich kombinace. Pokaždé následuje zhoršení běžného každodenního výkonu jedince. K poruchám přizpůsobení patří nestálost emocí, poruchy chování, jako u afektivních poruch (MKN-10, F30-F39). Nepatří sem však bludy a halucinace, kterékoli poruchy. Nejdůležitější součástí léčby je podpůrná psychoterapie. Ta pomáhá pacientovi pochopit, co se s ním děje a jakou má jeho stav příčinu. Léčba se také zaměřuje na trénink dovedností, které nemocnému pomohou zvládnout budoucí stresové situace (například mobilizaci jeho sil či vytvoření kvalitní sociální sítě). Stresor totiž může narušit integritu sociální sítě pacienta (např. úmrtí v rodině apod.). Může také narušit systém sociálních opor a hodnot (např. stěhování,...) nebo reprezentují velké vývojové přechody nebo krize (stát se rodičem apod.).

2.4 Chronický únavový syndrom

V rámci F48.0 Neurastie se objevuje problematika chronického únavového syndromu (Chronic fatigue syndrome, CFS). Neurastický syndrom je popisován, jako dráždivá slabost. Neurastie je s CFS zcela rovnocenná. Studiemi bylo zjištěno, že stejný počet nemocných s projevy neurastie podle MKN-10 splňuje kritéria pro CFS.

Chronický únavový syndrom je stav charakterizovaný výraznou a dlouhodobou únavou, spojenou s řadou souvisejících symptomů – zhoršení koncentrace, kloubní a svalové bolesti, poruchy spánku, bolesti hlavy, podrážděnost apod. U CFS nebyla jednoznačně určena příčina jeho vzniku. Toto onemocnění se zpravidla diagnostikuje na základě syndromologických kritérií, na jehož příčinách, vzniku a průběhu se podílejí psychické vlivy, somatické choroby a vlivy prostředí. Únava musí trvat minimálně 6 měsíců a musí být doprovázena již zmíněnými kritérii, aby se mohlo mluvit o CFS. Součástí vzniku a dalšího rozvoje je bezpochyby nadměrný a špatně zvládaný stres. Mezi spouštěče CFS se řadí i dlouhodobé přepracování a přetěžování. Projevy CFS často překrývají projevy jiných onemocnění, jako např. depresivní poruchu, PTSP, somatizací poruchu aj. Nejčastější projevy popisuje tabulka 3. Příznaky CFS zhoršuje nepřiměřená psychická a tělesná zátěž. Jedním z hlavních faktorů vzniku a trvání je psychická predispozice.

Tabulka 3: Zdravotní potíže pacientů s CFS

Potíže	na základě dotazníku (%)	uváděné pacienty (%)
Únava	100	100
Bolesti svalů	75	55
Gastrointestinální potíže	67	48
Problémy s koncentrací	65	34
Alergie	65	0
Svalová slabost	60	29
Problémy se spánkem	48	29
Problémy s pamětí	48	19
Bolesti kloubů	44	32
Bolesti hlavy	39	47
Podrážděnost	33	14
Závratě	31	24
Bolesti v krku	22	13
Depresivní rozlady	16	11
Polyurie	17	0
Opakující se infekce	16	15
Rozmazané vidění	14	0
Lymfadenopatie	14	5
Subfebrilie	8	11

Zdroj: Janů a kol., 2003

2.4.1 Léčba chronického únavového syndromu

Léčba CFS i terapie je velmi obtížná a to díky příčinám vzniku, které jsou různorodé. Tato choroba velice komplikuje a znepříjemňuje život. Nemá ale zhoršující se průběh a tím se od jiných nemocí odlišuje. Jedinec může mít sebevražedné myšlenky, na nichž se podílí neutěšená situace pacienta – bezradnost léčby, pracovní neschopnost (mnohdy oficiálně neuznaná), společenská situace.

Léčba je velice obtížná kvůli mnoha neznámým, které se u syndromu objevují. Uplatňují se mnohé přístupy od psychoterapie, podávání léků až přes alternativní druhy léčby jako jsou například akupunktura, homeopatie či přírodní léčba. Za zcela zásadní je při léčbě považována včasná diagnostika umožňující co nejdříve zahájit léčebná opatření (doplnění vitamínů a minerálů, doléčení všech infekcí atd.). Nedílnou součástí léčby je možnost dostatečného odpočinku, neboť přepínání zbývajících sil vede k progresi choroby. Největší šanci na uzdravení má pacient, u kterého je léčba započata do dvou let od vzniku choroby. V mnoha případech dochází k recidivě, jelikož člověk se již cítí lépe a vrátí se do svého předchozího života s velkým zápalem. Ten může vyvolat duševní či tělesný stres a návrat chronického únavového syndromu.

2.4.2 Sociálně-ekonomický dopad chronického únavového syndromu

Ne všichni nemocní, kteří splňují kritéria nemoci, vyhledají pomoc lékaře. Mnohdy je odradí prvotní negativní nálezy a přístup lékařů, dále pak skutečnost, že mnozí pacienti nejsou správně diagnostikováni (často jim milně bývá diagnostikována psychiatrická diagnóza).

CFS propukne nejčastěji ve věku 25 až 45 let. Ženy jsou postihovány přibližně 3× častěji než muži. Z ekonomického hlediska se tedy jedná o osoby v produktivním věku. Sociálně-ekonomické náklady na CFS obsahují nejen finanční prostředky vynaložené na samotnou léčbu (vyšetření, léky, hospitalizace), ale také nepřímé náklady představující ekonomický dopad nemoci na společnost (ztráta z neodvedené ekonomické aktivity, náklady na vyplácení pracovní neschopnosti a invalidních důchodů, poskytování pečovatelské služby apod.)

2.5 Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Z řady studií vyplývá, že důležitou determinantou zdravotního stavu je psychosociální pracovní prostředí. V souvislosti se syndromem vyhoření (SV) u pomáhajících profesí většina autorů uvádí nerovnováhu mezi vynaložením emočních sil člověka a zisky v podobě uznání, ocenění a pocitu úspěšnosti, které se mu nedostávají. Sociální pracovník, by měl užívat metodické postupy tak, aby pravděpodobnost vývoje SV minimalizoval. Syndrom vyhoření je vždy výsledkem interakcí mezi podmínkami k práci a subjektivních očekávání pracovníka. Syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím. Téměř každý pracovník má po čase některé jeho projevy. „Více než v jiných profesích je sociální pracovník angažován ve své pracovní činnosti svou osobností.“¹²

Syndrom vyhoření je soubor příznaků, který vzniká u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého stresu, zejména pracovního. Syndrom vyhoření je formálně definován a prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým pobýváním v emocionálně mimořádně náročných situacích. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy. Jedná se o závažný medicínský a psychologický problém, který významně ovlivňuje zdraví a kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje. Do stavu, zvaného syndrom vyhoření se dostaneme, nemáme-li v životě zdroje radosti, a pokud nejsme dobře zakotveni v těle. K jeho hlavním projevům patří deprese, cynismus, lhostejnost, ztráta sebedůvěry, stažení se z kontaktu, časté nemoci a tělesné potíže. O syndromu vyhoření nelze hovořit jako o únavě ani jako o krizi, u které můžeme věřit, že čas momentální depresi vyléčí. Do SV je vždy zapletena otázka po smyslu vlastní práce. Pokud se práce daří, tak je smysluplnost pomáhajícího silnější. Naopak, pokud se nedaří, je zrovna tak silnější pochybnost. Syndrom vyhoření kromě oblastí psychiky též ovlivňuje i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje, a vykazuje některé podobné charakteristiky s příznaky i důsledky některých duševních poruch a onemocnění. Součástí této prožívané krize je vyrovnání se s vlastními pocity a náladami, které obsahují prožitky osamocení, bezmoci, úzkosti, starostí, zoufalství a beznaděje, ale také nudy, otrávení či zhnusení. Pocitování úzkosti je hlavní hybnou silou prožívání reality, díky které si člověk uvědomuje fakt svého postavení vůči okolnímu světu. Uvědomění si sama sebe přináší člověku poznání jeho svobody.

¹² MATOUŠEK, J. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 55.

Nyní si popíšeme možné mechanismy vedoucí k procesu vyhoření:

Ztráta ideálů. „Ten, kdo hoří, mlže vyhořet: Na počátku jedné cesty, která končí syndromem vyhoření, je nadšení.“¹³ Člověk nastupuje do práce plný ideálů a těší se na nové zaměstnání. Bývá to většinou na konci studia. Ztotožní se s novými úkoly, týmem kolegů, nevadí mu tzv. přesčasy. Práce je pro něho smysluplná a zábavná. Postupně začnou narůstat obtíže – mnohé z cílů se oddalují nebo jsou nedosažitelné. Ztráta důvěry ve vlastní schopnosti velmi úzce souvisí se ztrátou smysluplnosti práce. Zatížení člověka víc a víc vyčerpává, až ho nakonec dovede k vyhoření.

Workholismus. Tento pojem můžeme definovat jako nutkavou potřebu hodně pracovat. Lze o něm říci, že je to „alkoholismus práce“ (závislost na práci stejné povahy, jako závislost na alkoholu). Aby nedošlo k vyhoření, je třeba práci omezit a udělat si čas i na jiné činnosti, které pro člověka znamenají naplnění.

„**Teror příležitosti**“. Některým lidem roste práce pod rukama. V tomto případě je to tím, že s každým úkolem, který přijmou, se po čase objeví několik dalších přidružených úkolů, které jsou pro ně lákavé, tak se jich chopí. Po čase se, ale ukazuje, že dostát všem závazkům je téměř nemožné (velká spotřeba času a energie). Neschopnost slevit z těchto přidružených úkolů nakonec dovede pracovníka k vyhoření. Většinou jde o lidi, kteří nemají schopnost odmítnout, nemají dostatek řádu v životě.

2.5.1 Projevy a příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje změnou v chování pracovníka. Může vzniknout poměrně rychle od doby nástupu do zaměstnání, u některých jedinců již během několika týdnů či měsíců. U některých osob vzniká v souvislosti s vysokým pracovním nasazením, kdy se člověk snaží být ve své práci co nejlepší (nejkompetentnější).

Typickými projevy syndromu vyhoření jsou:

- neangažovaný vztah ke klientům (klient se pracovníkovi jeví pouze jako případ),
- ztráta schopnosti přistupovat k práci tvořivě, ztráta citlivosti pro potřeby druhých, lpění na standardních a zavedených postupech,
- pracovník se výrazně více věnuje mimopracovním aktivitám, práci je věnováno minimum energie,
- preference administrativních činností před kontaktem s klienty,

¹³ KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jakou součástí profese*. 2. Vyd. Praha: Portál. 1997. s. 101.

- převládající skepse,
- žádosti o neplacené volno, časté pracovní neschopnosti,
- omezování komunikace s kolegy, pocity depersonalizace, vyčerpání.

Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit na příznaky:

- **fyziké** (bušení srdce, bolesti hlavy, nespavost, ochablost, celkové stavy únavy, gastrointestinální potíže apod.),
- **psychické** (podrážděnost, podezíravost, vztahovačnost, smutek, celkový útlum, depresivita apod.),
- **pracovní** (redukce činnosti na rutinní postupy, sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání, projevy negativismu, cynismu a zvýšené iritability ve vztahu ke klientům apod.)

Proces vývoje SV může mít povahu stupňování se výše uvedených příznaků, které mohou vést k opuštění stresujícího zaměstnání. Může se také vyvíjet v cyklech, kdy pracovník najde řešení jeho těžkostí a následně se zase propadá do obranné pasivity. „Pomáhající profese přinášejí pracovníkovi odpovědnost za klienty, a přitom mu neposkytují možnost mít plně pod kontrolou jejich chování.,¹⁴ Tyto profese vyžadují, aby si každý pracovník sám našel stupeň své angažovanosti v osudech klientů – stanovil si pro sebe hranice. Pracovník být angažovaný musí, jinak je poskytovaná služba nekvalitní.

Tabulka 4: Přehled činitelů ovlivňujících vyhoření sociálního pracovníka

Sociální pracovník	Činitelé urychlující vyhoření	Činitelé zabraňující vyhoření
pracující s jednotlivci	nedostatek vedení s pozitivní zpětné vazby, náročný kontakt s klientem, nemožnost měřit úspěchy péče, pracovní přetížení	kvalifikace a vědomosti, smysluplnost vlastní role
pracující pro komunitu	nedostatek vedení, byrokracie, absence teoretického zázemí	komplexní, motivující práce, rozvíjení vlastních schopností, zpětná vazba, flexibilní pracovní hodiny

Zdroj: Maroon, 2012, s. 70

¹⁴ MATOUŠEK, J. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. s. 56.

2.5.2 Podmínky vzniku syndromu vyhoření

K rozvoji syndromu vyhoření velmi silně přispívají pracoviště, kde:

- není věnována pozornost potřebám personálu,
- noví členové pracovního týmu nejsou zaučeni,
- chybí supervize, nejsou plány osobního rozvoje,
- pracovník se nemá s kým podělit o pracovní těžkosti a poradit se o nich,
- vládne rivalita, soupeřivá atmosféra,
- se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu.

Významnou roli hraje počet klientů, se kterými se má pracovník za určité období setkat a nějakým zavedeným způsobem s nimi pracovat a působit na ně. Syndrom vznikne snadněji u lidí, kteří mají vrozenou omezenou kapacitu vstupovat do kontaktů s lidmi. Pokud pracovník očekává od svého zaměstnání plnou seberealizaci nebo ztotožní své soukromí a práci (např. matky v SOS dětských vesničkách), pak je spokojen pouze tehdy, pokud mu daná organizace dává dostatečný prostor pro seberealizaci. Lidé se snaží práci přizpůsobit svým očekáváním, případně měnit svůj postoj k práci dle podmínek, v nichž pracuje. Optimální je, pokud pracovník není k takovýmto změnám nucen.

Dle Kebzy existují rizikové faktory podněcující vznik syndromu vyhoření. Jsou to např.:

- nároky kladené na člověka,
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci s lidmi,
- nutnost čelit chronickému stresu,
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti,
- monotonie práce,
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc,
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé,
- nízká asertivita,
- neschopnost relaxace,
- negativní afektivita, depresivní ladění,
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy,
- permanentně prožívaný časový tlak,

- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení,
- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení,
- stabilně prožívaný hněv, hostilita, a agrese.

(Kebza, 2005, s. 144-145)

2.5.3 Prevence syndromu vyhoření

Prevence a zvládnání syndromu vyhoření může mít mnoho podob. Člověk může nalézt oporu z praktických zkušeností a někdy mu pomohou teoretické studie. U prevence syndromu vyhoření se vychází z příčin poruchy a jejich předcházení. Základem předcházení vyhoření je určitá smysluplnost individuální existence. Každý člověk potřebuje mít jistotu, že jeho práce, vztahy i život celkově mají nějaký význam, jsou smysluplné. Je nutné uvědomit si, že stojí za to investovat energii k řešení problémů a brát je spíše jako životní výzvu než jako překážku.

Nejrychleji se nabízejícím řešením syndromu vyhoření je udržet alespoň rovnovážný poměr stresorů a salutorů. V případě kdy stresory převažují nad salutory, vzniká stres. Správné reakce na takový stav jsou dvě. První možností je ubrat zatěžující faktory. V některých případech je dokonce nutné konání zcela přerušit. Druhou možností je přesný opak – přidat pomáhající faktory (salutory).

Matoušek uvádí následující prevenci syndromu vyhoření:

- kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech i s dostatečně dlouhou praxí,
- jasná definice poslání organizace a metod práce,
- jasná definice profesionální role pracovníka a náplně práce,
- zácvik nových pracovníků,
- možnost využít profesionálního poradenství,
- programy osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání,
- supervize, případové konference,
- omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty, omezení pracovního úvazku,
- kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, aj.

3 Salutoprotektivní faktory životního stylu

3.1 Resilience

Resilience se u dospělých i u dětí nejprve hledala jako charakteristika či osobnostní rys, jako schopnost se účinně vypořádat s nepřízní a stresem. Pak se autoři shodli na tom, že jde o proces, který kolísá v čase a může se odvíjet od vnějších faktorů. Rozhodujícím faktorem je pozitivní adaptace, kterou lze definovat jako úspěšné splnění dané vývojové úlohy. Mírou resilience se v mnohých případech stal úspěch v dosažení vývojových cílů. Lze tedy o resilienci hovořit jako o souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem/jedincem a jeho rodinou v průběhu času. Do koncepce resilience lze řadit všechny psychologické koncepce, které obsahují určité protektivní prvky ve vztahu ke zdravé a osobní pohodě. Je třeba mít na paměti, že úspěšné překonání jednoho typu nepříznivých okolností neznamena úspěšné překonání jiného typu protivenství, tzn., že je resilience diferencovaná. „Na dynamickou povahu resilience upozornil snad jako první Rutter (1987), když napsal, že nikdo není obdařen absolutní resiliencí (resistance); z jeho pohledu jde o víceúrovňový jev, který se liší.“¹⁵

- vnitřní individualitou jedince,
- dle situace,
- zdroj je v jedinci a v sociálním kontextu,
- podléhá vývoji.

Resilienci lze definovat, jako výsledek interakcí jedinců, jejichž cílem je získat životní zdroje, na jejichž základě si může zachovat zdraví za podmínek, které jsou pokládány za nepříznivé. Tato definice má vyjadřovat, že resilience je schopnost jedince získávat potřebné zdroje, možnosti rodiny, obce a kultury. Definice obsahuje dvě proměnné – směřování ke zdraví, schopnost získávat zdroje a současně připravenost rodiny, obce a kultury tyto zdroje jedinci poskytnout. Jednoduše lze říci, že resilience je „nezdolnost, odolnost“, houževnatost a souhrn faktorů, které jedinci pomáhají překonat nepříznivé podmínky a situace. Jde o jev adaptace – schopnost vyrovnávat se těžkostem. Tabulka 5 uvádí přehled a shrnutí protektivních faktorů/zdrojů resilience a mechanismy protektivního účinku. Podle Šolcové jsou protektivní faktory „charakteristiky, které v interakci s nepřízní či protivenstvím redukuje nebo eliminují

¹⁵ ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. s. 11.

potenciální negativní účinek rizikových faktorů. Též faktory pomáhající resilienci.¹⁶ V obecnějším smyslu je tento pojem užíván k označení osobnostních dispozic, ovlivňujících odolnost jedince vůči stresogenním vlivům, které na jedince působí. Někdy se také používá k označení některých druhů této odolnosti, nejčastěji pak odolnosti ve smyslu hardiness.

Sense of coherence (SOC) je koncepce, která s koncepcí hardiness navazuje na podněty existenciální a humanistické psychologie. Koncepci SOC popsal izraelský sociolog medicíny A. Antonovsky. Pojem „Sense of coherence“ je do češtiny nejčastěji převáděn jako „smysl pro soudržnost“. J. Křivohlavý (2001) pak převádí tento pojem jako „smysl pro integritu“ a V. Hošek (2003) jako „vědomí souvztažnosti“.

Tabulka 5: Protektivní faktory – zdroje resilience

Protektivní faktory/zdroje resilience	Protektivní mechanismus
Individuální úroveň	
Konstituční resilience Sociabilita Inteligence Komunikační dovednosti Osobnostní charakteristiky	Pozitivní temperament, statný neurologický systém. Citlivost k ostatním, prosociální postoje, citová vazba k ostatním. Školní výkon, plánování a rozhodování. Rozvinutá řeč, čtenářské dovednosti. Tolerance k negativním emocím, sebeuplatnění, sebevědomí, pozitivní sebepojetí, vnitřní lokalizace kontroly, smysl pro humor, nadějeplnost, strategie zvládání stresu, trvalý hodnotový systém, vyvážený podle zkušenosti, tvárnost a pružnost, mravní síla, přesvědčení, houževnatost, odhodlání.
Úroveň rodiny	
Podporující rodina Socioekonomický status	Rodičovská vřelost, povzbuzení, pomoc, soudržnost a péče v rodině, blízký vztah s pečujícím dospělým, víra v dítě, neobviňování, vzájemná manželská podpora, talent nebo koníček, který je ostatními oceňován. Materiální prostředky.
Úroveň komunity	
Školní zkušenosti Podporující komunita	Podporující kamarádi/vrstevníci, pozitivní vliv učitele, úspěch (školní nebo jiný, kupř. sportovní, technický apod.) Věra v jedince, netrestání.
Zdroje na úrovni kultury	
	Tradiční aktivity, tradiční spiritualita, tradiční jazyk, tradiční medicína.

Zdroj: Šolcová, 2009, s. 43-44

¹⁶ ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2009. s 14.

Rozvoj resilience nespočívá ve vyhýbání se stresu, ale naopak čelit mu ve vhodnou chvíli takovým způsobem, který jedinci umožňuje rozvoj sebedůvěry, zodpovědnosti a pocitu kompetence skrze zážitek „mastery-mistrovství“. Rizikové a protektivní faktory působí ve vzájemných cirkulárních interakcích.

3.2 Proaktivní zvládání stresu

Strategie a taktika zvládání stresu se označuje jako **coping** (zvládání). Lze říci, že jsou to aktivity jedince, kterými zvládá překonat nepříznivé situace. Copingové strategie jsou tedy strategie zvládání stresu – reakce, jimiž se stresovaný jedinec snaží snížit úroveň nežádoucí zátěže (např. vytěsněním, popřením stresové situace a relaxací, projekcí, získáním sociální opory, přímou obrannou akcí apod.). Zvládání bývá charakterizováno jako průběžně se odehrávající behaviorální, kognitivní a emoční snahy jedince zvládnout, tolerovat či eliminovat vnější i vnitřní nároky, se kterými se setkává v rámci svého života. Posloupnost aktivit jedince ke zvládání zátěže – dílčí zvládací akce → zvládací taktika → zvládací strategie → zvládací styl. Zvládací strategie členíme do dvou skupin – zaměření se na problém (jedinec se snaží ovlivnit problematickou transakci mezi ním a prostředím, nebo zaměření se na emoce (snaha regulovat emoční odpověď)). Strategie zaměřené na zvládnutí emoci jsou používány v situacích, které jsou považovány za neřešitelné, zatímco situace vnímané jako přístupné ke změně jsou řešeny strategiemi zaměřenými na problém. Coping se zpravidla uplatňuje v situacích, které jsou vzhledem k odolnosti jedince nadlimitní či podlimitní, a je tedy nutné vynaložit zvýšené úsilí k vyrovnání se s nepříznivou situací. Coping představuje stabilizující faktor, který pomáhá udržovat psychosociální adaptaci během stresující situace. Rozlišujeme čtyři kategorie strategií copingu:

- útok na obtěžující a ohrožující okolnost,
- aktivity směřující k posilování vlastní obranyschopnosti,
- vyhýbání se rušivým elementům/situacím,
- apatie (pocit beznaděje, bezmocnosti, deprese).

Často se také hovoří o aktivním hledání vhodných postojů/nástrojů řešení a vyhledávání pomoci. Kromě zaměření copingu na zvládnutí již působících stresorů lze uvažovat o přípravě na překonání stresorů, které lze očekávat v budoucnu – **anticipační coping**. Ten může zahrnovat emocionální, kognitivní i volní přípravu a cílevědomého tréninku.

Čtyři složky tvořící strukturu zvládání:

- **zvládací schopnosti** – osobnostní dispozice ovlivňující zvládání zátěží na úrovni kognitivní, emocionální a behaviorální;
- **zvládací zdroje** – aktuální psychosomatický stav jedince a prostředí (např. sociální opora, schopnost řešit problém, materiální podmínky apod.);
- **zvládací procesy** - vznikají při vnímání ohrožení, končí eliminací stresorů nebo adaptací na ně, transakce mezi jedincem a prostředím při stresové situaci;
- **zvládací strategie** – stabilní vzorce poznávání, chování a prožívání, které jedinec užívá ve snaze adaptovat se zátěži.

Vlastní proces zvládání lze rozdělit na tři základní funkce, které charakterizují strategie zvládání:

- zvládání orientované na problém,
- zvládání orientované na kontrolu emocí,
- kognitivní změny a chování za účelem vyhnutí se stresové situaci.

„ Při zvládání závažných životních událostí a náročných situací jedinec volí individuální strategie, jejichž cílem je adaptace na změnu a minimalizace jejího nežádoucího vlivu na zdraví člověka.“¹⁷

Copingové strategie a styly představují určitý repertoár generalizovaných psychických aktivit jedince, které se snaží uplatňovat v různých zátěžových situacích.

Psychické obranné mechanismy lze definovat, jako vnitřní strategie, jimiž jedinec řeší rozpory a vyrovnává se se zkušenostmi, které jsou neslučitelné se sebepojetím jedince. Tyto mechanismy ochraňují jedince před ohrožením kladného sebepojetí a před vznikem sociálně komunikačního a reaktivního podílu neshod (inkongruencí). Souvisí také s pocity týkající se vlastní identity, s regulací úzkosti a sebeúctou.

Proaktivní zvládání je orientování na dosahování cílů, zahrnuje nároky v budoucnu, které mohou vést k dalšímu seberozejí osobnosti. Specifickým příkladem jsou strategie zaměřené na sebeznevýhodňování. Přípravuje sebe i své okolí na selhání a

¹⁷ PELCÁK, S. *Osobní nezdolnost a zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. s. 67.

snižuje očekávání svého okolí ještě před vstupem do stresové situace, odsouvá od sebe zodpovědnost. Cílem je chránit svoje kladné sebehodnocení.

3.3 Sociální opora

Sociální oporou se rozumí pomoc, která je poskytována člověku, který se nachází v zátěžové situaci, druhými lidmi. Zahrnuje různá působení lidí v okolí jedince, kteří jej mají rádi, jsou mu blízcí a pozitivně jej hodnotí. Sociální opora je účinný faktor omezující působení stresu a lze ji řadit mezi externí vlivy při prevenci a zvládnání syndromu vyhoření. Je součástí naplnění lidských sociálních potřeb. Přírodním zdrojem sociální opory je především rodina. V rodině tvoří akceptování, pomoc či povzbuzení součást jejích funkcí. Rodina se podílí na utváření pocitu jistoty a bezpečí již od raného dětství. Pozitivní sociální vazby v rodině či jiných sociálních skupinách usnadňují adaptaci na nepříznivé podmínky a pozitivně ovlivňují zdravotní stav jedince, který se nachází v krizové situaci. Pocity důvěry, jistoty a sociální akceptování také navozují pocit spokojenosti jedince se sebou samým i se životem vůbec.

Sociální oporu lze rozdělit do čtyř skupin dle jejích znaků:

- **emocionální sociální opora** – spočívá např. v chování osob, vyjadřujících jedinci náklonnost, lásku, blízkost, starostlivost či porozumění;
- **instrumentální sociální opora** – pomoc prostřednictvím konkrétních nástrojů (např. praktická pomoc, pomoc materiální apod.);
- **evaluační sociální opora** – hodnotící, poskytování pozitivního hodnocení;
- **informační sociální opora** – zprostředkování informací a rad, které napomáhají k úspěšnému vyrovnání se s životními těžkostmi.

„ Z organizačního hlediska se lze na sociální oporu dívat jako na poskytování souboru důležitých a potřebných informací, díky kterému mají lidé v zaměstnání mimo jiné též pocit, že jim organizace jako taková i jednotlivý spolupracovníci věnují kolegiální pozornost, poskytují jim potřebnou péči, a že jsou zde zapojeni do sítí vzájemných pracovních závazků i neformálních vztahů. Napomáhá k získání sebeúcty, kladného sebevědomí a posílení sebedůvěry.,¹⁸ Protektivní vliv sociální opory ve vztahu mezi nemocí a stresem se může uplatnit:

- v průběhu kognitivního hodnocení stresogenních nároků;

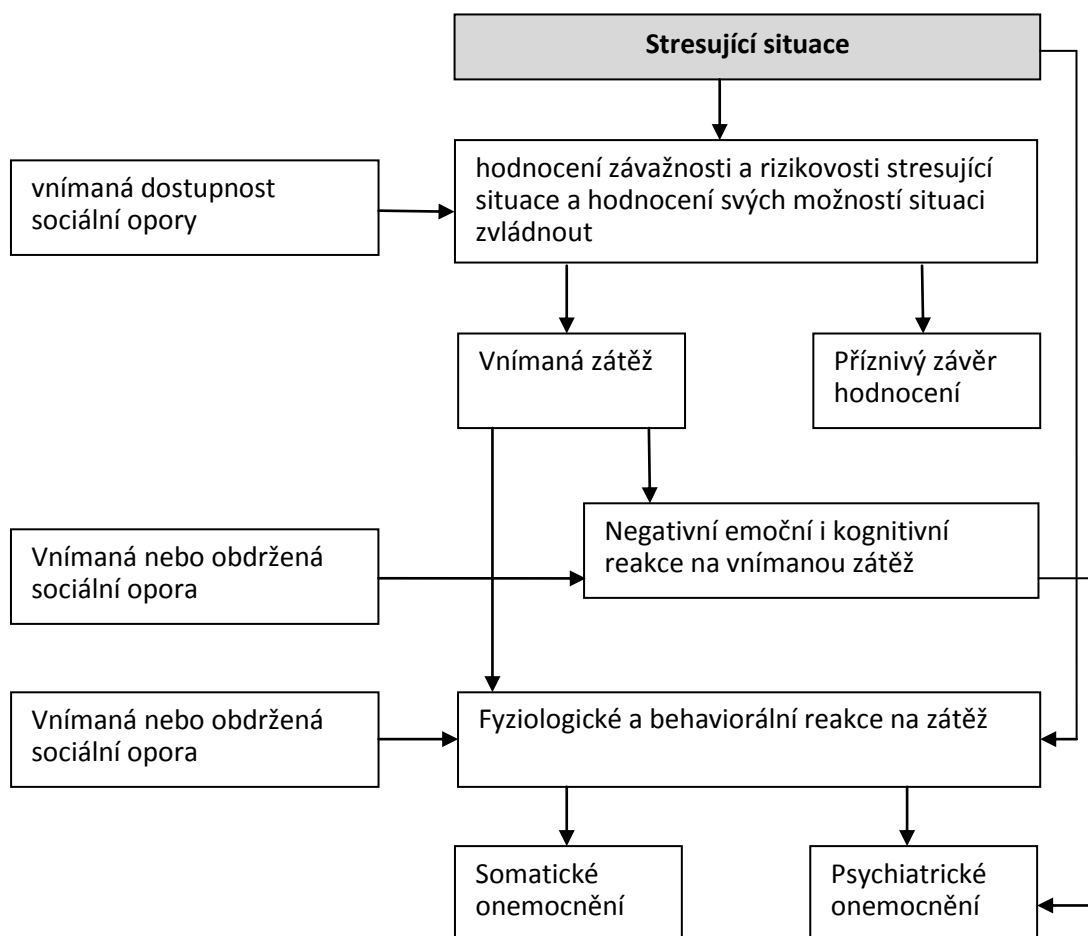
¹⁸ PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. s. 24.

- výběrem a změnou strategií;
- posílením pocitů sebeúcty a sociální kompetence;
- tlumením zdraví poškozujících fyziologických procesů.

Sociální oporu lze rozlišit dle účinku na přímý a nepřímý. Přímý účinek předpokládá příznivý účinek na psychickou pohodu jedince bez ohledu na aktuální úroveň stresovanosti. Nepřímý účinek je orientovaný na nárazové působení sociální opory. Uspokojivá sociální opora chrání osoby vystavené stresorům před jejich negativními dopady. Ukazatelem adaptace na sociální podmínky může být schopnost porozumět požadavkům vyplívajícím ze sociálních rolí.

Specifický případ vnímané sociální opory – **obtěžující sociální opora**. Jedinci se dostává sociální opora, kterou si sám nevyžádal, nepřeje si ji, dostává ji v podobě, která mu nevyhovuje, v rozsahu pro něho nadměrném a od lidí, které o ni nepožádal.

Obr. 2: Obecný model nepřímého, tlumivého účinku sociální opory



Zdroj: Mareš, 2009, s. 128

4 Psychické důsledky výkonu profese u sociálních pracovníků v přímé péči

4.1 Výzkumný problém, cíl šetření, hypotézy

Sociální pracovníci v přímé péči či pracovníci v sociálních službách jsou obdobně jako pracovníci dalších pomáhajících profesí vystaveni stresu kumulativního charakteru. Dlouhodobé vystavení těmto podmínkám, se kterými se musí pracovník ve své profesi denně potýkat a poradit si s nimi se může projevovat psychickými i zdravotními problémy různé intenzity.

Cílem empirické bakalářské práce je zjistit psychické důsledky výkonu profese s akcentem na syndrom vyhoření, ověřit moderující roli vybraných protektivních faktorů životního stylu při expozici stresu (adherenci ke zdravému životnímu stylu). Shodně s literaturou a výzkumnými cíli byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Míra subjektivně vnímaného distresu je v porovnání s běžnou populací vyšší.

H2: U více jak 45 % sociálních pracovníků můžeme v důsledku výkonu zjistit symptomy deprese.

H3: Psychická odolnost vyjádřená smyslem pro soudržnost snižuje závažnost subjektivně vnímaného distresu.

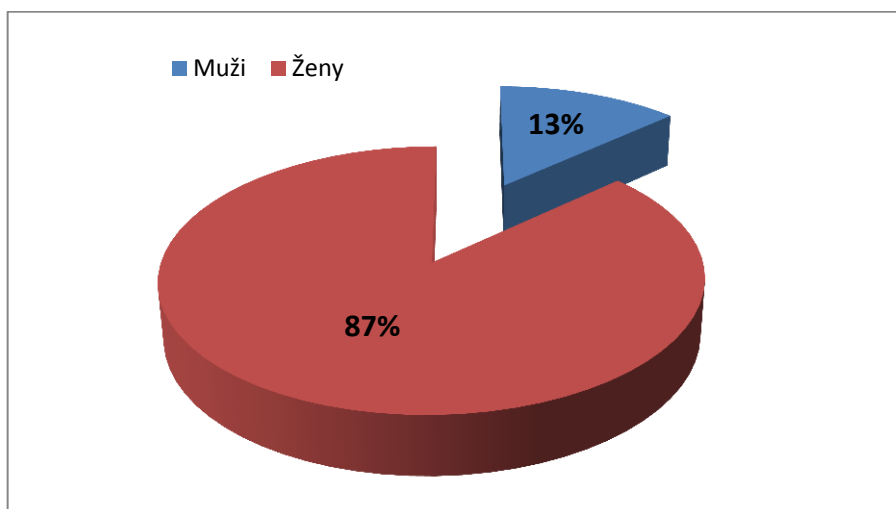
H4: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost snižují závažnost depresivní symptomatologie.

H5: Vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost jsou spojeny s adherencí ke zdravému životnímu stylu.

4.2 Výzkumný soubor a procedura

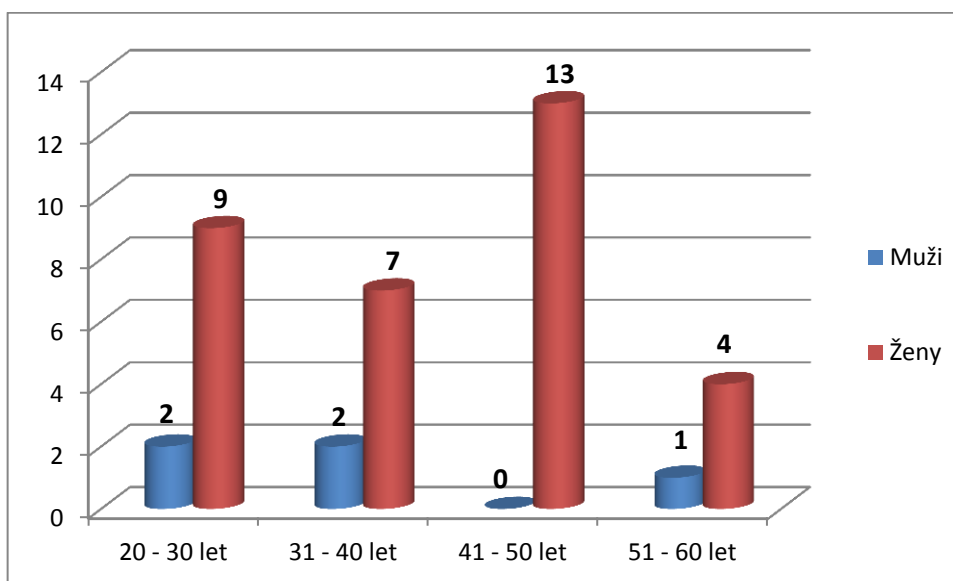
Výzkumný soubor je tvořen pracovníky pečovatelské služby a osobní asistence; pracovníky sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi; pracovníky azylových domů pro matky s dětmi a pracovníky městského úřadu, oddělení sociálně právní ochrany dětí. Sběr dat probíhal v prosinci 2014 a lednu 2015. Oslovila jsem celkem 50 respondentů. Z 50 distribuovaných dotazníků se pro závěrečné zhodnocení použilo 38. Ostatní byly vyřazeny z důvodu neúplného vyplnění nebo se mi nevrátily vůbec.

Graf č. 1 – Struktura respondentů dle pohlaví.



Graf č. 1 znázorňuje početní zastoupení žen a mužů. Na dotazníky odpovědělo celkem 33 žen a 5 mužů. Graf jednoznačně ukazuje, že pracovníky v sociální sféře jsou v drtivé většině ženy.

Graf č. 2 – Struktura respondentů dle věkových kategorií a pohlaví.



Graf č. 2 ukazuje věkové zastoupení dotazovaných mužů a žen. Věková kategorie 20 – 30 let je zastoupena 9 ženami a 2 muži. Do věkové kategorie 31 – 40 let spadá 7 dotazovaných žen a 2 muži. Nejpočetněji zastoupenou kategorií žen je věk 41 – 50 let, v počtu 13 žen. Tato kategorie je zároveň nejméně zastoupená muži – 0 dotazovaných mužů. V poslední kategorii, 51 – 60 let, odpovídali na dotazníky 4 ženy a 1 muž. Průměrný věk všech dotazovaných je 38 let.

4.2.1 Popis metod

Dotazník nezdolnosti typu SOC

Antonovsky (1987) vytvořil dotazník SOC – Dotazník orientace na život (původní název „The Orientation to Life Questionnaire“). Dotazník je složen z 29 položek a měří celkovou koherenci životní orientace a její 3 dimenze: Porozumění situaci (Comprehensibility) – 11 položek; Zvládnutelnost-ovladatelnost – 10 položek; Smysluplnost (Meaningfulness) – 8 položek. Zmíněné dimenze jsou různě důležité. Dle Antonovského se jako nejdůležitější dimenze jeví smysluplnost, na druhé místo důležitosti se řadí srozumitelnost a bez zvládnutelnosti by nebyl celek kompletní. Celek těchto dimenzí dotazníku SOC ukazuje celkovou schopnost úspěšného copingu. Respondenti vybírají svoji odpověď na 7 bodové škále se dvěma zakotvujícími odpověďmi (frázemi). Třináct otázek z výše uvedených položek je formulováno negativně, proto musí být respondent pozorný, aby je správně zodpověděl (musí být hodnoceny obráceně). Respondent musí odpovědět otázky, pokud nezodpoví více než 4 ze všech 29 položek, tak není výsledek validní. Validitu také dle autora snižuje tendence k extrémní odpovědi (1 nebo 7). Vyplnění dotazníku trvá přibližně 15 – 20 minut.

Tato metoda je vhodná pro sledování efektivity zvládnutí stresu a odráží orientaci jedince při řešení problémů v náročných situacích. Dle autora metoda umožňuje posouzení jednotlivce na pomyslném kontinuu vulnerabilita – nezdolnost.

Dotazník SCL-90

Tato sebesuzovací škála patří mezi nejčastěji používané měřicí nástroje v oblasti péče o duševní zdraví. SCL – 90 je 90ti položková multidimenzionální škála měřící aktuální psychický stav posouzením intenzity výskytu subjektivních psychopatologických symptomů, které jsou sdruženy do devíti symptomatických škál. Jedná o somatizaci (SOM) – 12 položek; obsese (OBS) – 10 položek; interpersonální senzitivitu (INT) – 9 položek; depresi (DEP) – 13 položek; anxiozitu (ANX) – 10 položek; hostilitu (HOS) – 6 položek; fobii (FOB) – 7 položek; paranoidní ideaci (PAR) – 6 položek; psychoticismus (PSY) – 10 položek. Dotazník dále obsahuje 7 nezařazených položek (NEZ), které se prioritně týkají poruch spánku a chuti k jídlu. Respondent odpovídá na otázky pomocí 5 bodové škály (v rozpětí od 0 – vůbec ne po 4 – velmi silně). Úkolem respondenta je uvést v jaké intenzitě se uvedený symptom

vyskytuje za určité časové referenční období. Vyhodnocením dotazníku získáme 9 dimenzionálních skóre a souhrnný index GSI (Global Severity Index). Tento index vyjadřuje celkovou míru distresu a ukazuje tak psychický stav respondenta.

Sebeposuzovací stupnice deprese

Self-rating depression scale - SDS, (Zung, 1974, 1991). Autor popisuje depresi jako syndrom příznaků a známek z oblasti nálady, somatiky, psychomotoriky a psychologie, které se vyskytují současně. Dotazník obsahuje 20 položek a každá položka odráží určitý charakteristický rys deprese. Všechny položky dohromady zahrnují příznaky deprese v jejich plné šíři. SDS je určena k popisu deprese ve smyslu onemocnění nálady. Slouží ke kvantitativnímu hodnocení intenzity deprese bez ohledu na její typ.

Stress profile

Autorem tohoto dotazníku je K. M. Nowack, autory české verze jsou P. Král aj. Klose. Podobně jako u deprese se jedná o sebeposuzovací dotazník, který obsahuje 123 položek. Položky jsou zaměřeny na 15 oblastí, týkajících se stresu a zdravotního rizika. Respondenti odpovídají na otázky z oblasti zdravotních návyků, životního stylu životních názorů, míry stresu, sociální podpory a způsobu zvládání náročných životních situací. Dále je tvořen položkami zaměřenými na chování typu A, poštovního a negativního pohledu na sebe a zhodnocení vlastní pohody, kognitivní nezdolnosti.

Dotazník Stress profile je schopen poskytnout jak klinikům, tak i respondentům informace o psychologických faktorech, ovlivňujících vztah mezi stresem a nemocí. Poskytuje uživatelům informace o specifickém životním stylu a zdravotním chování, které se mohou podílet na různých onemocněních či poruchách ovlivňovaných stresem. Dotazník je složen tak, aby identifikoval oblasti, které člověku pomáhají odolávat škodlivým účinkům každodenního stresu a ty, které jedince naopak činí náchylným k onemocnění spojovaným se stresem. Dotazník je vyhodnocován způsobem, že u jednotlivých položek je zjišťován hrubý skór, který je pomocí předních tabulek převeden na T-skór. Hodnoty tohoto skóru mají průměr 50 a směrodatnou odchylku 10. Výsledky v rozmezí 40 – 59 naznačují průměrnost a reprezentují „normální populaci“, výsledky T-skóru 60 a vyšší jsou považovány za vysoké, výsledky 39 a nižší se

považují za nízké. U položek stres, ARC, chování typu A a negativního pohledu jsou rizikové vysoké hodnoty, u ostatních položek jsou rizikové nízké hodnoty.

4.3 Výsledky a diskuse

4.3.1 Psychické důsledky výkonu profese sociálního pracovníka

Tabulka 6: Porovnání subjektivně vnímaného distresu u sociálních pracovníků s vybranými pomáhajícími profesemi

	SOM	OBS	INT	DEP	ANX	HOS	PHO B	PAR	PSY	NEZ	GSI*
ZP	0,326	0,501	0,416	0,362	0,256	0,255	0,155	0,275	0,128	0,326	0,308
SPPP	0,489	0,900	0,716	0,659	0,452	0,520	0,265	0,655	0,259	0,563	0,555
MED	0,478	1,007	0,804	0,633	0,619	0,472	0,260	0,705	0,305	0,659	0,601
KYN	0,239	0,789	0,413	0,335	0,232	0,430	0,146	0,529	0,196	0,401	0,364
ZZS	0,521	0,907	0,781	0,763	0,559	0,614	0,459	0,693	0,452	0,674	0,537
LEK	0,414	0,928	0,681	0,532	0,497	0,463	0,222	0,658	0,277	0,578	0,527
LDN	0,690	0,938	0,887	0,834	0,565	0,525	0,463	0,614	0,304	0,821	0,677
SP2015	0,472	0,963	0,520	0,537	0,374	0,443	0,143	0,549	0,134	0,545	0,478

Vysvětlivky: ZP: soubor zdravá populace, SPPP: sociální pracovníci v přímé péči, MED: studenti 1. ročníků medicíny, KYN: kynologové-záchranáři, ZZS: zdravotníci integrovaného záchranného systému, LEK: lékaři, DKO: daňoví kontroloři, LDN: zdravotníci personál LDN. SP2015: soubor sociálních pracovníků zkoumaného vzorku (N=38)

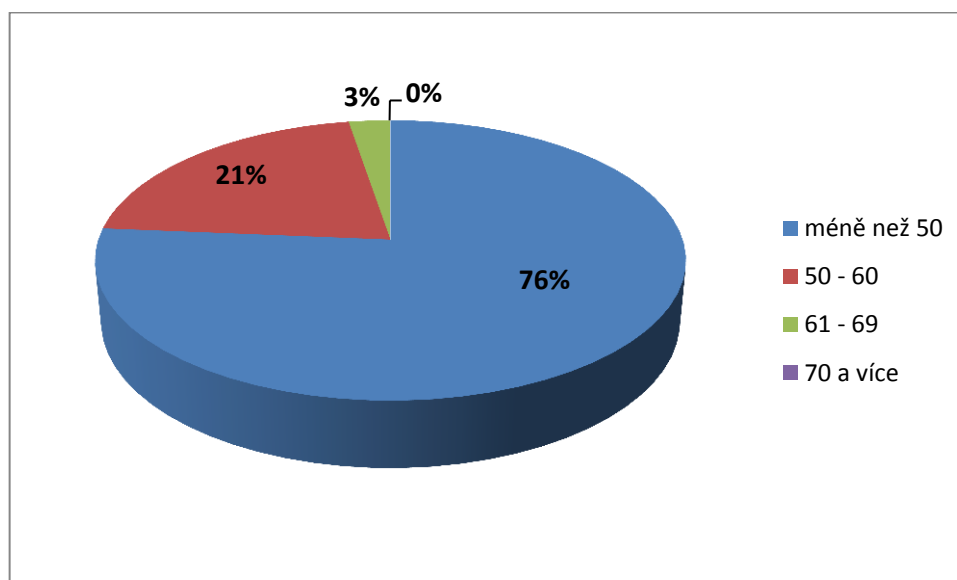
Položky symptomatologické škály: SOM: somatizace, OBS: obsese-kompulze, INT: interpersonální senzitivita, DEP: deprese, ANX: anxieta, HOS: hostilita, PHOB: fobie, PAR: paranoidní ideace, PSY: psychoticismus, NEZ: nezařazené, **GSI: index celkové závažnosti lze považovat za spolehlivý prediktor určující závažnost psychosomatických symptomů** (Boleloucký, Z., Polách, J., Strašík J., 1990).

Porovnání průměrných hodnot za soubor sociálních pracovníků v přímé péči zakrývá interindividuální rozdíly mezi jednotlivci. Přesto lze konstatovat, že míra subjektivně vnímaného distresu (GSI = 0,478) je v porovnání s běžnou populací (GSI = 0,308) vyšší.

Hypotéza H1 se potvrdila.

Graf č. 3: Výskyt depresivního ladění u souboru sociálních pracovníků

Výkon profese sociálního pracovníka ovlivňuje negativně kvalitu života (vyjádřenou depresivním laděním). Přímá péče o klienta je spojena s dlouhodobým působením interpersonální psychické zátěže, akutního stresu a mikrostressorů různé intenzity. Graf č. 3 ilustruje výskyt deprese u sociálních pracovníků (hodnoceno dle GSi).



Graf č. 3 ukazuje, že u 76 % respondentů se nevyskytují žádné známky deprese. Naopak u 21 % jsou patrné známky minimální nebo lehké deprese a u 3 % dotazovaných je přítomna středně silná až zcela zřetelně vyjádřená deprese. Přítomnost těžké až extrémně těžké deprese nebyla u nikoho z oslovených respondentů zjištěna.

Symptomy deprese byly zjištěny u 24 % sociálních pracovníků. **H2 se nepotvrdila.**

4.3.2 Smysl pro soudržnost jako moderátor vyhoření

Tabulka 7: Vztah mezi smyslem pro soudržnost, subjektivně vnímaným distresem a depresí

	SOC	C	MA	ME
SOC	1			
C	0,84	1		
MA	0,89	0,64	1	
ME	0,66	0,27	0,45	1
SOM	-0,18	-0,19	-0,12	-0,12
OBS	-0,38**	-0,27	-0,32*	-0,35*
INT	-0,43**	-0,29	-0,34*	-0,42**
DEP	-0,55**	-0,51**	-0,40**	-0,43**
ANX	-0,34*	-0,31*	-0,23	-0,27
HOS	-0,33*	-0,28	-0,22	-0,32*
PHOP	-0,02	-0,12	0,00	0,12
PAR	-0,34*	-0,27	-0,24	-0,33*
PSY	-0,26	-0,17	-0,16	-0,32*
NEZ	-0,46**	-0,26	-0,41	-0,48*
GSI	-0,45**	-0,37**	-0,34*	-0,39**
SDS i	-0,60**	-0,57**	-0,54**	-0,28

Vysvětlivky:

SOC – celková průměrná hodnota smyslu pro soudržnost, C – Comprehensibility, MA – Manageability, ME – Meaningfulness, PSSS – sociální opora, SOM – Somatizace, OBS – Obsese-kompulze, INT – Interpersonální senzitivita, DEP – Deprese, ANX – Anxieta, HOS – Hostilita, PHOB – Fobie, PAR – Paranoidní ideace, PSY – Psychoticizmus. NEZ – nezařazené. GSI – Index celkové závažnosti stresu. SDS i – závažnost depresivní symptomatologie. Korelace průkazné na hladině * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Statisticky významné vztahy byly zjištěny mezi SOC a položkami SCL 90 a SDS (Zung)

- SOC: OBS ($r = -0,38^{**}$)
- SOC: INT ($r = -0,43^{**}$)
- SOC: DEP ($r = -0,55^{**}$)
- SOC: HOS ($r = -0,33^*$)
- SOC: PAR ($r = -0,34^*$)
- SOC: NEZ ($r = -0,46^{**}$)
- GSI ($r = -0,45^{**}$)
- SDS i ($r = -0,60^{**}$)

H3 a H4 se potvrdily, vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s nižšími hodnotami distresu a depresivním prožíváním.

4.3.3 Smysl pro soudržnost a životní styl

Tabulka 8: Vztah smyslu pro soudržnost k faktorům životního stylu

	SOC	C	MA	ME
SOC	1			
C	0,76	1		
MA	0,89	0,57	1	
ME	0,83	0,38	0,68	1
STR	-0,54 ^{**}	-0,40 ^{**}	-0,47 ^{**}	-0,44 ^{**}
ZDR	0,56 ^{**}	0,50 ^{**}	0,37 ^{**}	0,53 ^{**}
CVI	0,26	0,11	0,21	0,27
ODP	0,42 ^{**}	0,38 ^{**}	0,30 [*]	0,34 [*]
JIT	0,34 [*]	0,33	0,23	0,30 [*]
PRV	0,40 ^{**}	0,44 ^{**}	0,20	0,36 [*]
ARC	0,22	0,25	0,07	0,15

SOC	0,20	0,14	0,16	0,15
TYP	-0,29*	-0,41**	-0,28	-0,05
NEZ	0,48**	0,37**	0,29*	0,46**
POZ	0,14	-0,04	0,15	0,24
NEG	-0,40	-0,41	-0,34*	-0,25
MIN	0,33*	0,15	0,23	0,43**
PRO	0,04	-0,05	0,01	0,11
POH	0,57**	0,31*	0,51**	0,58**

Výsledky korelační analýzy ukazují tyto tendence:

- vyšší hodnoty celkové SOC záporně korelují se stresem, $r = -0,54$
- vyšší hodnoty celkové SOC kladně korelují se zdravotními návyky, $r = 0,56$
- vyšší hodnoty celkové SOC kladně korelují s odpočinkem, $r = 0,42$
- vyšší hodnoty celkové SOC kladně korelují s jídelním chováním, $r = 0,34$
- vyšší hodnoty celkové SOC kladně korelují s preventivním chováním, $r = 0,40$
- vyšší hodnoty celkové SOC kladně korelují se subjektivně prožívanou pohodou, $r = 0,57$

H5 se potvrdila, vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost jsou spojeny s dodržováním zásad zdravého životního stylu

4.4 Souhrn

Cílem empirického šetření bylo zjistit psychické důsledky výkonu profese s akcentem na syndrom vyhoření, ověřit moderující roli vybraných protektivních faktorů životního stylu při expozici stresu (adherenci ke zdravému životnímu stylu). Na počátku výzkumu bylo stanoveno 5 hypotéz. První z nich měla potvrdit nebo vyvrátit tvrzení, že míra subjektivně vnímaného distresu je v porovnání s běžnou populací vyšší. Porovnáním hodnot položek multisymptomatologické škály SCL 90 pracovníků v sociálních službách s dalšími vybranými pomáhajícími profesemi se tato hypotéza potvrdila. Míra subjektivně vnímaného distresu ($GSI = 0,478$) je v porovnání s běžnou populací vyšší, jejíž GSI je 0,308 (viz. tabulka 6). Druhá hypotéza měla potvrdit, že u

více jak 45 % sociálních pracovníků můžeme zjistit symptomy deprese v důsledku výkonu jejich profese. Hypotéza se nepotvrdila, neboť symptomy deprese byly zjištěny pouze u 24 % dotazovaných, zbytek respondentů nevykazoval žádnou přítomnost deprese (viz. graf č. 3). Další hypotézou bylo zjišťováno, zda psychická odolnost vyjádřená smyslem pro soudržnost snižuje závažnost subjektivně vnímaného stresu. Tato hypotéza se potvrdila a společně s ní se potvrdila i hypotéza následující. Zjištěné výsledky potvrzují, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisejí s nižšími hodnotami distresu a depresivním prožíváním (viz. tabulka 7). Dotazníkovým šetřením byla také potvrzena hypotéza, že vyšší hodnoty smyslu pro soudržnost souvisí s adherencí ke zdravému životnímu stylu (viz. tabulka 8).

Zdravý životní styl se vyznačuje tím, že v něm nejsou obsaženy charakteristiky jako drogy, alkohol, kouření, naopak jsou v něm obsaženy dobré mezilidské vztahy a dostatek pohybu. Podporuje zdraví, vede k ochraně před vznikem fyzických a psychických nemocí. Jde o stav celkové psychické, fyzické a sociální pohody. Zahrnuje velký výčet oblastí, jako např. rodinné zázemí, okolní životní prostředí, výživu, dostatek pohybu, společenské interakce a chování apod.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je věnována psychickým důsledkům výkonu profese sociálního pracovníka. Tato pomáhající profese je a bude stále náročná možná i náročnější na psychický stav jedince, od něhož se odvíjí i další nemoci somatického typu. Výkon pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání. Sociální práce neboli „služba druhým“ vyžaduje od pracovníků, kteří ji poskytují určité osobnostní predispozice, vzdělání a mnohdy ochotu přinášet oběti a sebezapření. Na sociální pracovníky jsou kladeny vysoké nároky po všech stránkách. Pracovník se denně potýká s řadou obtíží a paradigmat a neustále čelí nějakým rozhodnutím při různých situacích.

Požadavky i nároky na pracovníky se neustále zvyšují a s tím i výskyt syndromu vyhoření. Ten se zvyšuje díky neustále se zrychlujícímu životnímu tempu a vzrůstajícím ekonomickým nárokům. Jeho důsledky i důsledky dalších psychických obtíží se projevují postupně. Na první varovné signály, kterými nám naše tělo říká, že není něco v pořádku, ve většině případů nedbáme možná je ani nevnímáme. Díky těmto důsledkům dochází ke změně chování a zejména v přístupu k samotným klientům. Dostavuje se vyčerpanost, únava, pocity beznaděje a prázdnoty, kdy se jedinec stává apatickým vůči okolí. Čím více je rizikových faktorů, tím vyšší je pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. Ovlivňujícími faktory jsou pracovní podmínky, osobnostní charakteristiky, zdravotní stav, schopnost relaxace a odpočinku a sociální opora. Za velmi důležitou, snad i nejdůležitější, je považována rodina, protože rodinná soudržnost je považována za mocnou podporu nejen proti syndromu vyhoření, ale i dalším psychickým onemocněním. Pokud má člověk dobré rodinné zázemí a má oporu ve své rodině, pak se cítí sebejistěji. Ví, že na něho doma někdo čeká, někdo, kdo ho má rád a na kom mu záleží, podpoří ho a vyslechne.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ODBORNÁ LITERATURA

- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2959-6.
- PELCÁK, Stanislav. *Osobnostní nezdolnost a zdraví*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 207 s. ISBN 978-80-7435-342-0.
- ŠOLCOVÁ, Iva. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 104 s. ISBN 978-80-247-2947-3.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- PAVLOVSKÝ, Pavel, MALÁ, Eva. *Psychiatrie: učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2002, 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. 152 s. ISBN 80-7178-150-9.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. 448 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie: odpouštění, smířování, překonávání negativních emocí, radost, naděje*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 200 s. ISBN 80-7178-835-X.
- MAARON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. [překlad Kateřina Lepičová]. 1.vyd. Praha: Portál, 2012. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9 (brož.).
- KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. [překlad Petr Babka]. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- ASBJØRN, O. Falaide. LILLEBA, B. Lian. EYOLF, K. Faleide. *Vliv psychiky na zdraví: Soudobá psychosomatika*. [překlad Jaro Křivohlavý]. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 978-80-247-2864-3.

- MIKŠÍK, Oldřich. *Psychika osobnosti v období závažných životních a společenských změn*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2009. 301 s. ISBN 978-80-246-1600-1.
- ČÁP, J., DYTRYCH, Z. *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. 1.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1968. 118 s.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. 192 s. ISBN 80-716-9121-6.
- PAULÍK, Karel et al. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2009. 240 s. ISBN 978-807-3686-352.
- MERKUNOVÁ, Alena. *Základy funkční somatologie (fyziologie): poznámky k přednáškám*. 2 dopl.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 134 s. ISBN 978-80-7041-837-6.
- JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- MAREŠ, J. *Sociální opora a zdraví*. In: MAREŠ, J., HODAČOVÁ, L., BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství I*. Praha: Karolinum, 2009. 206 s. ISBN 978-80-246-1622-3.
- Světová zdravotnická organizace. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. 2. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2011. 870 s. ISBN: 978-80-904259-0-3.

ELEKTRONICKÉ ZDROJE

- <http://www.tribune.cz/clanek/29881>

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Základní rozměry stresu

Obrázek 2: Obecný model nepřímého, tlumivého účinku sociální opory

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Taxonomie zátěžových situací

Tabulka 2: Tabulka životních událostí podle Holmes – Rahe

Tabulka 3: Zdravotní potíže pacientů s CFS

Tabulka 4: přehled činitelů ovlivňujících vyhoření sociálních pracovníků

Tabulka 5: Protektivní faktory – zdroje resilience

Tabulka 6: Porovnání subjektivně vnímaného distresu u sociálních pracovníků s vybranými pomáhajícími profesemi

Tabulka 7: Vztah mezi smyslem pro soudržnost, subjektivně vnímaným distresem a depresí

Tabulka 8: Vztah smyslu pro soudržnost k faktorům životního stylu

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Struktura respondentů dle pohlaví

Graf č. 2 – Struktura respondentů dle věkových kategorií a pohlaví

Graf č. 3 - Výskyt depresivního ladění u souboru sociálních pracovníků