

Univerzita Hradec Králové

Ústav sociální práce

**Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků
s lidmi s duševním onemocněním**

Bakalářská práce

Autor: Helena Čadílková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce K – SPB

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Hradec Králové

2016

Zadání bakalářské práce

Autor: Helena Čadílková

Studium: U1553

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním**

Název bakalářské práce AJ: Burnout syndrome of social workers with people with mental disorder

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Teoretická část práce obsahuje obecnou charakteristiku syndromu vyhoření, jeho příznaky, příčiny. Dále charakterizuje kompetence sociálních pracovníků a popisuje jejich cílovou skupinu. Předmětem empirické části je dotazníkové šetření zaměřené na zmapování situace v daném tématu.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. 2., přeprac. vyd., V KNA 1. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2138-5. MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9. NOVOTNÁ, Alena, Anna ŽILOVÁ a Veronika ŽILOVÁ. Sociálne spôsobilosti v pomáhajúcich profesiách. Ružomberok: Verbum, 2010, 121 s. ISBN 978-80-8084-589-6. PELCÁK, Stanislav. Stres a syndrom vyhoření. Vydání první. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015, 75 stran. ISBN 978-80-7435-576-9. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

Garantující pracoviště: Katedra sociální práce a sociální politiky, Ústav sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Oponent: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Datum zadání závěrečné práce: 4.12.2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem veškeré použité prameny a literaturu.

V Nymburce dne 20. 3. 2017

.....

Helena Čadílková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat panu Mgr. Miroslavu Kapplovi, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za cenné rady a připomínky při psaní práce. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu strávit svůj čas vyplněním mých dotazníků.

Abstrakt

ČADÍLKOVÁ, Helena. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním*. Hradec Králové, 2017. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část této práce je zaměřena na ucelený vhled do problematiky. Zahrnuje například části zabývající se syndromem vyhoření, duševním onemocněním a specifiky sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praktická část je zaměřena na zjištění výskytu syndromu vyhoření a na jeho prevenci a příčiny u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Výzkumné šetření bylo realizováno formou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníku.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, sociální pracovník, lidé s duševním onemocněním, prevence

Abstract

ČADÍLKOVÁ, Helena. *Burnout syndrome of social workers with people with mental disorder*. Hradec Králové, 2017. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové. Leader of the Bachelor Degree Thesis: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

This Bachelor thesis deals with the issue of burnout syndrome in social workers dealing with people with mental illness. The thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is focused on a comprehensive insight into the issue. It includes, for example, the section dealing with burnout, mental illness and the specifics of social work with people with mental illness. The practical part is focused on finding burnout occurrence and its prevention and the causes of burnout in social workers dealing with people with mental illness. This survey was carried out through quantitative research using questionnaires.

Keywords: Burnout, Social Worker, Mentally Ill People, Prevention

Obsah

Úvod	9
1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom)	11
1.1 Definice syndromu vyhoření	11
1.2 Příčiny syndromu vyhoření	12
1.2.1 Rizikové faktory pracovní	13
1.2.2 Rizikové faktory osobnostní	14
1.3 Projevy a důsledky syndromu vyhoření	15
1.4 Diagnostika syndromu vyhoření	16
1.4.1. MBI - Maslach Burnout Inventory	16
1.5 Prevence syndromu vyhoření	17
1.5.1 Prevence ze strany jednotlivce	17
1.5.2 Prevence ze strany zaměstnavatele	19
1.5.3 Supervize	20
2 Lidé s duševním onemocněním	22
2.1 Duševní onemocnění	22
2.2 Specifické potřeby lidí s duševním onemocněním	25
3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	26
3.1 Sociální práce	26
3.2 Role sociálního pracovníka	26
3.3 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním	28
3.3.1 Vztah sociálního pracovníka s klientem	30
Shrnutí poznatků teoretické části	31
5 Praktická část	32
5.1 Hlavní cíl výzkumu	32
5.2 Dílčí cíle výzkumu	32
5.3 Výzkumná strategie	32
5.4 Operacionalizace dílčích cílů	34
5.5 Výzkumný soubor	35
5.6 Organizace a průběh výzkumu	35
5.7 Rizika výzkumu	35
6 Interpretace výsledků výzkumu	36
6.1 Shrnutí DC I	40

6.2 Shrnutí DC II	44
6.3 Shrnutí DC III	49
Závěr	50
Seznam tabulek	52
Seznam použitých zdrojů	53
Seznam příloh	56

Úvod

Téměř šest let jsem pracovala ve Fokusu Mladá Boleslav z.s. Tato organizace je jednou z prvních v České republice, která v 90. letech začala poskytovat sociální služby lidem s duševním onemocněním. Za dobu své praxe jsem se setkala s několika kolegyněmi a kolegy, které postihl syndrom vyhoření, ať už si to dokázali sami připustit nebo ne.

Syndrom vyhoření neboli burnout obvykle nepřichází náhle, ale bývá důsledkem dlouhodobého emocionálního, fyzického a psychického vyčerpání z důvodu náročné stresové situace. Na osobnost sociálního pracovníka jsou kladeny vysoké nároky. Velkou část svého profesionálního života se totiž pohybuje v situacích, které jsou emocionálně velice náročné.

Je důležité, aby si sociální pracovníci stále připomínali možné riziko výskytu syndromu vyhoření a mysleli na jeho prevenci. Myslím si, že zejména sociální práce s lidmi s duševním onemocněním klade na pracovníky vysoké nároky, neboť duševní onemocnění negativně ovlivňuje fungování jedince v řadě aspektů, jako jsou ztráta vůle a motivace, sociální stažení a ochuzení citového prožívání, porucha koncentrace a snížení adaptačních schopností, což jsou podstatné prvky proto, aby byla spolupráce s klientem úspěšná. Náročnost sociální práce s lidmi s duševním onemocněním tkví také v tom, že bývá většinou dlouhodobá a s kolísavými úspěchy v oblasti samostatného sociálního fungování klienta.

Teoretická část je rozdělena do tří hlavních kapitol, které se zaměřují na syndrom vyhoření, duševní onemocnění a sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Všechny kapitoly se váží k jednotlivým výzkumným cílům. V kapitole o syndromu vyhoření se věnuji definici syndromu vyhoření, jeho rizikovým faktorům, prevenci a diagnostice burnout. Poslední podkapitola pak pojednává o supervizi. Druhá kapitola je věnována duševnímu onemocnění a specifickým potřebám osob s duševní poruchou. V poslední kapitole se zaměřuji na samotnou práci sociálních pracovníků, na typy sociální práce a její specifika se zaměřením na vztah sociálního pracovníka a klienta.

V praktické části se soustředím na výzkum, jehož hlavním cílem je zjištění výskytu syndromu vyhoření, jeho příčin a prevence u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Hlavní cíl jsem si rozdělila do tří dílčích cílů. Prvním dílčím cílem chci

zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním vyskytuje syndrom vyhoření. Ve druhém dílčím cíli chci zjistit využití preventivních opatření proti výskytu syndromu vyhoření. Třetím dílčím cílem chci zjistit, a jaké příčiny ovlivňují vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

Zvolila jsem kvantitativní výzkum, tedy metodu dotazníkového šetření, která mi poslouží k získání dat, díky kterým mohu vyhodnotit a shrnout zjištěné údaje. Použila jsem dotazník MBI, který jsem doplnila o vlastní otázky.

Výsledky budou využitelné pro představu, do jaké míry jsou sociální pracovníci s lidmi s duševním onemocněním ohroženi syndromem vyhoření a pro to, aby si pracovníci i vedení uvědomili, jak je prevence důležitá a nepodceňovali ji.

1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom)

O syndromu vyhoření bylo napsáno mnoho odborných publikací, proto se budu jeho definici, projevům a důsledkům věnovat spíše okrajově. Více se zaměřím na rizikové faktory jak už v oblasti osobnostní, tak i pracovní a na prevenci syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce i zaměstnavatele.

Syndrom vyhoření je nerovnováha mezi výdejem a příjmem energie, respektive jejím vytvářením. Vyhořelý člověk v podstatě více vydával, než následně dostával zpět. (Stock, 2010)

1.1 Definice syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření (burnout syndrome nebo jen burnout) byl uveden do literatury americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v jeho stati publikované v roce 1974 v časopise Journal of Social Issues. Hlavní vlna zájmu o tuto problematiku se začala zvedat na přelomu 70. a 80. let. 20. století. (Kebza, Šolcová, 2003)

H. J. Freundeberger se snažil přiblížit syndrom vyhoření tím, že jej popsal jako budovu zničenou ohněm. *„Jestli jste někdy viděli dům, který shořel až do základů, pak víte, že to není žádný příjemný pohled. Z kostry, kdysi plné vitality a konání, teď nezbylo nic jiného než drolící se memento bývalého života a síly. Možná uvidíte nějaké panely a okenní rámy, konstrukce domu je ještě neporušená. Když však vejdete dovnitř, spatříte skutečnou sílu ohně a zkázy.“* (Freundeberger in Maroon, 2012, str. 20)

Americké psycholožky Christina Maslachová a Susan E. Jacksonová uvádějí, že burnout je syndromem emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního výkonu. Dochází k němu zejména tam, kde lidé pracují s lidmi. A následně může vést ke snížení kvality a kvantity práce nebo služby, která je lidem poskytována. Syndrom vyhoření je faktorem, který úzce souvisí s fyzickým a psychickým vyčerpáním, nízkou morálkou a pracovní (ne)spokojeností. (Křivohlavý, 1998)

Také Poschkamp ve své knize uvádí, že vyhoření je proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání s cynickým, až distancovaným postojem a sníženým výkonem, které jsou důsledkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi. (Poschkamp, 2013)

Procesuální charakter syndromu vyhoření znázorňuje např. model Edelwich a Brodsky (1980), který popisuje počáteční nadprůměrné pracovní nasazení jedince, přeceňování vlastních sil, přílišnou identifikaci s prací a klienty, nadšení a ideály, které jsou postupně zcela přirozeně konfrontovány s každodenní realitou výkonu profese a dochází k úpravě představ o vlastních možnostech a smyslu profese. Byrokracie, každodenní kontakt s klienty, vztahy na pracovišti i konflikty pramenící z náročnosti profese postupně přinášejí zklamání a frustraci. Dochází k procitnutí pracovníků, kteří jsou nyní nuceni slevit ze svých dřívějších nereálných požadavků. Přirozenou obrannou reakcí bývá redukování pracovních povinností na minimum, vyhýbání se svízelným klientům (depersonalizace) a mnohdy časté prožitky rezignace a zoufalství. (Edelwich a Brodsky in Pelcák, 2015)

Existuje mnoho nejrůznějších definic syndromu vyhoření, které se ale shodují na tom, že se jedná o psychický stav, který je charakterizován vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého, intenzivního stresu a vyskytuje se zejména u osob, které pracují s lidmi. (Pešek, Praško, 2016)

Mezi nejvíce ohrožené profesní skupiny patří zejména lékaři, zdravotní sestry, psychologové, psychoterapeuti, duchovní, sociální pracovníci, učitelé, kriminalisté, právníci, pracovníci věznic, ale i úředníci v bankách a na úřadech, pracovníci pošt a dispečeri záchranné služby. (Pešek, Praško, 2016)

Vosečková a Hrstka varují, že „výskyt syndromu vyhoření ve společnosti postupně roste, vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní relativně rozvinuté a spotřebně orientované společnosti.“ (Vosečková a Hrstka, 2010, str. 8)

1.2 Příčiny syndromu vyhoření

Každý člověk je jedinečná, neopakovatelná osobnost a nejrůznější vnější i vnitřní vlivy na každého působí odlišně. Jsou lidé s různými povahami, charakterem, duševními a fyzickými předpoklady. (Venglářová, 2011)

Podkladem pro vznik syndromu vyhoření jsou dvě okolnosti. První je osobnostní nastavení pomáhajícího. Druhým předpokladem je prostředí, ve kterém člověk pracuje.

Do této oblasti patří např. charakter práce, nastavení systému a organizace práce na konkrétním pracovišti. (Venglářová, 2011)

Ve srovnání s jinými pomáhajícími profesemi se u sociálních pracovníků často projevují pocity zoufalství, zátěž a vyhoření. Nejdůležitější příčinou syndromu vyhoření je, že si sociální pracovníci přejí rozhodujícím způsobem měnit životy svých klientů a ovlivňovat sociální politiku. Sami očekávají, že jejich příspěvek pro blaho klientů je duševně uspokojí. Syndrom vyhoření zanechává v životě sociálního pracovníka znatelné stopy, má vliv na stanovení jeho cílů a také ovlivňuje jeho pracovní prostředí. (Maroon, 2012)

1.2.1 Rizikové faktory pracovní

Nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření pocházejí z pracovní oblasti v důsledku dlouhodobého působení pracovního stresu, který již pracovník nedokáže zvládat. Mezi spouštěcí rizikové faktory v zaměstnání patří např. zvýšená pracovní zátěž a zhuštění pracovní náplně, nedostatek samostatnosti a pravomocí, soutěživé prostředí, nedostatek uznání a nefunkční kolektiv v rámci pracovních skupin a mezi spolupracovníky. (Stock, 2010)

Pracovní zátěž se dělí na objektivní a subjektivní. Objektivní zátěž zahrnuje měřitelné faktory, jakými jsou počet klientů, počet kontaktů s klienty, doba strávená s klienty, počet vyhotovených zpráv apod. Subjektivní přetížení pracovník vnímá tehdy, když si myslí, že nemá schopnosti udělat požadovaný objem práce nebo se domnívá, že nemá odbornost splnit určitý specifický úkol. (Pešek, Praško, 2016) Čím větší přetížení, tím vyšší pravděpodobnost vyhoření. Přílišné pracovní zatížení snižuje u zaměstnance výkonnost a omezuje i jeho normální chování. (Maroon, 2012)

Dle Křivohlavého patří mezi nejvýraznější podmínky, které ovlivňují vznik psychického vyčerpání, nesmyslnost toho, co je nám nařízeno dělat. To, co se nadřízenému může zdát zcela smysluplné, může se tomu, kdo to dělá, zdát zcela nesmyslné. (Křivohlavý, 1998)

Potřebnou motivací pro pracovníky je dostatečné ohodnocení jejich výkonu. Hodnota vykonané práce sociálního pracovníka je prakticky nevyčíslitelná, a možná i proto bývá nedostatečně oceněna. Kromě finančního ohodnocení je pro pracovníka také důležitý

pocit, že si jeho úsilí někdo váží a dovede ho ocenit. Práce by měla dávat možnost rozvíjet a zdokonalovat dovednosti a schopnosti. Pokud tato příležitost neexistuje, může se brzy dostavit zklamání. Nedostatek uznání, nespravedlivé hodnocení výsledků a omezené možnosti kariérního růstu spíše demotivují a přispívají k nespokojení zaměstnance. (Stock, 2010)

Jako další zdroj ohrožení vyvolávající stresovou reakci může být pocitován nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky. Je-li pracovní kolektiv nepřátelský, odměřený či chladný, nelze se v něm cítit dobře. Týmu, ve kterém chybí kolegiální a převládá závist a nevraživá atmosféra, se navíc výrazně snižuje výkonnost. (Stock, 2010)

Venglářová shrnula organizační a systémové podmínky podporující vznik syndromu vyhoření takto:

- nedostatečné ocenění – hmotné i lidské
 - nevhodné chování nadřízených
 - špatné vztahy na pracovišti
 - přetíženost v důsledku malého počtu personálu
 - práce v rigidním (strnulém) kolektivu
 - nevyhovující pracovní podmínky a špatná organizace práce
 - málo svobody k rozhodování
 - přepracování
 - nadměrná emocionální zátěž
 - přenášení zodpovědnosti na pracovníka mimo jeho kompetence
- (Venglářová, 2011)

1.2.2 Rizikové faktory osobnostní

Maroon uvádí, že většina teorií o syndromu vyhoření zdůrazňuje vliv vnějšího prostředí na jeho vznik, přesto jsou však neméně důležité i osobnostní a povahové rysy daného člověka. U syndromu vyhoření existují individuální rozdíly související

s charakteristickými znaky osobnosti. Tyto znaky se rozdělují na demografické proměnné a proměnné specifické pro jednotlivce. Mezi demografické proměnné se řadí např. věk, pohlaví, rodinný stav, úroveň vzdělání nebo počet odpracovaných let. (Maroon, 2012)

Existují osobnostní struktury lidí, které více inklinují ke vzniku syndromu vyhoření. Mezi osobnosti náchylné k vyhoření patří lidé s příliš vyvinutým nutkáním k dokonalosti, které jim obvykle silně ztěžuje dokončení prací, zvláště když na ně doléhají termíny. Do této skupiny osobností patří rovněž lidé, kteří o sobě neustále pochybují nebo nevěří ve své schopnosti. Rovněž nadměrně vyvinutá potřeba harmonie je u mnoha lidí úrodnou půdou pro silné zanedbávání vlastních potřeb a touhy po klidu nebo samotě, protože hlavně nechtějí nikoho obtěžovat nebo rozčilovat svými nároky a požadavky. (Kallwass, 2007)

Dobré tělesné zdraví je jedním z nejlepších způsobů, jak se chránit před vyhořením. Aby se člověk cítil dobře v rovině emocionální i duševní, musí být v pořádku po stránce fyzické. Velmi nevhodné je nepravidelné stravování, nedostatek odpočinku, nedostatečný pohyb, dlouhodobě neřešené zdravotní problémy, nadváha. (Venglářová, 2011)

1.3 Projevy a důsledky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se projevuje tělesným, emocionálním a mentálním vyčerpáním. Fyzické vyčerpání je definováno výrazným snížením energie, chronickou únavou a celkovou slabostí člověka. V důsledku toho jsou pracovníci více náchylní k nejrůznějším onemocněním a úrazům. Trápí je bolesti hlavy, zad, celkové vypětí a chronická únava spojená s poruchami spánku. Během emocionálního vyčerpání převládají pocity beznaděje a bezmoci. U jedince převažuje podrážděnost a negativní ladění vůči jeho okolí i sobě samému. Duševní vyčerpání je definováno negativním postojem sama k sobě, ke světu a zejména k práci. Pro takového pracovníka je typické, že se z jeho práce postupně vytrácí lidský rozměr, své klienty vidí jako hlavní příčinu vlastních problémů. (Jankovský, 2003)

Stav vyhoření je výsledkem souhry těchto hlavních důsledků:

- ztráta smyslu práce, života

- ztráta pozitivního vnímání sebe
- pocit osamocení
- pocit zášti a hořkosti
- pocit, že je všechno beznadějné (Venglářová, 2011)

Když se pracovník ocitne v této situaci, nezbyvá mu nic jiného, než začít hledat cestu zpět k sobě i lidem okolo. A to buď vlastním přičiněním, nebo za pomoci profesionála, psychoterapeuta. (Venglářová, 2011)

1.4 Diagnostika syndromu vyhoření

Existuje několik metod zkoumání, kterými se může syndrom vyhoření diagnostikovat. Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření burnout syndromu patří metoda MBI (Maslach Burnout Inventory). Tu jsem také využila při svém výzkumu.

1.4.1. MBI - Maslach Burnout Inventory

Tuto dotazníkovou metodu v roce 1981 publikovala autorská dvojice Ch. Maslachová a S. E. Jacksonová. Tímto dotazníkem se zjišťují tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace, tj. ztráta úcty k druhým lidem jako lidským bytostem. Třetí je laděn pozitivně – osobní uspokojení. Pocity se hodnotí na stupnici intenzity (síly), které pracovník obvykle prožívá. Vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory. (Křivohlavý, 1998)

Emocionální vyčerpání, ztráta chuti k životu, nedostatek sil k jakékoli činnosti a nulová motivace k nějaké činnosti jsou považovány za základní příznaky burnout syndromu. Emocionální vyčerpání je nejspolehlivějším ukazatelem přítomnosti syndromu vyhoření.

Depersonalizace jako projev psychického vyčerpání se zřetelně projevuje u lidí, kteří mají velkou potřebu recipacity, tj. kladné odezvy od těch, kterým se věnují. Když se jim této kladné odezvy nedostává, zahořknou a staví se k druhým lidem cynicky. Přestávají v nich vidět lidské osobnosti, ztrácejí k nim povinný respekt a úctu.

Osobní uspokojení je protipólem syndromu vyhoření. Jedná se o pocit jedince, že jeho práce je smysluplná a důležitá.

V dotazníku MBI je celkem 22 otázek, z nichž je 9 zaměřených na emocionální vyčerpání, 5 otázek na depersonalizaci a 8 otázek na osobní uspokojení. U každé otázky je možnost vyjádřit odpověď jedním z osmi stupňů (0-7) odpovědní škály.

Jedinci, kteří dosáhnou vysokého počtu bodů u výpovědi o emocionálním vyčerpání i depersonalizaci a mají málo bodů v oblasti osobního uspokojení, se nacházejí v procesu vyhoření. (Maroon, 2012; Křivohlavý, 1998)

Křivohlavý uvádí, že na základě měření míry psychického vyhoření pomocí dotazníku MBI se vyskytuje burnout u 10-25 % pracovníků, kteří pracují s lidmi v sociální oblasti. (Křivohlavý, 1998)

1.5 Prevence syndromu vyhoření

Vnímáme-li burnout jako důsledek nerovnováhy mezi profesním očekáváním a profesní realitou, je možné tento nepoměr zmenšit jednak na straně jedince osvojením si základních strategií zvládnutí stresu, jednak na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury. (Bartošíková, 2006)

Jednou z nejdůležitějších pomocí při vyhoření je sociální opora. Jako sociální oporu můžeme chápat podporu lidí v bližším i vzdálenějším okolí, rodinu, přátele, spolupracovníky apod. Ukazuje se, že čím má člověk lepší vztahy s ostatními lidmi v okolí, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

1.5.1 Prevence ze strany jednotlivce

Prevence na úrovni osobní představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory – což znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího. *„Když jsme ztotožnění s hlavní myšlenkou své práce – starat se o druhé, pomáhat, pak je nezbytné, abychom to uměli. Pokud se ale neumíme postarat o sebe, jak se pak můžeme postarat dobře o své klienty? Při pomáhání druhým je naše osobnost nástrojem pomoci. A nebudeme-li v pořádku my, pak ani naši klienti nedostanou, co potřebují.“* (Bartošíková, 2006, str. 42)

Bartošíková dále uvádí důležitou myšlenku, aby se člověk o sebe postaral, „musí si sám za to stát“. Klienti potřebují, abychom je akceptovali, věnovali jim svou náklonnost, i

když jsou na tom hůře, nebo jednají špatně. Podobný postoj potřebujeme každý zachovávat i vůči sobě samému. (Bartošíková, 2006)

Podle Bartošíkové je také nutné zbilancovat svoji situaci a rozhodnout se, kde potřebuji dodat, co chybí. Někdy je potřeba začít s důležitými změnami v životním stylu, jindy je dobré prověřit svoji sociální oporu. Mnohdy je důležitější realistické nastavení požadavků na sebe i ostatní. Někdy postačí více odpočívat, jindy je zapotřebí něco aktivně měnit. (Bartošíková, 2006)

Každý žijeme kromě své práce také svůj osobní život, který rovněž vyžaduje naši angažovanost, protože teprve potom nám může poskytnout bezpečné zázemí se silnými citovými pouty. Teprve uspokojivé zázemí, kde nás mají rádi a kam patříme, se může stát zdrojem naší životní energie, ze které můžeme čerpat, i když už v práci tolik nadšení neprožíváme. Pěstování osobních zájmů, zálib, koníčků vnáší do života radost, uvolnění a uspokojení. To, co děláme rádi, s potěšením, je zdrojem emočních zážitků a energie. Zdravá životospráva, sport či jiné pohybové aktivity, dostatek spánku, pravidelný denní režim. (Venglářová, 2011)

Důležitým ozdravným prvkem je odpočinek, relaxace a pohyb. K vyhoření dochází především u lidí, kteří velmi intenzivně pracují, jsou svou prací pohlceni. Postupně jim ubývá v životě odpočinku, přičemž odpočinkem může být pro každého jedince něco jiného. Vždy však platí, že odpočinkem se rozumí činnost diametrálně odlišná od činnosti, kterou vykonáváme v zaměstnání. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Mezi praktická opatření napomáhající potlačení vyhoření se řadí rovněž:

- snížit příliš vysoké nároky na sebe
- naučit se říkat ne
- předcházet komunikačním problémům
- otevřeně vyjadřovat své pocity
- hledat věcnou podporu
- doplňovat energii
- zajímat se o své zdraví

- stanovit si priority
- plánovat
- hledat emocionální oporu
- vyvarovat se negativního myšlení
- v kritických okamžicích zachovat rozvahu
- využívat nabídek pomoci (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Pracovníci, kteří jsou vystaveni nebezpečí vyhoření, musí dbát na svou psychohygienu. Je nezbytné, aby byli schopni a ochotni praktikovat pozitivní přeladění, které jim umožní načerpat novou sílu. Každý sám u sebe nejlépe pozná, co mu přináší úlevu a naplňuje jej uspokojením ze smysluplné práce. (Jankovský, 2003)

1.5.2 Prevence ze strany zaměstnavatele

Předcházení syndromu vyhoření u svých zaměstnanců je vyjádřením zájmu organizace o podřízené, kteří díky tomu neztrácejí svoji výkonnost a sebedůvěru. Klientům se pak dostává vlídné, zaujaté péče lidí, kteří práci nepředstírají, ale plně se jí věnují, kteří nejsou stále vyčerpaní, podráždění a nevrlí. Vzhledem k tomu, že se syndrom vyhoření u zaměstnanců promítá i do postojů a způsobů chování souvisejících s výkonem pracovní činnosti (např. absence, předčasné odchody, snížené pracovní nasazení, vyšší nemocnost) má i ekonomické důsledky. (Bartošíková, 2006)

Intervence na straně organizace může spočívat např. ve zvýšení spoluúčasti pracovníků na rozhodování, vytvoření sociálně citlivého prostředí. Pozitivním faktorem ve spokojenosti se zaměstnáním je spokojenost s nadřízenými, se spolupracovníky, spokojenost s postupem a finančním ohodnocením, jasný kariérní řád. (Kebza, Šolcová, 2003)

Jedna z forem vyhoření může být spojena i s tím, že se člověk přestal učit, opakuje stejné vzorce zacházení s klienty a k dalším klientům přistupuje jako k reprezentantům toho, co poznal již dříve. Preventivní přístup k vyhoření tedy spočívá také ve vytváření stimulačního prostředí, které umožňuje další učení. Týmová spolupráce a rozvojová supervize jsou v tomto smyslu jedním z nejdůležitějších způsobů, jak syndromu vyhoření předcházet. (Havrdová, 1999)

V dobře fungujícím týmu lidé vědí, co dělají, k čemu jejich práce slouží a směřuje. Atmosféra je neformální, členové týmu mají pocit sounáležitosti a všichni se podílí na společné práci. Pokud pracovníci s něčím nesouhlasí, řeknou to, nesouhlas se nepotlačuje, ale řeší. Pracovníci diskutují, hledají přijatelné řešení, je ochota se dohodnout. Každý zná a nese svoji zodpovědnost za práci i za případnou chybu. (Bartošíková, 2006)

Dobrá týmová práce vede k podstatně většímu výkonu, než je součet jednotlivých individuálních výkonů. Přináší radost, která uvolňuje energii, a sdílená radost se stává dalším zdrojem motivace celého týmu. Neznamená to samozřejmě, že by týmová práce zcela vylučovala vyčerpání z práce, ale rozdílný je celkový pocit ze společné práce, v důsledku radosti ze společného díla, kdy je práce spíše zážitkem a výzvou než pouze povinností. Týmová práce také poskytuje sociální oporu. (Bartošíková, 2006)

Jedním z důležitých způsobů, jak se lépe vypořádat s pracovní zátěží, je umět delegovat úkoly a zodpovědnost na druhé. Přenechání úkolů druhým umožní efektivněji využít čas na jiné, důležitější činnosti, a sníží se tak míra stresu. (Pešek, Praško, 2016)

Další neméně významnou úlohu při prevenci syndromu vyhoření může také plnit vysokoškolská příprava pracovníků pomáhajících profesí. Jak uvádí Švingalová: „*V této oblasti má naše vysoké i střední školství stále velké rezervy. Je nutné, aby se těžiště studia přeneslo z oblasti odborně vědecké a didaktické do oblasti psychologické, která by posílila praktické komunikativní dovednosti a vztahové kompetence pracovníka.*“ (Švingalová, 2006, str. 57)

1.5.3 Supervize

K pravidelnému zajišťování prevence v rámci syndromu vyhoření a zároveň korekci profesionálního chování se využívá supervize. Supervizi v pomáhajících profesích lze vidět jako organizovanou příležitost k reflexi s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst pracovníka. (Bartošíková, 2006)

Jednou z definic supervize je, že se jedná o: „*ústřední formu podpory, při níž se můžeme nejen soustředit na vlastní obtíže v práci, ale také se podělit se svým supervizorem o část odpovědnosti za práci s klienty. Supervize je součástí našeho profesního učení a vývoje. Dobrý supervizor nám může také pomoci lépe využívat*

vlastní zdroje, lépe si poradit s objemem práce a zpochybní naše nevhodné vzorce zvládání potíží.“ (Hawkins, Shohet, 2004, str. 34)

Také Maroon uvádí, že supervize je pro sociální práci nejvýznamnějším procesem, protože supervizor předává supervidovaným určité vědomosti a schopnosti. Supervize představuje výchovný proces, který je pro sociální práci důležitý a jehož účelem je pomoci sociálním pracovníkům, aby dosahovali dobrých výkonů odpovídajícím způsobem. (Maroon, 2012)

Tři hlavní funkce supervize sociální práce jsou vzdělávací, podpůrná a řídicí. Vzdělávací funkce se týká rozvoje dovedností, porozumění a schopností supervidovaných. Podpůrná funkce pomáhá k přesnější sebereflexi vlastních reakcí na klienty a v pochopení dynamiky probíhajících interakcí s klienty. Řídicí stránka supervize plní při práci s lidmi funkci kontroly kvality. (Hawkins, Shohet, 2004)

Supervize nemůže suplovat odborné vzdělávání, které probíhá s využitím jiných metod a jiných způsobů práce. Odborné vzdělávání má většinou za cíl konkrétní prohlubování specifických odborných vědomostí a dovedností pracovníka. (Pelcák, 2015)

2 Lidé s duševním onemocněním

V této části své práce se věnuji osobám s duševním onemocněním. Nejprve bych ráda přiblížila samotné duševní onemocnění. Diagnostických kategorií duševních poruch a poruch chování je podle Mezinárodní klasifikace nemocí celá řada, a proto každé z nich budu věnovat pouze stručný popis toho, čím je daná kategorie charakteristická.

Všichni lidé mají určitá práva a povinnosti a také potřeby, o jejichž uspokojení během svého života usilují. Proto se v další podkapitole zaměřím na specifické potřeby lidí s duševním onemocněním.

2.1 Duševní onemocnění

Duševní onemocnění je pojem, který zahrnuje diagnosticky širokou škálu psychických onemocnění. Jednotlivé duševní nemoci a skupiny příbuzných nemocí se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) Světové zdravotnické organizace (WHO). Do skupiny lidí s duševním onemocněním lze tedy zařadit ty, jejichž potíže mohou být kódovány písmenem F prostřednictvím diagnostických kritérií MKN-10. (Malá, Pavlovský, 2010)

Lidé se závažnými psychickými poruchami tvoří velmi heterogenní skupinu, neboť psychiatrické poruchy, kterými trpí, jsou velmi různorodé a rozmanité. Proto zde uvádím stručnou charakteristiku jednotlivých diagnostických kategorií duševních poruch a poruch chování dle Mahrové a Venglářové.

- **Organické duševní poruchy včetně symptomatických** jsou charakteristické tím, že mají prokazatelný organický základ. Hlavními příčinami bývají atrofie, zánět, nádor, zranění, porucha výživy. Mezi organické duševní poruchy řadíme především demence a deliria.
- **Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek** jako jsou alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa nebo hypnotika, kokain, stimulancia, halucinogeny, tabák a organická rozpouštědla. Tyto poruchy mají mnoho společného s depresivním prožíváním. Často je u začátku zneužívání psychoaktivních látek obrana před úzkostí.

- **Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy** jsou charakterizovány význačnými poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. U lidí se schizofrenním onemocněním bývá narušený filtr třídění informací. Proto je pro ně obtížné se soustředit jen na to podstatné. Časté jsou zárazy v toku myšlenek a pacientovi se může zdát, že mu nějaká vnější síla odnímá myšlenky. Mohou být přítomny bludy nejrůznějšího obsahu. Vnímání je narušeno přítomností halucinací, nejčastěji sluchových.
- **Poruchy nálady (afektivní poruchy)** mezi které patří deprese, mánie a bipolární porucha, u které se v různém poměru střídají manické a depresivní fáze. Mánie je ohraničeným obdobím, kdy převládá nadnesená nálada, nadměrná činorodost, zvýšené sebevědomí, snížená potřeba spánku, roztržitá pozornost. Často díky neschopnosti odhadnout své schopnosti nemocný jedná bez vědomí možných následků. Depresivní porucha se vyznačuje smutnou náladou, ztrátou zájmu a energie, poruchou chuti k jídlu, pocitu bezcennosti, myšlenkami na sebevraždu.
- **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy**, kam se řadí fobické úzkostné poruchy, agorafobie, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha, posttraumatická stresová porucha. Neuróza je porucha adaptace vůči prostředí i vůči sobě samému.
- **Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** jako jsou poruchy příjmu potravy a sexuální poruchy. K poruchám příjmu potravy řadíme především mentální anorexii a mentální bulimii. Sexuální poruchy zahrnují tři poměrně odlišné skupiny problémů, sexuální dysfunkci, poruchy pohlavní identity a poruchy sexuální preference.
- **Poruchy osobnosti a chování u dospělých** patří ke stále častěji diagnostikovaným poruchám v psychiatrii. Tito pacienti mají závažné problémy se začlenit do společnosti, pracovat, vytvářet a udržet vztahy, pečovat o potomky. Nejsou schopni hlubších emočních prožitků a chybí jim pevné mezilidské vazby. Častá je presumpce viny (za všechno může okolí) a potíže s autoritami.

- **Mentální retardace** je duševní opoždění, kdy se u jedince vyskytuje podprůměrný intelekt ($IQ < 70$), narušení adaptačního chování v komunikaci, sebekpěči, sociálních a interpersonálních dovednostech, školních dovednostech a práci.
- **Poruchy psychického vývoje** souvisí s biologickým zráním jedince. Do této kategorie patří např. specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností (specifická porucha učení, specifická porucha psaní, specifická porucha počítání) a pervazivní vývojové poruchy, jako jsou dětský autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom. Specifické vývojové poruchy se omezují pouze na postižení některých izolovaných funkcí, a tím méně narušují celkový vývoj dítěte. Pervazivní (vše pronikající) vývojové poruchy zasahují do psychického vývoje, narušují schopnost komunikace dítěte s okolím, objevují se nepřírozené, stereotypní aktivity a zájmy.
- **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci** jsou např. hyperkinetické poruchy, poruchy chování, tikové poruchy. Hyperkinetické poruchy patří k nejčastějším příčinám psychiatrické léčby v mladším školním věku. Projevují se kombinací nadměrně aktivního, špatně ovládaného chování s výraznou nepozorností a neschopností trvale se soustředit na daný úkol. Tyto rysy chování se objevují ve všech situacích a jsou trvalé. Poruchy chování se vyznačují opakujícím se a trvalým obrazem asociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální očekávání přiměřené danému věku. Tikové poruchy jsou syndromy, které se projevují převážně nějakou formou tiků (motorické, vokální) jako jsou např. mrkání, grimasování, poskakování, pokašlávání, opakování zvláštních slov i celých vět, často i s obscénním obsahem.
- **Nespecifikovaná duševní porucha**, jinak neurčená duševní porucha.

(Mahrová a Venglářová in Mahrová, Venglářová, 2008)

U lidí s duševní poruchou je nutné jejich nemoc přijmout jako takovou, se všemi jejími projevy. Není to lehké pro samotného klienta a často také ani pro sociálního pracovníka. Proto je důležitým krokem mít co nejvíce základních informací a něco o duševních nemocech a jejich diagnostice vědět. (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008) Na

druhou stranu je ale důležité dát si pozor na škatulkování a typologizaci klientů. Vždy je nezbytné pracovat s klientem - člověkem, ne s jeho diagnózou.

2.2 Specifické potřeby lidí s duševním onemocněním

Podle Foitové by měl být člověk s duševním onemocněním vnímán jako bytost sociální, žijící ve vztazích a sociálních rolích, usilující o naplnění svých potřeb. A naopak nemoc by měla být vnímána jako faktor ovlivňující tento kontext a zpětně jím ovlivňovaný, ale nikoli jako charakterová vlastnost klienta a stěžejní znak. (Foitová in Pěč, Probstová, 2009)

Duševní onemocnění zasahuje do všech částí života člověka. Lidé s duševním onemocněním se snadno a často dostávají do společenské izolace. Jejich handicap jim často nedovoluje přirozeně a volně budovat mezilidské vztahy, znesnadňuje jejich sociální kompetence a poškozují dříve vybudované vazby. Lidé s duševním onemocněním se liší věkem, pohlavím, intenzitou nemoci, jejím průběhem, ale i důsledky, které má nemoc na jejich každodenní život. Přes spoustu odlišností mají tito lidé společnou jednu věc, cítí značná omezení ve svém fungování v běžném životě. K těmto omezením se poté přidávají i nepříznivé životní okolnosti a další sociální bariéry, kterými jsou např. stigmatizace, nenaplněné sociální role. Je obvyklé, že tito jedinci mají kolem sebe i menší sociální síť a oporu a velmi často žijí osamoceně. Lidé s psychickými omezeními mají však stejná přání a představy o životě jako všichni ostatní, chtějí mít dobré vztahy, rodinu, přátele, práci a žít smysluplný život. (Weeghel in Pěč, Probstová, 2009)

Klient vystupuje vůči sociálnímu pracovníkovi v roli spolupracovníka a rovnocenného partnera. Tato filozofie vzájemného pracovního vztahu vychází z psychosociálního pojetí sociální práce, kdy konečná volba způsobu života záleží na klientovi a jeho rozhodnutí je respektováno. Jsou však i situace, kdy tyto předpoklady nejsou a nemohou být zcela naplněny. Příkladem jsou právě lidé s duševním onemocněním, kteří jsou často v patientské roli, někdy i nedobrovolně hospitalizovaní, nebo je způsob života jejich nemocí ovlivněn směrem, kdy je ohroženo jejich sociální fungování, zdraví nebo život. Je důležité se zaměřit na podporu zdravého potenciálu klienta a navázat s ním spolupráci. (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008)

3 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Každá cílová skupina klientů sociální práce má svá specifika, proto se po stručné definici sociální práce a popisu rolí sociálního pracovníka zaměřím zejména na specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a důležitost navázání kvalitního vztahu s psychiatrickým klientem.

3.1 Sociální práce

Nejnovější definice sociální práce byla schválena Mezinárodní federací sociálních pracovníků v červenci 2014 a zní: *„Sociální práce je na praxi založená profese a akademická disciplína, která podporuje sociální změnu a rozvoj, sociální soudržnost, posílení a osvobození lidí. Pro sociální práci jsou zásadní principy sociální spravedlnosti, lidských práv, kolektivní zodpovědnosti a respektu k rozmanitosti. S podporou teorií sociální práce, sociálních věd a humanitních a domorodých znalostí se sociální práce zabývá lidmi a strukturami v jejich prostředí s cílem řešit jejich životní problémy a zlepšovat životní podmínky.“* (Global, 2016, www.ifsw.org)

Janebová uvádí, že *„sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na zlepšení nebo obnovení sociálního fungování klienta a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“* (Janebová, 2014, str. 16)

Nejnáročnější sociální práce je s klienty, kteří jsou v určitém zařízení nedobrovolně (vězení, výchovné ústavy, některá oddělení psychiatrických léčeben) nebo nejsou dostatečně motivováni, s klienty velmi vážně postiženými nebo umírajícími nebo s klienty, jejichž chování je velmi vzdáleno sociální normě (osoby s akutní psychózou, sexuální deviací se zaměřením na děti) nebo se chovají agresivně či se snaží zneužívat sociální služby. (Matoušek, 2003)

3.2 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník musí vždy znát své postavení v celém systému sociálních služeb a sociální práce. Někdy bývá tím, kdo pracuje v rámci odborného týmu přímo s klientem. Jindy klienty s duševním onemocněním předává jinému odborníkovi. Znalost vlastních kompetencí a schopnost dát klientovi reálnou nabídku je jednou z nejdůležitějších

schopností každého člověka v pomáhajících profesích. (Mahrová in Mahrová, Venglářová, 2008)

Sociální pracovník samozřejmě dodává kompetence zejména klientovi a rozvíjí jeho sociální dovednosti. Uplatňuje metody individuální a skupinové sociální práce. (Čadková-Svejkovská in Mahrová, Venglářová, 2008)

Řezníček uvádí, že sociální pracovníci při své profesionální činnosti vykonávají řadu rolí, které se mohou vzájemně prolínat. Jsou to:

Pečovatel nebo **poskytovatel služeb**, který pomáhá klientům v jejich denním životě, jestliže sami nejsou schopni vykonávat důležité činnosti.

Zprostředkovatel služeb napomáhá klientům s kontaktováním potřebných sociálních služeb či jinými zdroji pomoci.

Cvičitel (učitel) sociální adaptace napomáhá klientům modifikovat jejich chování tak, aby mohli účinněji řešit své problémy.

Poradce nebo terapeut pomáhá klientům získat náhled na jejich postoje, pocity a způsoby jednání se záměrem napomoci jejich osobnímu růstu nebo adaptabilnějšímu jednání.

Případový manažer usiluje o zajišťování, koordinaci, vhodný výběr a souvislé poskytování kontinua služeb, zejména u klientů s větším množstvím sociálních a zdravotních potřeb.

Manažer pracovní náplně v zařízení organizuje často nadměrný objem práce, plánuje načasování a dávkování intervence, sleduje kvalitu poskytovaných služeb a průběžně zpracovává informace.

Personální manažer zajišťuje výcvik a výuku, supervizi, konzultace a řízení pracovníků zařízení.

Administrátor plánuje, rozvíjí a zavádí způsoby práce, služby a programy v sociálních a jiných zařízeních sloužících příslušné klientele.

Činitel sociálních změn se angažuje při identifikaci a řešení širších společenských problémů. (Řezníček, 1994)

Osobnost pomáhajícího je jedním z důležitých nástrojů, které při své práci používá. Míra zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do vztahu s klientem přináší pocit naplnění a uspokojení z práce, na opačné straně pak přináší pocit vyhoření. (Géringová, 2011)

3.3 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Práce s lidmi s duševním onemocněním je většinou běh na dlouhou trať. Je důležité zachovávat tempo podle schopností klienta a podle potřeby průběžně měnit individuální cíle spolupráce. Jak u klienta, tak i u pracovníka je důležitá schopnost zaregistrovat úspěch. Většina lidí s psychickými potížemi potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc. Komplexní zdravotně-sociální péči potřebují zejména ti lidé, jejichž fungování je kvůli duševním problémům omezeno ve více oblastech po delší dobu, tedy lidé dlouhodobě duševně nemocní. Komplexnost jejich potřeb vyžaduje, aby kvalitní zdravotní a sociální služby poskytovali profesionálně zdatní jednotlivci za spolupráce jednotlivých složek péče na různých úrovních, jako je tým, organizace, region, stát. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Dle Probstové je předpokladem k práci s lidmi s duševním onemocněním nejen základní znalost symptomů nemoci a její dynamiky, ale i terapeutických intervencí a znalost standardů zdravotní a sociální péče. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Probstová popisuje, že kompetentní sociální pracovník musí umět získat informace o klientovi, jeho okolí a zázemí, sestavit a realizovat plán intervencí, průběžně hodnotit výsledky a také vědět, jak práci s klientem ukončovat. K tomu využívá svých schopností navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům a umět pozorovat. Má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi, které o klientovi získá. Má přehled o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšiřovat či přímo vytvářet. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Sociální pracovník mnohdy připravuje klienta na přechod z lůžkového psychiatrického zařízení zpět do přirozeného společenství. Zajištění návazné péče a zabezpečení

podmínek k životu (práce, bydlení, vztahy, finanční zabezpečení) jsou základní zřetele sociální práce ve fázi po hospitalizaci, které zabraňují mnohočetným krátkodobým hospitalizacím. Práce sociálního pracovníka pomáhá budovat most, po kterém se klient může znovu vrátit z ústavní péče do domácího prostředí a pokračovat v léčbě ambulantní formou. Sociální pracovník může poskytovat klientovi systematickou intenzivní podporu v domácím prostředí (sebeobsluha, cestování dopravními prostředky, komunikace a doprovody na úřady, k lékaři). Pomáhá klientovi orientovat se v jeho nárocích a zprostředkovává mu dávky a služby sociálního zabezpečení, na které má nárok nebo které jsou pro něho vhodné. Podílí se i na sestavení krizového plánu, což je plán postupu při případném zhoršení obtíží onemocnění. Sociální pracovník se věnuje i psychoedukační práci s klientem. Klinický sociální pracovník provádí trénink nezbytných dovedností pro život v komunitě. Snaží se pomoci klientovi rozšířit nebo obnovit sociální síť – pomáhá při budování běžných sociálních vztahů, podporuje jejich udržení, zvyšuje odolnost klienta při řešení krizí a dovedností při řešení problémů a konfliktů. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Probstová shrnuje, že kvůli těmto nárokům na práci sociálního pracovníka má pomáhající nárok na kvalitní teoretickou přípravu, na trénink praktických dovedností a na průběžné vzdělávání. Musí cítit dobré zázemí v týmu a organizaci, kde pracuje. Potřebuje mít dobré podmínky pro reflexi a hodnocení. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Většina komunitních služeb má vytvořen systém kontinuálního krátkodobého a dlouhodobého vzdělávání, systém jejich úhrady a výběru zaměstnanců, probíhajících supervizi. Obsahově není vzdělávání nijak definováno, ideálně si každá organizace vytváří svůj systém základního a doplňkového vzdělávání, které poskytuje buď sama, nebo prostřednictvím vzdělávacích agentur. Chybí obsahová definice základních kompetencí, které mají sociální pracovníci v moderní péči o duševně nemocné vykonávat a které by definovaly jak výuku pregraduální, tak i obsahové zaměření základních stupňů celoživotního vzdělávání. Definice by měla vycházet z integrovaného modelu duševního onemocnění a průběžně reflektovat současné trendy v péči o lidi s duševním onemocněním. (Probstová, 2008)

3.3.1 Vztah sociálního pracovníka s klientem

Sociální pracovník má svým postojem vyjadřovat opravdový lidský zájem o osobnost i potíže klienta. Sociální pracovník by měl ve vztahu ke klientovi odložit veškeré stereotypy a předsudky. (Navrátil, 2001)

Základem úspěšné a účinné intervence je pozitivní, podpůrný vztah mezi pracovníkem a klientem. Podmínkou tohoto vztahu ze strany sociálního pracovníka je empatie, vstřícnost, respekt vůči klientovi, vřelost a opravdovost. Empatie je schopnost vcítit se do postavení klienta. Předpokladem je aktivní naslouchání, citlivost vůči neverbálním projevům klienta, časté parafrázování a reflexe toho, co klient říká a cítí. Vstřícnost a respekt vůči klientovi znamenají respektování osobní důstojnosti klienta a překonávání předsudků. Vřelost či otevřenost sociálního pracovníka se snaží klienta zbavit obav a úzkosti a navázat příjemnější vztah. Opravdovost je založena na kompetentním a objektivním přístupu sociálního pracovníka ke klientovi. (Řezníček, 1994)

Navázání kontaktu s psychiatrickým pacientem bývá vzhledem k jeho poruchám duševního stavu často velmi obtížné, proto musí být vztah sociálního pracovníka s klientem založen na respektu a partnerství. (Raboch, Zvolský, 2001) Sociální pracovník je prostředníkem mezi nemocným a jeho okolím, měl by respektovat jedinečnost a individualitu každého klienta. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Probstová dále uvádí, že v pomáhajících profesích je vztah ke klientovi velice podstatnou složkou a je předpokladem dobrého výsledku sociální práce. Probstová uvádí, že v moderní komunitní psychiatrii vytváří sociální pracovník s klientem vztah založený na respektu a partnerství. Sociální pracovník plní roli jakéhosi vyslance, advokáta, spojky mezi lidmi s duševním onemocněním a společností s cílem integrace klienta zpět do komunity. Dále by měl respektovat jedinečnost vnitřního světa klienta, mapovat jeho naplněné i nenaplněné potřeby. Chápat a podporovat koncept úzdravy, což se u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním rozumí přijetí sebe sama, významu a smyslu života, zvládnání nemoci a adaptaci sebe sama na onemocnění. V neposlední řadě se sociální pracovník podporující lidi s duševním onemocněním snaží o jejich sociální integraci a destigmatizaci, o změnu

postoje lidí, kteří se bojí osob označených jako duševně nemocní. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Moderní sociální práce s lidmi s duševním onemocněním přináší vedle větší svobody i nutnost vyjednávání o postupech jak s klienty, tak s jinými pracovníky. Klient se ve vztahu k sociálnímu pracovníkovi stává více partnerem. Jeho práva jsou sledována a chráněna. Práce s osobami s duševním onemocněním je většinou dlouhodobá. Je důležité zachovávat tempo a podle potřeby průběžně měnit cíle. Důležitá rovněž je schopnost jak pracovníka, tak klienta zaregistrovat úspěch. (Probstová in Matoušek a kol., 2005)

Shrnutí poznatků teoretické části

Teoretická část této práce byla zaměřena na syndrom vyhoření, duševní onemocnění a sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. V kapitole o syndromu vyhoření byl nejprve tento pojem definován a poté jsem se zaměřila na rizikové faktory, které zvyšují nebezpečí vzniku syndromu vyhoření. Příčiny vzniku burnout byly rozděleny na pracovní a osobnostní. Obě tyto oblasti hrají při vzniku vyhoření podstatnou roli. Osobnostní nastavení je u každého jedince jiné. Pracovník v pomáhajících službách by si měl uvědomovat, kde má svoje vlastní hranice a nepřekračovat je. Pracovní prostředí se může zdát ve výhradní roli zaměstnavatele, ale i tuto oblast může sociální pracovník svými intervencemi ovlivnit. To je více popsáno v kapitole o prevenci burnout syndromu.

Jelikož je tato práce orientována na syndrom vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním, byly další dvě kapitoly zaměřeny na charakteristiku a specifika osob s duševním onemocněním a také na samotnou sociální práci s lidmi s psychiatrickou diagnózou. Na sociálního pracovníka s touto cílovou skupinou jsou kladeny velké nároky, a proto hraje v tomto procesu důležitou roli i vztah sociálního pracovníka s klientem.

5 Praktická část

5.1 Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem je zjištění výskytu syndromu vyhoření, jeho prevence a příčin u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Pro zpřehlednění jsem hlavní výzkumný cíl rozdělila do tří dílčích cílů. Druhý a třetí dílčí cíl jsem následně rozčlenila do podcílů.

5.2 Dílčí cíle výzkumu

DC I. Zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním vyskytuje syndrom vyhoření.

DC II. Zjistit využití preventivních opatření proti výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

DC II. 1 Zjistit, jakými způsoby sami sociální pracovníci předchází vzniku syndromu vyhoření.

DC II. 2 Zjistit, jaká preventivní opatření poskytuje sociálním pracovníkům jejich zaměstnavatel.

DC III. Zjistit, jaké příčiny ovlivňují vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

DC III. 1 Zjistit, jaký má vliv dosažené vzdělání na riziko vzniku syndromu vyhoření.

DC III. 2 Zjistit, jaký má vliv délka praxe na riziko vzniku syndromu vyhoření.

DC III. 3 Zjistit, jaké rizikové faktory v zaměstnání se vyskytují u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

5.3 Výzkumná strategie

Výzkumná část práce má charakter kvantitativně orientovaného výzkumu. Jako výzkumnou metodu jsem použila dotazníkové šetření.

„Dotazník je způsob písemného kladení otázek a získávání písemných odpovědí. Je určen pro hromadné získávání údajů.“ (Gavora, 1996) Disman uvádí, že dotazník umožňuje poměrně snadno získat informace od velkého počtu jedinců v poměrně krátkém čase a poměrně malým nákladem. (Disman, 2002, str. 141)

Pro sběr dat k praktické části bakalářské práce jsem použila dotazník, který se skládá ze dvou částí. V první části jsou otázky zjišťující identifikační údaje (pohlaví, věk, vzdělání a délka praxe sociálních pracovníků) a vlastní otázky zaměřené na stresory a prevenci syndromu vyhoření. První část má celkem 11 otázek. Druhá část obsahuje standardizovaný dotazník MBI, který sleduje míru výskytu syndromu vyhoření. Zaměřuje se na tři faktory. Dva jsou negativně laděné - emocionální vyčerpání a depersonalizace, třetí pozitivně – osobní uspokojení. Pocity se hodnotí na stupnici intenzity, které pracovník obvykle prožívá a vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory. (viz kapitola 1.4.1 MBI – Maslach Burnout Inventory)

Na měření přítomnosti syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním jsem použila metodu MBI. Tento typ dotazníku má přesně stanovená pravidla výpočtu a je u něj i striktně dáno, jak jeho výsledky interpretovat. Vyhodnocení MBI dotazníku probíhá sečtením všech bodových hodnot v jednotlivých oblastech (emoční vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení). Vyhoření se poté měří ve 3 stupních – nízký, mírný a vysoký. Nízký stupeň značí absenci příznaků syndromu vyhoření. Při mírném stupni se již mohou objevovat první příznaky vyhoření, o vyhoření se však zatím nejedná. Poslední vysoký stupeň již znamená vyhoření. Jedinec se považuje za vyhořelého i v případě, kdy dosahuje vysokého stupně vyhoření pouze v jedné ze tří definovaných oblastí. (Honzák, 2013) Bodové rozmezí, které odpovídá stupňům vyhoření v jednotlivých kategoriích, je znázorněno v tab. 1.

Tab. 1: Kategorie MBI dotazníku a jejich bodové ohodnocení

Kategorie	Emoční vyčerpání	Depersonalizace	Osobní uspokojení
Nízký	0-16	0-6	39 a více
Mírný	17-26	7-12	38-32
Vysoký	27 a více VYHOŘENÍ	13 a více VYHOŘENÍ	31-0 VYHOŘENÍ

Zdroj: Honzák, 2013

5.4 Operacionalizace dílčích cílů

Hlavní cíl: Zjištění výskytu syndromu vyhoření, jeho prevence a příčin u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.		
Dílčí cíl	Podcíle	Dotazníková otázka
DC I. Zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním vyskytuje syndrom vyhoření.		1. Jaké je vaše pohlaví? 2. Kolik je vám let? MBI dotazník (položky 16-37)
DC II. Zjistit využití preventivních opatření proti výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.	DC II. 1 Zjistit, jakými metodami sami sociální pracovníci předchází vzniku syndromu vyhoření.	1. Jaké je vaše pohlaví? 10. Věnujete se vy sám/a prevenci syndromu vyhoření? 11. Jakým způsobem se vy sám/a věnujete prevenci syndromu vyhoření?
	DC II. 2 Zjistit, jaká preventivní opatření poskytuje sociálním pracovníkům jejich zaměstnavatel.	6. Jaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření vám nabízí zaměstnavatel? 7. Zajišťuje vám zaměstnavatel pravidelnou supervizi? 8. Jak často máte supervizi? 9. Vnímáte supervizi jako užitečnou a přínosnou při prevenci syndromu vyhoření?
DC III. Zjistit, jaké příčiny ovlivňují vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.	DC III. 1 Zjistit, jaký má vliv dosažené vzdělání na riziko vzniku syndromu vyhoření.	3. Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání? MBI dotazník (položky 16-37)
	DC III. 2 Zjistit, jaký má vliv délka praxe na riziko vzniku syndromu vyhoření.	4. Jak dlouhá je vaše praxe v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním? MBI dotazník (položky 16-37)
	DC III. 3 Zjistit, jaké rizikové faktory v zaměstnání se vyskytují u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.	5. Jaké stresory (rizikové faktory) se vyskytují ve vaší práci?

5.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří sociální pracovníce a pracovníci, kteří pracují v organizaci, jejíž cílovou skupinou jsou klienti s duševním onemocněním a jejichž praxe s touto cílovou skupinou je minimálně jeden rok. Pracovníci jsou z celé České republiky.

Respondenti byli vyhledáni pomocí Adresáře služeb pro lidi s duševním onemocněním v České republice a Adresáře subjektů poskytující péči a podporu psychicky nemocným a jejich blízkým.

Celkový počet respondentů byl 85. Z toho bylo 71 žen (84 %) a 14 mužů (16 %). Věkové složení respondentů bylo následující: 14 ve věku 18-25 let (16 %), 34 ve věku 26-33 let (40 %), 18 ve věku 34-41 let (22 %), 14 ve věku 42-49 let (16 %) a 5 respondentů ve věku 50 let a více (6 %).

5.6 Organizace a průběh výzkumu

Dotazníky byly rozeslány v elektronické podobě sociálním pracovníkům s lidmi s duševním onemocněním. Celkem bylo odesláno 110 dotazníků, vrátilo se jich 85 vyplněných. Po navrácení dotazníků jsem si ověřila, že byly všechny vyplněny správně. Návratnost dotazníků je 77%. Sběr dat probíhal během ledna a února 2017. Poté probíhala administrace všech 85 dotazníků.

5.7 Rizika výzkumu

S výzkumným šetřením mohou být spojena určitá rizika, která mohou ovlivnit validitu výzkumu. Podstatnou součástí je etika výzkumu. S žádným z respondentů jsem nepřišla do kontaktu, nemohlo tedy dojít k jejich ovlivnění mými názory. Rizikovým aspektem tohoto výzkumu může být otázka, zda mají respondenti nárok na zveřejnění výsledků tohoto šetření. Dotazník byl anonymní a jeho výsledky respondenti automaticky nezískali. Myslím si, že není v mé kompetenci sdělovat pracovníkům mnohdy nepříjemné zjištění, pokud se nachází ve stavu vyhoření.

6 Interpretace výsledků výzkumu

V následující kapitole se budu věnovat interpretaci získaných dat ze všech vyplněných dotazníků.

DC I. Zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním vyskytuje syndrom vyhoření.

V této části jsem na měření přítomnosti syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním použila dotazník MBI. Na následujících řádcích se tak budu zabývat vyhodnocením jeho výsledků a interpretací.

Tab. 2: Vyhodnocení MBI dotazníku – emoční vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení

Kategorie	Emoční vyčerpání		Depersonalizace		Osobní uspokojení	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Nízký	37	44 %	58	68 %	26	31 %
Mírný	18	21 %	22	26 %	28	33 %
Vysoký	30	35 %	5	6 %	31	36 %

Výsledky dotazníkového šetření MBI uvádím v tab. 2. Při zpracování kategorie emočního vyčerpání jsem zjistila, že u 44 % respondentů se nevyskytují téměř žádné příznaky syndromu vyhoření. U 22 % se objevují první příznaky vyhoření a 35 % respondentů je vyhořelých. V kategorii depersonalizace je 68 % bez známek burnout, 26 % respondentů jsou v mírném stupni syndromu vyhoření a pouhých 6 % je vyhořelých. U kategorie osobního uspokojení jsou hodnoty téměř vyrovnané. 31 % respondentů je ve stupni nízké, 33 % se nachází ve stupni mírné a 36 % je vyhořelých.

Tab. 3: Vyhodnocení MBI dotazníku – počet oblastí vyhoření

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
Bez vyhoření	36	42 %
Vyhoření v 1 oblasti	37	44 %
Vyhoření ve 2 oblastech	10	12 %
Vyhoření ve všech oblastech	2	2 %
Celkem	85	100 %

Z tab. 3 vyplývá, že bez známek vyhoření je 42 % dotazovaných sociálních pracovníků. Vyhoření v jedné z oblastí, které měří dotazník MBI, se objevuje u 44 % respondentů. U 10 dotazovaných byl zjištěn syndrom vyhoření ve dvou oblastech a u 2 sociálních pracovníků je syndrom vyhoření rozvinut ve všech třech oblastech.

Tab. 4: Pohlaví v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Kategorie	Emoční vyčerpání					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Ženy	33	46 %	13	18 %	25	35 %
Muži	4	29 %	5	36 %	5	36 %

Výsledné hodnoty získané dotazníkem MBI jsem porovnávala s pohlavím respondentů. V kategorii emočního vyčerpání bez příznaků vyhoření je největší podíl žen, 46 %. 35 % žen je vyhořelých. U zbylých 18 % žen se objevují první příznaky. Počet mužů v jednotlivých kategoriích emočního vyčerpání je téměř vyrovnaný. Bez příznaků burnout je 29 % mužů a s mírnými příznaky je 36 %. Vyhořelých je 36 % mužů, tj. 5 ze 14. Poměr žen a mužů, kteří jsou vyhořelí v kategorii emočního vyčerpání, je téměř shodný.

Tab. 5: Pohlaví v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Kategorie	Depersonalizace					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Ženy	45	63 %	21	30 %	5	7 %
Muži	13	93 %	1	7 %	0	0

V kategorii depersonalizace není žádný muž vyhořelý a pouze 1 muž má mírné příznaky burnout syndromu. Většina, tj. 93 % je bez známek vyhoření. Více než polovina žen (63 %) je také bez známek vyhoření. U 30 % se objevují první příznaky a 5 žen je vyhořelých. V oblasti depersonalizace dosáhli muži lepších výsledků než ženy. Mužů však bylo 14 a žen 71.

Tab. 6: Pohlaví v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Kategorie	Osobní uspokojení					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
Ženy	19	27 %	27	38 %	25	35 %
Muži	7	50 %	1	7 %	6	43 %

U osobního uspokojení žen byly jednotlivé stupně více vyrovnané než u depersonalizace. 27 % žen je bez příznaků, 38 % s mírnými příznaky a 35 % je vyhořelých. Přesně polovina mužů je bez příznaků syndromu vyhoření, 7 % je s mírnými příznaky a 6 mužů (43 %) je vyhořelých.

Další zjišťovanou a hodnocenou proměnnou je věk. Následují tři tabulky porovnávající věk respondentů s mírou vyhoření v kategorii emočního vyčerpání, depersonalizace a osobního uspokojení. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií bylo rozmezí 26-33 let, 40 % respondentů.

Tab. 7: Věk v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Kategorie	Emoční vyčerpání					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
18 – 25 let	7	50 %	1	7 %	6	43 %
26 – 33 let	12	35 %	8	24 %	14	41 %
34 – 41 let	8	44 %	5	28 %	5	28 %
42 – 49 let	7	50 %	4	29 %	3	21 %
50 let a více	3	60 %	0	0	2	40 %

Porovnání věku s výslednými hodnotami MBI v oblasti emočního vyčerpání je následující. Kolem 40 % respondentů je vyhořelých ve věku 18-25 let, 26-33 let a 50 let a více. Ze zbylých dvou věkových skupin je ohrožených syndromem vyhoření do 30 % respondentů. Přesněji 28 % ve věku 34-41 let a 21 % ve věku 42-49 let. Bez známek vyhoření je polovina a více respondentů ve věkové kategorii 18-25 let, 42-49 let a 50 let a více. Nejlepší výsledky má skupina respondentů ve věku 42-49 let, kde se nejmenší

podíl dotazovaných nachází ve stupni vyhoření a polovina respondentů je bez známek burnout.

Tab. 8: Věk v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Kategorie Věk	Depersonalizace					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
18 – 25 let	8	57 %	5	36 %	1	7 %
26 – 33 let	21	62 %	9	26 %	4	12 %
34 – 41 let	16	89 %	2	11 %	0	0
42 – 49 let	9	64 %	5	36 %	0	0
50 let a více	4	80 %	1	20 %	0	0

V oblasti MBI – depersonalizace se nejlépe nachází respondenti ve věku 34-41 let, 42-49 let a 50 let a více, jelikož v jejich zastoupení se neobjevuje žádný jedinec se syndromem vyhoření. Nejvíce, tj. 4 respondenti, jsou vyhořelí ve věkové kategorii 26-33 let. Tato skupina sociálních pracovníků je v tomto šetření také nejvíce zastoupena. V rozmezí 57-80 % dotazovaných v jednotlivých věkových skupinách nemá žádné příznaky syndromu vyhoření. V této části dotazníku MBI nejlépe dopadla skupina respondentů ve věkovém rozmezí 34-41 let.

Tab. 9: Věk v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Kategorie Věk	Osobní uspokojení					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
18 – 25 let	3	22 %	8	56 %	3	22 %
26 – 33 let	12	35 %	12	35 %	10	30 %
34 – 41 let	6	33 %	5	28 %	7	39 %
42 – 49 let	4	29 %	4	29 %	6	42 %
50 let a více	1	20 %	1	20 %	3	60 %

Nejvyšší hodnoty, tj. nejmenší pocity osobního uspokojení, se nachází u věkové skupiny 50 let a více. Toto věkové uskupení dopadlo celkově nejhůře, jelikož má i nejmenší zastoupení mezi pracovníky bez projevů syndromu vyhoření. Ovšem respondentů v této skupině bylo pouze 5, což je 6 % z celkového počtu dotazovaných. Největší podíl vyhořelých sociálních pracovníků v porovnání věku je celkově právě v kategorii osobního uspokojení.

6.1 Shrnutí DC I

Hodnoty MBI se měří ve třech kategoriích – emoční vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení. V kategorii emočního vyčerpání je 35 % respondentů již vyhořelých. Z těchto 35 % vyhořelých pracovníků tvoří 83 % žen. Podle výsledků dotazníkového šetření jsou nejohroženější věkovou skupinou respondenti ve věku 18-25 let. Hodnoty v kategorii depersonalizace ukazují, že 6 % pracovníků je vyhořelých. Těchto 6 % (5 dotazovaných) jsou samé ženy a 4 z nich jsou ve věku 26-33 let. V oblasti osobního uspokojení je 36 % zcela vyhořelých. Z těchto 36 % je 17 % mužů. Největší podíl vyhořelých pracovníků je v kategorii 50 let a více. Celkově se u 58 % sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním vyskytuje syndrom vyhoření alespoň v jedné ze zkoumaných kategorií. Největší podíl pracovníků (44 %) je vyhořelých pouze v jedné ze tří kategorií.

DC II. Zjistit využití preventivních opatření proti výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

Tento dílčí cíl je pro větší přehlednost rozčleněn do dvou podcílů. První se zaměřuje na vlastní prevenci sociálních pracovníků a druhý podcíl hodnotí prevenci syndromu vyhoření na úrovni organizace, zaměstnavatele.

DC II. 1 Zjistit, jakými metodami sami sociální pracovníci předchází vzniku syndromu vyhoření.

K tomuto cíli se vztahují otázky č. 10 a 11 z první části dotazníku. Tyto otázky jsem následně porovnála s pohlavím respondentů.

Tab. 10: Otázka č. 10 – Věnujete se vy sám/a prevenci syndromu vyhoření?

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
ano	29	34 %
spíše ano	33	38 %
spíše ne	20	24 %
ne	3	4 %
celkem	85	100 %

Z tab. 10 je patrné, že 72 % respondentů se věnuje prevenci syndromu vyhoření (jejich odpověď byla ano a spíše ano). Zbýlých 28 % sociálních pracovníků se nevěnuje aktivně prevenci syndromu vyhoření (odpovědi spíše ne, ne).

Tab. 11: Otázka č. 10 – Věnujete se vy sám/a prevenci syndromu vyhoření? v porovnání s pohlavím

Pohlaví Kategorie	Ženy		Muži	
	AČ	RČ	AČ	RČ
ano	22	31 %	7	50 %
spíše ano	27	38 %	6	43 %
spíše ne	19	26 %	1	7 %
ne	3	5 %	0	0

V porovnání pohlaví sociálních pracovníků a předcházení syndromu vyhoření vychází lépe muži, 93 % z nich se věnuje prevenci a pouze 1 odpověděl, že se prevenci burnout spíše nevěnuje. Právě 69 % žen se aktivně věnuje předcházení vyhoření a zbylých 31 % respondentek se prevenci nevěnuje (odpovědi spíše ne, ne).

Tab. 12: Otázka č. 11 – Jakým způsobem se vy sám/a věnujete prevenci syndromu vyhoření? (otázka s možností více odpovědí)

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
Dostatek spánku	45	17 %
Dostatek pohybu, cvičení, relaxace	48	19 %
Věnování se svým koníčkům	57	22 %
Věnování se rodině, přátelům	71	28 %
Pravidelné stravování	28	11 %
Jiné	9	3 %

U otázky č. 11 mohli respondenti zaškrtnout více odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí na tuto otázku byla možnost věnování se rodině a přátelům. Dále v rozpětí 5 % byly nejčastější odpovědi: věnování se svým koníčkům, dostatek pohybu, cvičení, relaxace a v neposlední řadě dostatek spánku. 11 % sociálních pracovníků využívá pravidelné stravování jako prevenci syndromu vyhoření. Jako jiné možnosti respondenti uváděli např. meditaci, psychoterapeutický výcvik či fyzicky namáhavou práci v druhém zaměstnání. Čtyři sociální pracovníci uvedli, že jako vlastní prevenci považují dobrou komunikaci a vztahy s kolegy a vzájemnou podporu a sdílení se spolupracovníky.

Tab. 13: Otázka č. 11 – Jakým způsobem se vy sám/a věnujete prevenci syndromu vyhoření? (otázka s možností více odpovědí) v porovnání s pohlavím

Pohlaví Kategorie	Ženy		Muži	
	AČ	RČ	AČ	RČ
Dostatek spánku	37	52 %	8	57 %
Dostatek pohybu, cvičení, relaxace	37	52 %	11	79 %
Věnování se svým koníčkům	45	63 %	12	86 %
Věnování se rodině, přátelům	61	86 %	10	71 %
Pravidelné stravování	22	31 %	6	43 %
Jiné	6	8 %	3	21 %

Jako nejčastější prevenci syndromu vyhoření uvedli muži věnování se svým koníčkům. Stejný poměr žen (86 %) uvedlo jako nejčastější možnost věnování se rodině a přátelům. Rodinu a přátele jako prevenci vyhoření uvedli muži na třetím místě. Více než polovina mužů uvedla jako další odpovědi: dostatek pohybu, cvičení, relaxace a dostatek spánku. Na druhém místě s počtem 45 žen skončila možnost věnování se svým koníčkům. Stejný počet respondentek uvedl jako třetí nejčastější možnost dostatek spánku a pohybu, cvičení a relaxace. Nejmenší podíl mužů i žen se zaměřuje na pravidelné stravování.

DC II. 2 Zjistit, jaká preventivní opatření poskytuje sociálním pracovníkům jejich zaměstnavatel.

Tab. 14: Otázka č. 6 - Jaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření vám nabízí zaměstnavatel? (otázka s možností více odpovědí)

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
Intervize	43	51 %
Supervize	85	100 %
Možnost dalšího vzdělávání	70	82 %
Pravidelná pracovní doba	40	47 %
Rozmanitá pracovní náplň	41	48 %
Ohodnocení práce (finanční, slovní)	22	26 %
Jiné	10	12 %

Otázka č. 6 měla možnost více odpovědí. Nejčastější preventivní opatření ze strany zaměstnavatele je podle respondentů supervize. To odpověděli všichni dotazovaní. Druhá nejčastější odpověď byla možnost dalšího vzdělávání, to odpovědělo 82 % pracovníků. V rozmezí 40-43 odpovědí byly následující možnosti: intervize, rozmanitá pracovní náplň a pravidelná pracovní doba. Oproti tomu ohodnocení práce označilo nejméně pracovníků. Jako jiné respondenti uváděli např. pružnou pracovní dobu, možnost pracovat z domova (administrativa), zaměstnanecké benefity, příspěvek na kulturu a sport, teambuildingové akce.

Tab. 15: Otázka č. 7 – Zajišťuje vám zaměstnavatel pravidelnou supervizi?

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
ano	85	100 %
ne	0	0

Z hodnot uvedených v tab. 16 vyplývá, že všichni respondenti mají od zaměstnavatele zajištěnou pravidelnou supervizi.

Tab. 16: Otázka č. 8 – Jak často máte supervizi?

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
1x za měsíc	26	30 %
1x za 2 měsíce	27	32 %
1x za 3 měsíce	23	27 %
1x za 6 měsíců	4	5 %
Jiné	5	6 %

Nejčastější odpovědí (32 % respondentů) na otázku četnosti supervize byla 1x za 2 měsíce. O jednoho pracovníka méně (30 %) získala možnost 1x za měsíc. A 27 % pracovníků odpovědělo, že mají supervizi 1x za 3 měsíce. U možnosti jiné, kterou zvolilo 5 dotazovaných, bylo dopsáno 1x za 6 týdnů (uvedli 2 respondenti), 2x do měsíce, 1x za 4 měsíce a 4x ročně nebo dle přání a potřeb pracovníků.

Tab. 17: Otázka č. 9 – Vnímáte supervizi jako užitečnou a přínosnou při prevenci syndromu vyhoření?

Kategorie	Respondenti	
	AČ	RČ
ano	26	31 %
spíše ano	43	51 %
spíše ne	14	16 %
ne	2	2 %

Celých 82 % sociálních pracovníků odpovědělo ano nebo spíše ano na otázku, že vnímají supervizi jako přínosnou a užitečnou při prevenci syndromu vyhoření.

6.2 Shrnutí DC II

Cílem dílčího cíle II bylo zjistit využití preventivních opatření proti výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Podcíl č. 1 byl zaměřen na předcházení vzniku burnout na úrovni samotných sociálních pracovníků. Z hodnot uvedených v tab. 10-13 vyplývá, že 72 % dotazovaných se věnuje prevenci syndromu vyhoření. Z těchto 72 % je 21 % mužů. Nejčastější metody, které respondenti využívají, jsou tyto: u žen to je věnování se rodině, přátelům a svým koníčkům, u mužů je to naopak věnování se svým koníčkům a dostatek pohybu, cvičení a relaxace.

Celkově ale ze získaných hodnot vyplývá, že nejčastěji respondenti využívají při předcházení syndromu vyhoření čas strávený s rodinou a přáteli. Je to dáno poměrem mužů a žen mezi respondenty. Podcíl č. 2 byl orientován na preventivní opatření ze strany zaměstnavatele. Všem respondentům je poskytována pravidelná supervize a 89 % z nich ji využívá 1-3x za měsíc. Ze všech pracovníků vnímá 82 % supervizi jako užitečnou při prevenci vyhoření. Více než polovina dotazovaných uvedla jako nejčastější možnosti prevence supervizi, možnost dalšího vzdělávání a intervizi.

DC III. Zjistit, jaké příčiny ovlivňují vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

Tento dílčí cíl jsem rozdělila do tří podcílů. První podcíl zjišťuje vliv dosaženého vzdělání sociálních pracovníků na riziko vzniku syndromu vyhoření. Druhý zjišťuje vliv délky praxe na vznik burnout a třetí podcíl se zaměřuje na výskyt rizikových faktorů v zaměstnání.

DC III. 1 Zjistit, jaký má vliv dosažené vzdělání na riziko vzniku syndromu vyhoření.

Tab. 18: Vzdělání v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Kategorie Vzdělání	Emoční vyčerpání					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
VŠ-Mgr.	13	42 %	6	19 %	12	39 %
VŠ-Bc.	10	45 %	4	18 %	8	37 %
VOŠ	3	18 %	6	35 %	8	47 %
SŠ s maturitou	11	72 %	2	14 %	2	14 %
Jiné	0	0	0	0	0	0

Nejvyšší podíl vyhořelých pracovníků je se získaným vzděláním na vyšší odborné škole. Téměř stejný počet vysokoškolských pracovníků je v kategorii bez vyhoření a vyhořelých. Nejlépe dopadli respondenti se středoškolským stupněm vzdělání.

Tab. 19: Vzdělání v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Kategorie Vzdělání	Depersonalizace					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
VŠ-Mgr.	22	71 %	7	23 %	2	6 %
VŠ-Bc.	15	68 %	6	27 %	1	5 %
VOŠ	10	59 %	5	29 %	2	12 %
SŠ s maturitou	11	73 %	4	27 %	0	0
Jiné	0	0	0	0	0	0

U depersonalizace dopadli vysokoškolští a středoškolští pracovníci velmi podobně. Přes 2/3 těchto pracovníků je bez příznaků vyhoření a maximálně 2 pracovníci jsou vyhořelí.

Tab. 20: Vzdělání v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Kategorie Vzdělání	Osobní uspokojení					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
VŠ-Mgr.	14	45 %	7	23 %	10	32 %
VŠ-Bc.	6	27 %	10	46 %	6	27 %
VOŠ	3	18 %	5	29 %	9	53 %
SŠ s maturitou	3	20 %	8	53 %	4	27 %
Jiné	0	0	0	0	0	0

Největší počet respondentů, kteří cítí osobní uspokojení je vysokoškolsky vzděláno v magisterském stupni. Největší podíl vyhořelých je mezi diplomovanými specialisty. Ti mají také nejmenší podíl pracovníků bez známek vyhoření. Poměr vyhořelých respondentů je mezi magistry, bakaláři a středoškoláky téměř stejný.

DC III. 2 Zjistit, jaký má vliv délka praxe na riziko vzniku syndromu vyhoření.

Tab. 21: Délka praxe v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Kategorie Délka praxe	Emoční vyčerpání					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
1-5 let	24	46 %	8	15 %	20	39 %
6-10 let	8	33 %	8	33 %	8	33 %
11-15 let	4	58 %	1	14 %	2	28 %
16-20 let	1	50 %	1	50 %	0	0
21 let a více	0	0	0	0	0	0

Nejvyšší poměr vyhořelých respondentů v kategorii emočního vyčerpání je mezi těmi, kteří mají praxi 1-5 let. U praxe delší než 16 let se neobjevil respondent se syndromem vyhoření. Čím je vyšší praxe sociálních pracovníků, tím menší počet pracovníků je vyhořelých.

Tab. 22: Délka praxe v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Kategorie Délka praxe	Depersonalizace					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
1-5 let	35	67 %	14	28 %	3	6 %
6-10 let	15	63 %	7	29 %	2	8 %
11-15 let	6	86 %	1	14 %	0	0
16-20 let	2	100 %	0	0	0	0
21 let a více	0	0	0	0	0	0

U depersonalizace se nevyskytuje žádný sociální pracovník, který by byl vyhořelý, s praxí delší než 11 let. Respondenti s praxí 6-10 let dopadli v oblasti depersonalizace nejhůře.

Tab. 23: Délka praxe v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Kategorie Délka praxe	Osobní uspokojení					
	Nízký		Mírný		Vysoký	
	AČ	RČ	AČ	RČ	AČ	RČ
1-5 let	11	21 %	24	46 %	17	33 %
6-10 let	10	42 %	6	25 %	8	33 %
11-15 let	4	57 %	0	0	3	43 %
16-20 let	1	50 %	0	0	1	50 %
21 let a více	0	0	0	0	0	0

Naopak u osobního uspokojení je nejvíce pracovníků vyhořelých s praxí delší než 11 let. U délky praxe 11-15 let a 16-20 let se nenachází žádný z respondentů s mírnými příznaky burnout. Sociální pracovníci v těchto dvou kategoriích jsou buď bez příznaků vyhoření, nebo již vyhořelých.

DC III. 3 Zjistit, jaké rizikové faktory v zaměstnání se vyskytují u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

Tab. 24: Otázka č. 5 – Jaké stresory (rizikové faktory) se vyskytují ve vaší práci? (otázka s možností více odpovědí)

Kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
Konfliktní vztahy s nadřízenými, kolegy, podřízenými	36	42 %
Nedostatečné ohodnocení práce (finanční, slovní)	51	60 %
Nesmyslnost náplně práce	16	19 %
Potíže delegovat práci na jiné	18	21 %
Neschopnost říci ne při přetěžování	20	24 %
Vysoké pracovní vytížení	44	52 %
Přesčasy	22	26 %
Nefungující spolupráce s dalšími organizacemi	16	19 %
Jiné	13	15 %

U otázky na rizikové faktory v zaměstnání měli respondenti možnost více odpovědí. Nejčetnějšími odpověďmi byly nedostatečné ohodnocení práce, vysoké pracovní vytížení a konfliktní vztahy s nadřízenými, kolegy a podřízenými. V rozmezí 19-26 %

pracovníků odpovědělo, že se jako rizikové faktory u nich v zaměstnání vyskytují přesčasy, neschopnost říci ne při přetěžování, potíže delegovat práci na jiné, nesmyslnost náplně práce a nefungující spolupráce s dalšími organizacemi. Mezi možnostmi jiné uváděli dotazovaní zejména pasivní a nepodporující vedení, nedostatečnou kapacitu služby, nedostatek finančních zdrojů na provoz služby a nadměru administrativy.

6.3 Shrnutí DC III

U vlivu dosaženého vzdělání na riziko vzniku syndromu vyhoření získané hodnoty ukazují, že nejlepší výsledky vykazuje skupina respondentů se získaným vzděláním na střední škole. Mezi diplomovanými specialisty je největší podíl respondentů se syndromem vyhoření u všech tří kategorií a naopak nejmenší podíl vyhořelých pracovníků je se středoškolským vzděláním. Hodnoty u vysokoškolských pracovníků byly téměř shodné u magisterského i bakalářského stupně. Vliv délky praxe na propuknutí burnout je rozdílný u jednotlivých kategorií MBI. U emočního vyčerpání výsledky poukazují na to, že čím je delší pracovníkova praxe, tím klesá riziko vzniku vyhoření. Podobné je to i u depersonalizace. Při praxi delší než 11 let se nevyskytují žádní respondenti prokazující syndrom vyhoření. Naopak u osobního uspokojení s přibývajícím délkou praxe stoupá poměr sociálních pracovníků postihnutých vyhořením. Podcíl č. 3 měl zjistit rizikové faktory vyskytující se v zaměstnání respondentů. Více než polovina pracovníků uvedla nedostatečné ohodnocení práce a vysoké pracovní vytížení.

Závěr

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním může být vnímána jako jedna z nejnáročnějších forem sociální práce. Proto mě zajímalo, v jaké míře se u sociálních pracovníků s klienty s psychiatrickou diagnózou vyskytuje syndrom vyhoření. Jedinci s vážným duševním onemocněním ne zřídka kdy ztrácí kontakt s realitou a jejich sociální fungování je značně omezené. Proto sociální práce s nimi je často dlouhodobá a s proměnlivými etapami úspěchu. Nejen tyto aspekty mají jistě vliv na náročnost práce s lidmi s duševním onemocněním.

V teoretické části jsem se zaměřila na popis důležitých prvků, které s tímto tématem souvisí. V první kapitole to byl syndrom vyhoření jako takový s orientací na jeho rizika a prevenci v osobnostní a pracovní rovině. Druhá kapitola se soustředila na charakteristiku duševních poruch a na zvláštnosti a potřeby lidí s psychiatrickou diagnózou. V poslední kapitole jsem se snažila přiblížit sociální práci, role sociálního pracovníka a zejména jaká specifika obnáší práce pomáhajícího s klienty s duševním onemocněním. V neposlední řadě jsem také zmínila důležitost vztahu sociálního pracovníka a jeho klienta.

Praktická část pomocí kvantitativního výzkumu, metodou dotazníkového šetření zjišťovala výskyt syndromu vyhoření, jeho prevenci a příčiny u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Pro zpřehlednění jsem hlavní cíl rozdělila do tří dílčích cílů a druhý a třetí dílčí cíl následně do podcílů. Prvním dílčím cílem jsem chtěla zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním vyskytuje syndrom vyhoření. Ve druhém dílčím cíli jsem zjišťovala využití preventivních opatření proti výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Tento cíl jsem rozdělila na dva podcíle se zaměřením na prevenci na úrovni jedince a na úrovni zaměstnavatele. Třetím dílčím cílem jsem chtěla zjistit, jaké příčiny ovlivňují vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Tento dílčí cíl jsem také rozdělila pro větší přehlednost do tří podcílů, které měly zjišťovat vliv dosaženého vzdělání a délky praxe na riziko vzniku syndromu vyhoření. Poslední podcíl zkoumal, jaké rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření se vyskytují v zaměstnání sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním.

Myslím si, že zvolená kvantitativní metoda byla vhodná a výsledky výzkumného šetření mi poskytly odpovědi na stanovené cíle. Z výsledků vyplynulo, že poměr žen a mužů v oblasti vyhoření dopadl pro ženy lépe v oblasti emočního vyčerpání i osobního uspokojení. Oproti tomu u depersonalizace se nevyskytuje žádný muž ve stupni vyhoření, ale 5 žen ano. Při porovnání věku respondentů vychází, že u emočního vyčerpání a depersonalizace souvisí nižší věk s vyšším rizikem vyhoření. U osobního uspokojení je tomu právě naopak.

Z odpovědí, které se vztahují k prvnímu dílčímu cíli, jsem zjistila, že syndrom vyhoření se objevuje u 58 % respondentů alespoň v jedné ze tří kategorií MBI. Z výsledků vyplynulo, že všech 85 sociálních pracovníků vykazuje u emočního vyčerpání a osobního uspokojení podobně vysoké výsledky (35-36 %), které jsou však 6x vyšší než v oblasti depersonalizace.

Z druhého dílčího cíle a jeho prvního podcíle, který je zaměřený na preventivní opatření na úrovni pracovníků, jsem zjistila, že téměř ¾ respondentů se sami věnují prevenci syndromu vyhoření. Jejich nejčastější metodami jsou věnování se rodině, přátelům a věnování se svým koníčkům. Druhý podcíl měl určit preventivní opatření ze strany organizace. Výsledky šetření ukazují, že všem respondentům je poskytována pravidelná supervize a jako další prevenci jim zaměstnavatel nejčastěji umožňuje možnost dalšího vzdělávání a intervize.

Třetí dílčí cíl ukázal, jaké příčiny ovlivňují vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním. Podcílem č. 1 byl vliv dosaženého vzdělání. Z výsledků šetření vyplývá, že čím je nižší dosažené vzdělání, tím je nižší výskyt burnout. Vyhořením jsou nejvíce ohroženi diplomovaní specialisté. Druhým podcílem bylo zjištění vlivu délky praxe na vznik syndromu vyhoření. Ukazuje se, že čím delší praxi pracovník má, neznamena to, že u něj musí být vyšší riziko burnout. Podcíl č. 3 vyhodnocoval rizikové faktory v zaměstnání. Nejčtenějšími odpověďmi bylo nedostatečné ohodnocení práce a vysoké pracovní vytížení.

Domnívám se, že zpracování tohoto tématu by mohlo mít přínos zejména v opětovném připomenutí rizik a prevence syndromu vyhoření. Většina sociálních pracovníků má určité povědomí o burnout syndromu, ale je jistě potřebné toto téma neustále opakovat a dbát na prevenci. Kromě sociálních pracovníků samotných jde i o jejich klienty, kteří si zaslouží angažované a empatické pracovníky.

Seznam tabulek

Tab. 1: Kategorie MBI dotazníku a jejich bodové ohodnocení

Tab. 2: Vyhodnocení MBI dotazníku – emoční vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení

Tab. 3: Vyhodnocení MBI dotazníku – počet oblastí vyhoření

Tab. 4: Pohlaví v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Tab. 5: Pohlaví v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Tab. 6: Pohlaví v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Tab. 7: Věk v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Tab. 8: Věk v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Tab. 9: Věk v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Tab. 10: Otázka č. 10 – Věnujete se vy sám/a prevenci syndromu vyhoření?

Tab. 11: Otázka č. 10 – Věnujete se vy sám/a prevenci syndromu vyhoření? v porovnání s pohlavím

Tab. 12: Otázka č. 11 – Jakým způsobem se vy sám/a věnujete prevenci syndromu vyhoření? (otázka s možností více odpovědí)

Tab. 13: Otázka č. 11 – Jakým způsobem se vy sám/a věnujete prevenci syndromu vyhoření? (otázka s možností více odpovědí) v porovnání s pohlavím

Tab. 14: Otázka č. 6 - Jaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření vám nabízí zaměstnavatel? (otázka s možností více odpovědí)

Tab. 15: Otázka č. 7 – Zajišťuje vám zaměstnavatel pravidelnou supervizi?

Tab. 16: Otázka č. 8 – Jak často máte supervizi?

Tab. 17: Otázka č. 9 – Vnímáte supervizi jako užitečnou a přínosnou při prevenci syndromu vyhoření?

Tab. 18: Vzdělání v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Tab. 19: Vzdělání v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Tab. 20: Vzdělání v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Tab. 21: Délka praxe v porovnání s hodnotami MBI – emocionální vyčerpání

Tab. 22: Délka praxe v porovnání s hodnotami MBI – depersonalizace

Tab. 23: Délka praxe v porovnání s hodnotami MBI – osobní uspokojení

Tab. 24: Otázka č. 5 – Jaké stresory (rizikové faktory) se vyskytují ve vaší práci? (otázka s možností více odpovědí)

Seznam použitých zdrojů

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

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

GAVORÁ, Peter. *Výzkumné metody v pedagogice: příručka pro studenty, učitele a výzkumné pracovníky*. Brno: Paido, 1996. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-15-X.

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

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

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.

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

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

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

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

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

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

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

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

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

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

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

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, c2001. ISBN 80-903070-0-0.

PELCÁK, Stanislav. *Stres a syndrom vyhoření*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-576-9.

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

PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. V Praze: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.

PROBSTOVÁ, Václava. Sociální pracovník v oblasti komunitní péče o duševní zdraví a jeho potřeby vzdělávání. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2008(1), 68-76. ISSN 1213-6204.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, c2001. ISBN 80-7262-140-8.

ŘEZNIČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 80-85850-00-1.

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

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

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

Global Definition of Social Work. *International Federation of Social Workers* [online]. 2017. [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>

Seznam příloh

Příloha A: Dotazník

Příloha B: Vyplněný dotazník respondentem

Příloha C: Řazení položek dotazníku MBI