Zdravotně sociální fakulta
Faculty of Health and Social Studies

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Katedra Sociální práce

Bakalářská práce

Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v azylových domech pro matky s dětmi

Vypracovala: Denisa Lendlerová
Vedoucí práce: Mgr. Bohdana Březová, Ph.D.

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce obsahuje teoretické poznatky vztahující se k problematice syndromu vyhoření u sociálních pracovníků v azylových domech pro matky s dětmi a výzkumnou část.

Stav duševního, emočního a fyzického vyčerpání, jak je syndrom vyhoření definován dnes, byl popsán už v době starověkého Řecka. Poprvé termín syndrom vyhoření (v angl. jazyce burnout) použil Freundenberger (in Křivohlavý, 1988), který také odstartoval na přelomu 70. a 80. let minulého století obrovskou vlnu zájmu o tuto problematiku hlavně v západních zemích. K nám se tento termín a vlna zájmu dostává až koncem 20. století.

U syndromu vyhoření jsou známé dvě skupiny rizikových faktorů vzniku. Vnější faktory, kam spadá například rodina nebo pracovní zázemí a vnitřní faktory, které jsou charakterizovány osobností člověka. V nynější době, přestože syndrom vyhoření není definován jako onemocnění, má svůj průběh, fáze, příznaky i léčbu. Fáze syndromu jsou nejčastěji popisovány dle Eldewicha a Brodského (in Peterková, 2015) a jsou to: nadšení- zde je začínající pracovník plný elánu, klade si nerealistická očekávání a identifikuje se se svou profesí; stagnace- pracovníkovo počáteční nadšení klesá, začíná brát v potaz i své osobní potřeby; frustrace- zde už se pracovník ptá po efektivitě práce a po smyslu samotné práce; apatie- ta přichází po dlouhodobé frustraci, pracovník se potýká s bezmocností a beznadějí a poslední fáze zní vyhoření- kde nastává celkové emocionální, fyzické a duševní vyčerpání. Pro každou fázi jsou pak typické příznaky, které se dělí do tří úrovní: psychické, fyzické a sociální. Léčba syndromu vyhoření se u každého člověka liší, někdy stačí změna zaměstnání, někdy je zapotřebí zásahu odborníka (psycholog, psychiatr, psychoterapeut). Kvůli negativním důsledkům syndromu vyhoření se v současné době klade důraz na prevenci, kde jednou z možností je supervize (Kebza, Šolcová, 2003).

A právě sociální pracovnice v azylových domech pro matky s dětmi, které spolu s dalšími profesemi, jako jsou zdravotníci nebo policisté, jsou ohroženější syndromem vyhoření, než ostatní profese.

Cílem této práce bylo popsat hlavní faktory vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a zjistit, jestli jsou sociální pracovníci ohroženější syndromem vyhoření, než pracovníci v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi. Pro splnění cílů byly stanoveny tři výzkumné otázky: Jak se sociální pracovníci orientují v problematice syndromu vyhoření? Liší se faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi? Co využívají sociální pracovníci jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?

S ohledem na cílovou skupinu byla použita kvalitativní strategie. V rámci této strategie byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru a technika dotazování. Výzkumným souborem byly pracovnice (sociální pracovnice a pracovnice v sociálních službách) z azylového zařízení ve Znojmě a pracovnice z Azylového domu pro matky s dětmi v Českých Budějovicích.

Výsledky výzkumu jsou seřazeny podle okruhů, které vznikly na základě tří výzkumných otázek. Výsledky prvního okruhu otázek ukázaly, že problematika syndromu vyhoření je známá jak mezi sociálními pracovnicemi tak i pracovnicemi v sociálních službách. Analýza výsledků také ukázala rozdílnost ve znalostech, co se týče průběhu syndromu vyhoření. Přesné fáze i literaturu dokázala uvést pouze jedna sociální pracovnice. Výsledky druhého okruhu otázek směřovaly k zodpovězení výzkumné otázky: „Jak se liší faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách?“ a ukázalo se, že faktory, které mají vliv na vznik syndromu vyhoření u sociálních pracovnic, se týkaly spíše osobnosti daného jedince a u pracovnic v sociálních službách šlo spíš o vnější faktory jako neochota uživatelů spolupracovat nebo opětovná návratnost klientů. U výsledků ze třetího okruhu otázek bylo zřejmé, že jako prevenci syndromu vyhoření sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách vnímají konzultování problémů na pracovišti s kolegy, ale přestože všechny mají možnost se v zařízení využívat supervizi, tak ji jako prevenci nevnímají.

Diskuze k první výzkumné otázce řešila rozsah teoretických znalostí syndromu vyhoření u sociálních pracovnic a u pracovnic v sociálních službách. U druhé výzkumné

otázky jsou porovnávány faktory vzniku syndromu vyhoření. Na konci diskuze se otevírá prostor pro supervizi a to, jak je vnímána sociálními pracovnicemi.
Závěr práce hodnotí cíle, které nebyly zcela naplněny, a znovu předkládá zodpovězené výzkumné otázky. V úplném závěru je popsán přínos bakalářské práce pro supervizory a účastníky supervize, pro všeobecnou informovanost o problematice syndromu vyhoření v azylových zařízeních ve Znojmě a v Českých Budějovicích a v neposlední řadě přínos pro samotné sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, sociální pracovníci, sociální práce azylové domy pro matky s dětmi,

Abstract

This bachelor thesis deals with theoretical and practical knowledge related to the problem of burnout among social workers in shelters for mothers and children. The burnout is defined as a state of mental, emotional and physical exhaustion. The term was defined in Ancient Greece but it was used by Freundenberger for the first time (Křivohlavý, 1988). In the 70s and 80s, Freundenberger initiated a huge wave of interest in this issue, especially in Western countries. At the end of the 20th century, the Czech countries started to deal with the phenomenon of burnout as well.

Burnout originates in two groups of risk factors - external factors including family and business and internal factors including personality types. Even though the burnout is not particularly defined as an illness it consists of phases, symptoms and treatment. Eldewich and Brodsky (in Peterková, 2015) described the most common phases of burnout. The first phase is enthusiasm when a young worker full of unrealistic expectations identifies himself with his job. The second phase is stagnation when enthusiasm decreases and the worker considers his personal needs too. In the third phase of frustration the worker tries to find the meaning and efficiency of his job. The next phase called apathy comes after long frustration. The worker feels helplessness and hopelessness. The last phase of burnout is characterized as an emotional, physical and mental exhaustion. Each phase is defined by specific symptoms which can be divided into three levels: mental, physical and social. The treatment of burnout differs person to person. Sometimes a change of job is enough; sometimes it is necessary to see a doctor (psychologist, psychiatrist, and psychotherapist). Supervision can be an effective way of prevention (Kebza, Šolcová, 2003). The highest risk of burnout threats employees in shelters for mothers and children, doctors or policemen.

This thesis aims to describe the main risk factors of burnout among social workers and find out whether they are more susceptible to burnout than workers in social services in shelters for mothers and children. Three research questions were set up: Are social workers familiar with the burnout issue? Do the risk factors differ for social

workers and workers in social services in shelters for mothers and children? What kinds of prevention do social workers use in order to avoid burnout development?
Regarding the target group, the qualitative strategy with semi-structured interview and interrogation technique was used in this thesis. The research group were workers (social workers and workers in social services) from the asylum facility in Znojmo and workers from the Shelter for Mothers and Children in České Budějovice.

The research results are sorted by the areas based on three research questions. The first set of results showed up social workers and workers in social services are familiar with the burnout issue, however the level of their knowledge significantly differs. There was only one social worker able to describe the exact phases and give some examples from literature. The second set of questions revealed burnout originates in internal factors among social workers while workers in social services are rather influenced by external factors including unwillingness of clients to cooperate. Lastly, social workers and workers in social services see the prevention in sharing their experience with colleagues. They do not consider supervision as an effective way of prevention even though they all have an opportunity to use it.

The first question deals with the scope of theoretical knowledge of burnout among social workers and workers in social services. The second research question compares the factors of burnout. Lastly, the question focuses on supervision as a tool of prevention.

The conclusion evaluates the targets and presents the research questions. This thesis also describes its contribution for supervisors and supervised; for general knowledge of burnout in asylum facilities in Znojmo and in České Budějovice and for social workers and workers in social services.

Key words

Burnout, Social workers, Social work, Shelters for mothers and children

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 12. 8. 2015 .....

Denisa Lendlerová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Bohdaně Břízové, Ph.D. za příkladné vedení bakalářské práce, její čas a cenné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat všem komunikačním partnerkám za jejich ochotu spolupracovat.

Obsah

ÚVOD **11**

1 SOUČASNÝ STAV **12**

1.1 SYNDROM VYHOŘENÍ (BURNOUT SYNDROM) 12

1.1.1 Definice syndromu vyhoření *12*

1.1.2 Historie syndromu vyhoření *14*

1.2 RIZIKOVÉ FAKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ 15

1.2.1 Vnější rizikové faktory *15*

1.2.2 Vnitřní rizikové faktory *16*

1.3 PRŮBĚH A FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ 17

1.3.1 Průběh syndromu vyhoření *17*

1.3.2 Jednotlivé příznaky syndromu vyhoření *18*

1.3.3 Příznaky na psychické úrovni *19*

1.3.4 Příznaky na fyzické úrovni *19*

1.3.5 Příznaky na úrovni sociálních vztahů *20*

1.4 PREVENCE A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ 20

1.4.1 Interní možnosti prevence *21*

1.4.2 Externí vlivy *22*

1.4.3 Supervize jako prevence *22*

1.4.4 Léčba syndromu vyhoření *23*

1.5 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINOU 24

1.5.1 Vymezení pojmu sociální práce *25*

1.5.2 Sociální práce v kontextu fungování rodiny *26*

1.6 AZYLOVÉ DOMY PRO MATKY S DĚTMI 28

1.6.1 Služby poskytované v azylovém domě pro matky s dětmi *29*

1.6.2 Principy uplatňované v rámci azylového domu *30*

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY **31**

3 METODIKA **32**

3.1 POUŽITÁ METODA A TECHNIKA SBĚRU DAT 32

3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 33
3.3 VLASTNÍ REALIZACE VÝZKUMU 34
3.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDKŮ 35
4 VÝSLEDKY 36
4.1 VÝSLEDKY OKRUHU OTÁZEK VZTAHUJÍCÍ SE K PRVNÍ VÝZKUMNÉ OTÁZCE 36
4.1.1 Intepretace výsledků z prvního okruhu 37
4.1.2 Analýza výsledků pomocí metody vytváření trsů 40
4.1.3 Shrnutí výsledků z prvního okruhu 40
4.2 VÝSLEDKY OKRUHU OTÁZEK VZTAHUJÍCÍ SE KE DRUHÉ VÝZKUMNÉ OTÁZCE 41
4.2.1 Interpretace výsledků z druhého okruhu 44
4.2.2 Analýza výsledků pomocí metody vytváření trsů 49
4.2.3 Shrnutí výsledků z druhého okruhu 49
4.3 VÝSLEDKY OKRUHU OTÁZEK VZTAHUJÍCÍ SE KE TŘETÍ VÝZKUMNÉ OTÁZCE 50
4.3.1 Intepretace výsledků ze třetího okruhu 51
4.3.2 Analýza výsledků pomocí metody vytváření trsů 52
4.3.3 Shrnutí výsledků ze třetího okruhu 52
5 DISKUZE 54
6 ZÁVĚR 61
7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 63
8 PŘÍLOHY 67

ÚVOD

O 21. století se mluví jako o uspěchané době, kdy se lidé ženou vpřed a často zapomínají odpočívat, věnovat se sami sobě. O tomto století se také říká, že je stoletím, kdy nad lidskou laskavostí vítězí kariéra a peníze. I syndrom vyhoření je spojován s dnešní dobou. A také se pojí s tématem mé bakalářské práce „Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v azylových domech pro matky s dětmi."

Pomáhající profese, kam spadá i sociální práce v azylových domech pro matky s dětmi, jsou známé tím, že patří do skupiny profesí, které jsou více ohroženy syndromem vyhoření, než ostatní profese. Právě v současné době se čím dále více setkáváme s pracovníky, kteří do zaměstnání nastupují plni očekávání a elánu, ale často nejsou připraveni na emocionální zátěž. Syndrom vyhoření je proces, kdy na začátku mají pracovníci pocit, že zvládnou vše sami, do všeho vkládají své emoce a neohlíží se na svou osobu. Po nějaké době se začínají objevovat pocity únavy a otrávenosti, ale pracovníci stále věří, že vše zvládnou sami. Četnost těchto pocitů se však stupňuje a na konec nastává emocionální, fyzické a duševní vyčerpání, které se označuje jako syndrom vyhoření. Příčinami syndromu jsou dlouhodobý stres a nadměrná psychická zátěž, která však nemusí být spojována jen s profesí, ale i s osobním a sociálním životem. Léčba syndromu se liší od člověka k člověku, někdy postačí změna zaměstnání a někdy je to natolik vážné, že je potřeba pomoc odborníka. Sociální pracovníci jsou denně v kontaktu s lidmi, vystavováni velkému stresu a proto je zapotřebí přijmout taková opatření, která předchází tomuto nežádoucímu jevu.

Téma práce jsem si zvolila, protože si myslím, že problematika syndromu vyhoření se týká nás všech a jednou bych se ráda věnovala sociální práci v azylových domech pro matky s dětmi.

1 Současný stav

1.1 Syndrom vyhoření (burnout syndrom)

„Vyhasl oheň. Myslím na dům, který vyhořel. Zbyly jen prázdné místnosti. Kdo ten oheň rozdmýchal. Kdo jej nestihl uhasit? Cožpak se oheň, který měl vyhřát místnosti, obrátil proti domu a spálil jej?“ (Švingalová, 2006, s. 47)

Část básně nám udává jakýsi metaforický obraz syndromu vyhoření, kde oheň značí životní energii. Oheň hoří, zahřívá dům. Dům je naše tělo, náš duch. Dokud hoří, naše tělo je v rovnováze. Začne-li hořet příliš silně, obrátí se proti domu, vše spálí. Naopak hoří-li příliš slabě, duši nezahřeje a vyhasne (Švingalová, 2006).

V obou případech dojde k poruše vnitřní rovnováhy, která má za následek vyhasnutí našich aktivit, zájmů a angažovanosti. Jinými slovy řečeno- naše osobnost se už nepohybuje v rovnováze mezi uvolněním a napětím. V důsledku mnoha faktorů spotřebováváme více energie, než jsme schopni doplnit a tak překračujeme hranice svých fyzických i psychických možností (Švingalová, 2006).

1.1.1 Definice syndromu vyhoření

Název syndromu byl převzat z anglického slova burnout, které je složeno ze základu „ to burn“, jenž v překladu znamená hořet a ve spojení „burnout“, dohořet či vyhořet (Křivohlavý, 1998).

Jeklová a Reitmeyrová (2006) říkají, že v literatuře se setkáme s celou řadou definic syndromu vyhoření. Některé z nich se orientují na stav emočního, mentálního a fyzického vyčerpání. Jiné vnímají syndrom jak proces, který má určitý vývoj. Ve všech však lze nalézt určité stejné znaky. Přítomnost negativních emocí, spojování s určitými druhy zaměstnání, vytváření negativních postojů a kladení důrazu na psychické prožívání a prvky chování.

Podíváme-li nyní na některé definice syndromu vyhoření, tak například dle doc. Jankovského (2003), syndrom vyhoření představuje celý soubor příznaků, který se projevuje ztrátou elánu, radosti ze života a především ztrátou energie a nadšení potřebných při výkonu profese a jeho závěrem je fyzické, mentální a emocionální vyčerpání. Vše je důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi (Jankovský, 2003).

Psychologové A. Pinesová a E. Aronson (1997, s. 49), vidí syndrom takto: „Syndrom vyhoření je subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“ Pinesová a Aronson (tamtéž), se domnívají, že kořenem tohoto syndromu je naše existencionální potřeba věřit, že život má smysl, věci, které děláme a kterými se obklopujeme, jsou důležité, ne-li přímo hrdinské. Z této domněnky pak Pinesová spolu s Aronsonem došli k závěru, že „syndrom vyhoření – burnout je ztráta (vyhoření) smyslu života.“ (Pinesová, Aronson in: Křivohlavý, 1997)

Psychiatři Montero- Marín a García- Campayo oproti Pinesové a Aronsonovi, popisují syndrom vyhoření jako reakci na emociální, mezilidské stresory na poli pracoviště, které jsou determinovány úrovní vyčerpanosti, cynismu a neúčinnosti (biomedcentral.com, 2010).

Autorka Bartošíková knihy „O syndromu vyhoření- pro zdravotní sestry“ (2006), zastává ještě jinou definici burnout syndromu. Bere ho jako proces a následné emoční vyčerpání, které je způsobeno selháním osobních zvládacích mechanismů. V podstatě jde o interakci mezi velkým očekáváním pracovníka a zátěžemi, které plynou z vysokých nároků. Dochází-li pak k opakovaným zážitkům, kdy pracovník nemůže opakovaně dostát těmto nárokům, ve spojení s přesvědčením, že vložené úsilí je neadekvátní nízkému výslednému efektu nebo hodnocení, pak nastává vyhoření.

Truchot a kolektiv (in Marron, 2008) se na syndrom vyhoření dívají z pohledu pomáhajících profesí a vnímají syndrom vyhoření jako následek nespravedlnosti a nedostatečné reciprocity mezi pracovníkem a klientem, kde pracovník investuje více energie než klient.

1.1.2 Historie syndromu vyhoření

Stav, kdy docházelo k emočnímu, fyzickému a mentálnímu vyčerpání, je znám už celá staletí lidské existence. První zmínky můžeme nalézt už v některých částech Bible nebo v literárních dílech pocházejících z období Starověku, konkrétně díla ze starého Řecka. Příkladem může být pověst o Sysifovi, ve které je popsáno úplné vyčerpání.

Křivohlavý (1998) uvádí, že je celá řada autorů, kteří ve svých dílech zaznamenali příznaky spojené s tímto syndromem v různých oblastech lidské činnosti. Po dlouhou dobu byly tyto příznaky připisovány jinému psychickému onemocnění, neboť termín burnout (vyhoření) jako takový byl do odborné literatury uveden až v roce 1974. Termín byl uveden psychologem Herbertem J. Freudenbergerem. Nepřímo tento termín před Freudenbergerem použil ve své knize „A burn out case" Graham Green. Do povědomí lidí se dostal však až díky Freundenbergerovi.

Právě Freundebergerova stať v časopise „Journal of Social issues" odstarovala obrovskou vlnu zájmu o tento fenomén a to na přelomu 70. a 80. let minulého století. Největší vlna zájmu o tuto problematiku se strhla v západních zemích, kde podnítila vydávání nejrůznějších odborných článků a studií (Kebza, Šolcová, 2003).

Různé studie napomáhaly vymezení pojmu, tak jak ho známe dnes. Dříve se termín vyhoření využíval pro označení alkoholiků a toxikomanů, kteří ztratili zájem o cokoliv jiného, mimo danou drogu. Postupem času se termín začal užívat i pro lidi, kteří byli natolik pohlcení prací, že je zajímala pouze ta. Pro nic jiného už nedokázali žít. Dnes takové lidi známe pod pojmem „workoholici." U takových lidí docházelo ke stavům přepracovanosti, apatie, lhostejnosti, depresím, únavě a osamění (Křivohlavý, 1998).

Do české odborné literatury se tento termín dostal až koncem 20. století. A to v takové podobě, že byl vždy součástí publikací autorů, zabývající se psychoterapií či psychosomatikou. Zájem o tuto problematiku přišel až s jednadvacátým stoletím. Začaly se vydávat různé články a publikace a také překládat díla z jiných jazyků. V poslední době stoupl i počet seminářů a školení konaných na téma syndrom vyhoření (Kebza, Šolcová, 2003).

1.2 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Jako první je důležité říci, že syndrom vyhoření může postihnout každého člověka bez ohledu na to, jestli je chudý nebo bohatý, oblíbený či neoblíbený, úspěšný či ne. Se syndromem vyhoření se tak můžeme setkat u jedinců, u kterých bychom to nejspíše neočekávali i u tzv. „dětí štěstěny“ (Kallwas, 2007).

Jeklová a Reitmeierová (2006) upozorňují, že samotné nastavení soudobé společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka, přispívá určitou měrou ke vzniku syndromu. Permanentně prožívaný časový tlak, vedoucí až k rozvoji stresovým poruchám, nízká asertivita, nízké či nestabilní sebepojetí, to vše je jen krátký výčet toho, co nás v životě více nebo méně ovlivňuje.

Jsou i určité profese, které svou náplní práce jsou náchylnější ke vzniku syndromu vyhoření. Ale ani profese samy o sobě nejsou rozhodujícím bodem, o tom, jestli syndrom vznikne nebo ne. Samotné rizikové faktory můžeme rozdělit do dvou skupin: na faktory vnější a vnitřní (Jeklová, Reitmeyrová, 2006)

1.2.1 Vnější rizikové faktory

Vnější faktory se týkají situace a celkového kontextu, ve kterém se daný jedinec nachází. Spadají sem podmínky zaměstnání, organizace, ve které pracuje, různé situace v osobním životě jedince, jeho rodina a širší příbuzenský okruh a také samozřejmě nastavení společnosti, ve které se daný jedinec nachází, a její požadavky na něj kladené (Kallwas, 2007).

Dále Kallwas (2007) také uvádí, že se v oblasti týkající se zaměstnání může na vzniku syndromu podílet například: dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek, nedostatek odpočinku v průběhu práce nebo špatné manažerské řízení, které dostatečně neoceňuje pracovní nasazení jednotlivých zaměstnanců.

Matoušek a Hartl (2010) zase říkají, že na vznik syndromu vyhoření má vliv pracoviště, kde se nevyvíjí zájem a potřeby zaměstnanců a noví zaměstnanci jsou do provozu uvedeni bez jakéhokoliv zaškolení ze strany stálých pracovníků. Kde je také vysoká míra soutěživosti a kde je silná byrokratická kontrola chování zaměstnanců či klientů. Míra rizika stoupá i na pracovištích, kde nemají zavedenou supervizi a

pracovníci tak nemají možnost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při své činnosti narazili, a tudíž nemají možnost, jak případně danou situaci vyřešit.

Budeme-li mluvit o konkrétním typu zaměstnání, můžeme říci, že se s ním setkáváme především u pracovníků, kteří profesionálně přicházejí do kontaktu s jinými lidmi. Dle doc. Jankovského (2003) syndrom vyhoření vzniká důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi. Uvádí tzv. pomáhající profese, kam spadají např. zdravotníci, sociální pracovníci, policisté a další.

Jeklová a Reitmeyrová (2006) popisují vnější faktory v oblasti rodiny, kde jde zejména o zátěžové situace, kdy se například objeví dlouhodobá nemoc jednoho z členů nebo neutěšené bytové podmínky. S tímto spojené finanční problémy často vedou ke konfliktům mezi členy rodiny nebo partnery. Tíživé situace v rodině jedince, se pak promítají do jeho společnosti, která neustále zvyšuje tempo a klade na něj vyšší a vyšší nároky. Požaduje, aby jedinec držel tempo s ostatními.

1.2.2 Vnitřní rizikové faktory

Stock (2010) definuje vnitřní rizikové faktory jako určité charakterové vlastnosti každého člověka, které se podílejí na vzniku syndromu vyhoření stejně jako vnější faktory. Jedná se například o jedince, který klade důraz na soutěživost a hostilitu. Nebo o jedince, jenž má vysokou mírou empatie spojenou s nízkou schopností asertivního chování. Takový jedinec má pak velké požadavky na výkon a perfekcionistické rysy (Stíbalová, 2010).

Podle Křivohlavého (1998), jsou to typy lidí, kteří do zaměstnání nastupují s velkými očekáváními. Jsou soutěživí. Práci odvádějí vždy na sto procent, často zůstávají přesčas nebo si práci berou domů.

Jeklová a Reitmeyrová (2006) vidí vyšší míru rizika vzniku syndromu vyhoření v osobnostech, které mají až příliš velké nadšení do práce. Při práci tyto osobnosti mají vysokou emoční angažovanost. Obtížnost vlastních životních podmínek vnímají subjektivně. Často vykazují nízké sebehodnocení a těžko snášejí neúspěch. Dále pak jako výrazné faktory můžeme vnímat kladení si příliš vysokých nároků na sebe sama, neschopnost říci ne nebo snaha udělat si všechno sám a nikoho nepožádat o pomoc.

Z výše uvedeného textu je jasně patrné, že čím více faktorů se kumuluje a střetává, tím větší je riziko vzniku syndromu vyhoření.

1.3 Průběh a fáze syndromu vyhoření

1.3.1 Průběh syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření můžeme chápat jako určitý stav, který vzniká v důsledku celé řady okolností, nebo také jako proces trvající řadu let a probíhající v několika různých etapách (Stock, 2010).

Většina autorů i Stock (2010) ve svých dílech vývoj syndromu řadí do jednotlivých fází. Existuje několik modelů vývoje. Jeden ten jednodušší se skládá pouze ze tří fází, a ten složitější se skládá z dvanácti fází, které se vzájemně překrývají a nelze je proto jednoznačně ohraničit.

Dle L. Leangla (in Křivohlavý, 1998) lze syndrom vyhoření členit na fázi nadšení, kde jedinec se pro něco nadchl. Má konkrétní cíle, které si chce splnit. Veškeré své jednání a rozhodnutí považuje za smysluplné. Hlavním tématem této fáze je smysluplnost.

Druhou fázi Leangl (in Křivohlavý, 1998) nazval fáze vedlejšího zájmu. Člověk už není motivován svou vlastní píli ani samotným cílem, který měl od začátku. Motivací se staly prostředky, které za danou práci dostává. Je tedy zřejmé, že žádoucím se stal vedlejší produkt. V důsledku toto jedinec přestává být tím, kým chtěl být, čeho chtěl dosáhnout. Přesto všechno v zaměstnání nadále funguje, jeho nadšení však pohasíná.

Třetí fází je fáze „život v popeli“. Zde jedinec došel do bodu, kdy ztrácí úctu k ostatním lidem. Úctu nemá ani ke klientům, nerespektuje, považuje je za věcí zbytečnosti. Postupně ztrácí úctu i k sobě samému. Vše pak vyvrcholí ztrátou smyslu života (Leangl in Křivohlavý, 1998)

Edelwich a Brodsky (in Peterková, 2015) popisují fáze vývoje syndromu vyhoření takto:

- **nadšení** - začínající pracovník srší elánem, má velká, někdy i nerealistická očekávání. Dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí, zanedbává volnočasové aktivity.

- **stagnace** - počáteční nadšení uvadá, dotyčný se ve své profesi už trochu zorientoval a zjistil, že má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Rovněž se už začíná ohlížet i po jiných, než jen pracovních věcech. Začíná brát v potaz osobní potřeby, koníčky.
- **frustrace** – jedince začínají zajímat otázky efektivity a smyslu vlastní práce, protože se opakovaně setkal s nespolupracujícími klienty, technickými a byrokratickými překážkami. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže.
- **apatie** - přichází po dlouhodobější frustraci. Mnozí lidé se potýkají s tzv. HH-syndromem charakterizovaném bezmocností a beznadějí („HH“ z angl. helplessness & hopelessness). Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí, a odmítá jakékoli novinky a rozhovory se spolupracovníky. Klienty se často cítí být obtěžován.
- **vyhoření** - jako poslední nastává období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (pocit ztráty sebe, vnímání sebe jen jako kolečka ve stroji atp.), pocitu ztráty smyslu života.

1.3.2 Jednotlivé příznaky syndromu vyhoření

Schmidbauer (2008) přepokládá, že jedním z prvních signálů syndromu vyhoření je příliš velká angažovanost. Jedinci již ve stavu vyhoření pracují neustále a nepřipouštějí si žádné negativní pocity. Z pohledu těchto jedinců je práce naprosto uspokojující. Takové přesvědčení způsobuje, že si tito jedinci nepřipouští, že by potřebovali nějaké zotavení. Vědomě se pak vzdávají jakékoliv relaxace či uvolnění. Své pracovní nasazení pokládají za příkladné.

Přestože symptomy mohou být podobné, každý jedinec je subjektivně vnímá jinak. Příznaky syndromu vyhoření můžeme rozdělit do tří skupin a to podle úrovně, ve které se zpravidla objevují. Jde o psychickou úroveň, fyzickou úroveň a úroveň sociálních vztahů (Rush, 2004).

1.3.3 Příznaky na psychické úrovni

Nejvíce demonstrativní bývá emocionální vyčerpanost. U afektů a pocitů je snížená jejich intenzita. Člověk jako by nedokázal cítit lásku nebo nenávist, smutek nebo radost, zlobu. Pocitové vnímání je tak maximálně utlumeno (Kallwass, 2007).

Kebza a Šolcová (2003) zase uvádí, že po pocitové stránce dominuje pocit dlouhého a namáhavého úsilí trvající příliš dlouho a výsledná efektivita snažení v porovnání se snahou je nepatrná. I celkové ladění je převážně negativní. Často se totiž objevují pocity smutku, frustrace, beznaděje bezvýchodnosti. Spojené s tím je i přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti. Negativní projevy a cynismus se pak prolínají do výkonu povolání a při kontaktu s lidmi. Pokles veškeré kreativity a iniciativy ovlivní práci jedince do takové míry, že dojde k redukci pouze na rutinní činnosti.

Doc. Jankovský (2003) popisuje příznaky na psychické úrovni takto: vyhaslý člověk může dojít k názoru, že situace je až k „uzoufání“ a že neexistuje žádné východisko. Běžné úkoly ho natolik vyčerpávají, že mu už na nic jiného nezbývá energie. Negativní ladění, kterému čím dál více propadá je z počátku namířeno proti lidem okolo. Postupem času se stupňuje a je mířeno vůči sobě samému. Tento stav pak může vést až k myšlenkám na sebevraždu.

1.3.4 Příznaky na fyzické úrovni

Vyčerpání na fyzické úrovni se projevuje chronickou únavou a celkovou slabostí. V důsledku toho jsou lidi trpící vyhořením náchylní k úrazům, selháním i k nejrůznějším onemocněním (Jankovský, 2003).

Mezi další symptomy můžeme zařadit například bolesti hlavy, poruchy spánku, změny srdeční frekvence, dýchací potíže a poruchy. Dochází také k celkovému narušení rytmu a tenze tělesné aktivity. V přímém spojení s tímto je u vyhořelých jedinců zvýšené riziko závislosti (Kebza, Šolcová, 2003).

1.3.5 Příznaky na úrovni sociálních vztahů

V oblasti sociálních vztahů má jedinec ke své práci a ke svému nejbližšímu okolí odosobněný ba až téměř lhostejný postoj. Dochází k postupnému odcizení, což představuje zejména ztrátu cílevědomosti, zájmu a idealismu. Počáteční nadšení z práce slábne. Do popředí se místo něj dostává cynismus. V důsledku toho se klienti stávají přítěží, spolupracovníci jsou na obtíž a nadřízené vnímá jedinec jako potencionální zdroj ohrožení. Byl zjištěn i zvláštní stav odcizení, kdy přezíravý postoj člověka k jeho okolí přerostl až k sarkastickému a agresivnímu chování (Stock, 2010).

Chronická únava a dlouhodobá zátěž se nepříznivě podepisuje i ve vztazích v soukromém životě. Emoční vyčerpanost a starosti z práce si dotyční přináší do osobního života, kde si negativních změn postupem času začíná všímat rodina i přátelé. Byly zjištěny i extrémní případy, kdy došlo k přetrhání všech dosavadních sociálních vazeb a jedinec se tak ocitl v dobrovolné izolaci (Stock, 2010).

Tošner a Tošnerová (2002) také popisují příznaky na úrovni sociálních vztahů a říkají, že u člověka se syndromem vyhoření klesá angažovanost, ubývají snahy pomáhat problémovým klientům, omezuje kontakt a klienty i jejich příbuznými, kontakt s kolegy a častěji se dostává do konfliktů.

1.4 Prevence a léčba syndromu vyhoření

Souhlasím s názorem autora Kalwasse (2007), že v dnešní uspěchané době se většina pracujících lidí odnaučila umění relaxovat, odpočívat, zkrátka jak se uvolnit. Místo toho mají sklon k přepínání se. Bez rozmyslu ne nedbale nakládají se svým energetickým potencionálem. Dojde tak k oboustranné reakci, kdy tělesný stres působí na psychiku a psychický stres naopak na tělo. Symptomy pak naznačují spíše symptomatické poruchy. Aby tedy nedocházelo ke vzniku syndromu vyhoření, musí být tělo i duše v rovnováze.

Celou oblast prevence vyhoření je možné rozdělit do dvou základních skupin. První kategorie nám znázorňuje interní možnosti předcházení syndromu vyhoření, které jsou zaměření přímo na člověka ohroženého tímto syndromem. Druhou skupinou jsou

externí vlivy, ty představují možnosti úpravy vnějších podmínek, které by mohly mít vliv na vznik vyhoření (Pečenková in Křivohlavý, 2009).

1.4.1 Interní možnosti prevence

Dle Křivohlavého (2004) je jeden z prvních činitelů, který napomáhá předcházet vzniku syndromu vyhoření, smysluplný život. Ve skutečném životě to znamená mít pevný a uspořádaný žebříček hodnot. Vědět, co je důležité, co napomůže nejen nám, ale i lidem okolo. Vědět, co je méně důležité, ale nelze to opomenout a pak to nejméně důležité, které lze za určitých okolností naprosto vypustit. S žebříčkem hodnost úzce souvisí stanovení reálného a konkrétního cíle.

Druhým činitelem v prevenci je mít trvalý zájem o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje, a tím, co nám dodává sílu a energii. Zatěžující situace vznikají naším samotným působením ve společnosti, je to tedy něco, o co se starat nemusíme. Naopak o vše, co nám přináší energii a dodává nám sílu, bychom měli usilovat, protože nejsou samozřejmostí (Křivohlavý, 2004).

Krahulová (2010) ve svém článku uvádí, kladný vtah k sobě jako další možnost interní prevence. V praxi jde o tzv. zdravé „já“, na jehož základě pak stavíme reálné sebehodnocení a sebevědomí.

Dle pana psychiatra Kašpara (2013) je jedna z možností prevence tzv. šestistěn. Jde o životní nastavení, kde první stěna (přední) představuje to, na co se těšíme, nějakou životní perspektivu. Druhá stěna (zadní) představuje lidi, o které se můžeme v těžkých chvílích opřít. Třetí stěna (levá), ta je charakterizována přáteli. Čtvrtá stěna (pravá) představuje dobré vztahy na pracovišti. Pátá stěna (podlaha), je stěna stálosti a pevného místa. Poslední, šestá stěna (strop), zde spadají věci, které nás přesahují, jako je láska, víra, umění, duchovno atd. A pan Kašpar zastává názor, že proto, aby člověk nevyhasl, je důležité mít všechny tyto stěny ve svém životě a nikdy nedovolit, aby se zbořily.

Osobní disciplinovanost a pokora také hrají roli v interní prevenci. Myšleno zde ve smyslu uvědomění si svých reálných možností a i své vlastní hodnoty. Měli bychom se naučit na sebe vykonávat takový tlak, který nebude ovlivněný vnějším tlakem a být tak zodpovědný (Jankovský, 2003).

1.4.2 Externí vlivy

Jako jedním z nejdůležitějšího externího vlivu, který pomáhá pracujícím nespadnout do vyhoření, je sociální opora. Sociální oporou je zde myšlena podpora lidí v našem blízkém okolí, rodina, přátelé, spolupracovníky apod. Ukázalo se a ukazuje, že čím má člověk lepší vztahy s ostatními lidmi v okolí, tím má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření, tím méně vykazuje příznaků vyhoření (Bartošíková, 2006).

Pracovní podmínky jsou dalším faktorem, který ovlivňuje psychiku člověka a míru stresu, který na něj působí. Důležité je v pracovní rovině si uvědomit a mít na sebe reálné nároky. Naučit se říkat NE…pohybovat se v rozmezí soucítění a s emocionálním odstupem. Vyvarovat se negativnímu myšlení a v případě potřeby žádat o pomoc spolupracovníky (rvp.cz, 2015)

Neméně důležitý vliv má i vzdělání. Zejména v pomáhajících profesích může pracovník snadno nabýt dojmu, že každý jeho neúspěch či chyba může vést k fatálním následkům. Právě z toho důvodu by mělo být žádoucí, aby během přípravy na budoucí povolání docházelo jak teoretickému vzdělávání, tak i k sebezkušenostnímu výcviku. Právě nabyté zkušenosti během studia znamenají pomoc pro budoucí střety osobnostně podmíněnými potížemi v profesním životě (Schmidbauer, 2000).

1.4.3 Supervize jako prevence

Ve své práci bych také ráda zmínila supervizi jako jednu z možností prevence. Nejen že se v poslední době dostává do povědomí mnoha pracovníků, ale na poli sociální práce získává na důležitosti a potřebnosti.

Supervizi lze brát jako komplexní nástroj pro podporu obou kategorií, tedy jako pro podporu interních možností, které jsou zaměřené na člověka, tak i pro podporu pozitivních externích vlivů. *„Cílem supervize je zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům. Je orientována na podporu kvality práce i vzájemné spolupráce a na učení spojené s praxí.“ (*Šik, 2013)

Jiné pojetí supervize nám dává J. Koláčková. Dle této autorky je supervize celoživotní forma učení, která se zaměřuje na rozvoj kompetencí supervidovaných a na rozvoj jejich profesionálních dovedností. V celé formě je kladen důraz na aktivaci vlastního potenciálu supervidovaných v bezpečném a tvořivém prostředí (Koláčková, 2013).

Hawkins a Shohet (2004) popisují supervizi jako vztah dvou lidí, kde jeden člověk, supervizant, přináší druhému člověku, supervizorovi, příběh, obraz, pocity týkající se třetího člověka (klienta) a podává selektivní, subjektivní zprávy o některých aspektech své práce.

A jakým způsobem je supervize naplňována?? Supervize je naplňována na základě supervizního kontraktu (dohody) mezi pracovníkem či pracovníky a supervizorem, který vytváří mezi zúčastněnými sjednaný a vzájemně respektující vztah, kde obě strany chápou své úkoly, povinnosti a funkce (Koláčková, 2013).

Proč je možné supervizi považovat za jednu z možností prevence? Je to o způsobu a naplnění supervizního setkání. Ať už jde o individuální nebo skupinovou supervizi, supervizor má vždy roli podporovatele. Umožňuje supervidovaným se otevřít a sdělit, s jakou situací se potýkají beze strachu, že poruší mlčenlivost. Napomáhá v komunikaci mezi jednotlivými členy skupiny, reflektuje vlastní práci a vztahy, nachází nová řešení problematických situací a umožňuje tak supervidovaným nalézt znovu stabilitu ve svém životě (Český institut pro supervizi, 2006).

1.4.4 Léčba syndromu vyhoření

Rush (2003) uvádí, že bez ohledu na to, jak jsme motivovaní, nadaní nebo schopní, jsou určité situace, které sami nezvládneme. Hlavně pokud jde o uzdravování ze syndromu vyhoření. Rushova osobní zkušenost se syndromem vyhoření, ho přesvědčila v tom, že čím více se snažil s tímto syndromem bojovat sám, tím více se cítil hůř. Ve své knize se přiznává, že by se bez cizí pomoci nikdy neuzdravil. Syndrom vyhoření se pro něj stal bolestnou zkušeností. Jeho zvládnutí však může mít do budoucna pozitivní dopad na vývoj osobnosti (Rush, 2003). *„Zpracováním problému získá jedinec důležitou zkušenost a naučí se správně používat své zdroje k řešení závažných problémů spojených s tímto syndromem.“* (Maroon, 2012)

Prvním a důležitým krokem v procesu uzdravování je uvědomění si svých hranic. Přehodnotit dosavadní postoje, získat rovnováhu mezi prací a odpočinkem a naučit se relaxovat (Rush, 2003). Důležité je také se udržet v novém směru a nevrátit se do starých kolejí. Je to nelehké období, ale pro znovu zažehnutí plamene zcela zásadní. V tomto období je také důležitá podpora od nejbližšího okolí a rodiny.

Dle slov Hezcka (2000) je také důležité nepřestat věřit, neztratit smysl z věcí, které se doposud osvědčily, jako pevné rodinné zázemí, blízkost přátel a jejich podpory, neobávat se mechanického postupu ani pokrytectví ze strany okolí. Věřit svým vlastním osvědčeným postupům. Protože právě rodina je důležitým faktorem v uzdravování, nemělo se na ní v rámci léčby zapomínat, ale naopak jí zapojit a pracovat s ní v průběhu celého procesu uzdravování. Je to běh na dlouhou trať, kdy vyhořelý ztratil důvěru v sám sebe i ve své schopnosti, kdy pochybuje o smyslu jeho žití a kde vše, co ztratil, musí získat nazpět (Rush, 2004). Léčba je obrovským tlakem na vyhořelého, na jeho blízké okolí, je tedy třeba velké dávky pochopení a lásky.

V případě, kdy syndrom vyhoření dosáhne určité hranice, je třeba vyhledat odbornou pomoc. Základním léčbou syndromu je psychoterapie. V rámci psychoterapie se nejčastěji využívá logoterapie a daseinanalýza (Švingalová, 2006).

1.5 Sociální práce s rodinou

„Láska k rodině je ze všech ušlechtilých lidských citů tím nejčastějším a nejpevnějším a nanejvýš blahodárně působí na život každého z nás.“ (Lev Nikolajevič Tolstoj)

Vymezení pojmu rodina

„Rodina v nejširším pojetí je chápána jako celek rozličných konstelací takové formy života, která obsahuje minimálně dvougenerační soužití dětí a rodičů, má trvalý charakter a vykazuje pevné vazby mezigenerační a vnitrogenerační solidarity. Rodina jako sociální celek spojený na základě příbuzenské mezigenerační vazby je v tomto pojetí ve své podstatě neměnnou sociální institucí, která jako taková existuje v každém

kulturním prostředí a je v něm sociálně uznávána.“ (Národní zpráva o rodině- MPSV, 2004)

Velký sociologický slovník definuje rodinu jako nejdůležitější společenskou skupinu a instituci, která je základním stavebním kamenem sociální struktury i základní ekonomickou jednotkou a její hlavní funkce jsou reprodukce trvání lidského biologického druhu a výchova, respektive socializace potomstva, ale i přenos kulturních vzorů a zachování kontinuity kulturního vývoje.“ (Vodáková, Petrusek, 1996)

1.5.1 Vymezení pojmu sociální práce

Sociální práce je dnes již označována za společenskovědní disciplínu, která je aplikována v praktické oblasti a jejímž cílem je odhalování, zmírňování, vysvětlování a řešení sociálních problémů, jako je např. chudoba, nezaměstnanost, diskriminace určitých skupin (Matoušek, 2013a). Cílem sociální práce dle Navrátila (2001) je podpora sociálního fungování klienta v takových situacích, kdy je tato potřeba vyjádřena jednotlivcem nebo i celou skupinou. Americká národní asociace sociálních pracovníků vidí cíl soc. práce v profesionální aktivitě, která je zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnosti sociálního fungování.

A jak se liší sociální práce od ostatních pomáhajících profesí? Společným znakem je poskytování pomoci lidem v obtížných životních situacích. Odlišujícím znakem sociální práce je, že se především zabývá interakcemi mezi člověkem a jeho sociálním prostředí. Pomoc je zaměřena hlavně na dosahování rovnováhy mezi očekáváním daného sociálního prostředí, tedy prostředí, ve kterém lidé uspokojují své potřeby a jejich schopnosti toto očekávání zvládnout (Musil, 2004). V praktické rovině, jak uvádí Musil (2004), může být cílem sociálního pracovníka pomoci člověku s fyzickým postižením, který chce žít sám ve vlastním bytě a překonat tak, omezení své soběstačnosti a také, aby mírou nesamostatnosti nenarušoval běžný život okolní společnosti. Za takovýchto podmínek je od sociálních pracovníků očekáváno, že budou pomáhat klientovi překonávat nejrůznější překážky. Podporovat rovnováhu mezi klientem a jeho sociálním prostředí, která je dána komplexem různorodých okolností.

Tyto okolnosti ve svém souhrnu pak podávají specifický obraz klientovi životní situace. Mezi okolnosti spadají jak charakteristiky jedinců nebo skupin, tak charakteristiky prostředí, ve kterém daní klienti žijí (Musil, 2004).

1.5.2 Sociální práce v kontextu fungování rodiny

Přestože jsme si výše definovali pojmy rodina a sociální práce, tak definice sociální práce s rodinou jako takové dodnes nemá ustálenou a platnou verzi. Lze tedy na ní nahlížet z několika perspektiv, které kopírují vývoj soc. práce jako vědního oboru (Matoušek, 2013a). Matoušek (tamtéž) vzhledem ke kritériím cílové skupiny řadí tuto práci společně se soc. prací se skupinou do tzv. mezzo praxe, která odpovídá střední úrovni sociální práce.

Dle Smutkové (2007) je potřeba chápat sociální práci s rodinou ve dvou rovinách. V první rovině je rodina brána jako sociální prostředí klienta. Celá sociální práce je pak zaměřena na zmírnění nebo odstranění vzniklých problémů prostřednictvím rodinného systému. Druhá rovina představuje rodinu, jako jednoho klienta sociální práce. Z toho tedy vyplývá, že se práce zaměřuje na změnu fungování rodinného systému nebo na adaptaci rodiny na nové podmínky. Ať už se jedná o první nebo druhou rovinu, sociální práce s rodinou je složitý a náročný proces, do kterého vstupuje mnoho proměnných.

Při sociální práci je důležité brát rodinu jako celek. A tak jako každý celek má své aspekty, tak i rodina má řadu aspektů. Aspekty v sociální práci s rodinou napomáhají k porozumění vztahů v dané rodině. Prvním z takových aspektů je kulturní orientace rodiny. Tento aspekt nám předkládá, jaký hodnotový systém rodina zastává, jaké jsou výchovné vzorce v rodině a kdo je do rodiny započítáván. Druhým aspektem jsou rodinné hodnoty, které fungují jako vodítko, podle kterého rodina reguluje své chování. Transgenerační vazby jsou třetím aspektem. Jde o přenášení souboru očekávání z původní rodiny do rodiny prokreační (do rodiny, kterou jsme založili). V praktickém smyslu jde o nápravu nebo o znovuprožití dětských traumat (raných psychických úrazů). Čtvrtým aspektem je struktura rodiny. Ta nám poodkrývá vzniklé subsystémy, které vznikly v rámci rodiny (jednotlivci, dyády- manželské, rodičovské). Pátým aspektem jsou interakční vzorce rodiny. Interakce nám umožňují najít ve vztazích rodiny určité stereotypy, které jsou na bázi rituálů (např. společné jídlo) nebo fixují

rodinné problémy. Posledním konceptem je vývojový cyklus rodiny. Každá rodina si prochází určitými vývojovými stádii. Cyklus začíná seznámením partnerů a většinou končí smrtí jednoho z nich. Jednotlivá stádia pak definuje přítomnost a věk dětí. Přechody mezi jednotlivými stádii jsou náročné události pro celou rodinu (Matoušek, 2013a).

Zmiňované aspekty rodinu sociálnímu pracovníkovi přibližují a pomáhají mu orientovat se v ní. S aspekty se však sociální pracovník seznámí až při bližší spolupráci s rodinou. To s čím se setká poprvé je to, že rodina v určitých věcech nefunguje. Potýká se totiž s problémy, které pramení z nenaplňování základních funkcí rodiny. Lovasová (2006) uvádí jako základní funkce rodiny funkci reprodukční, kde rodina stále představuje základní jednotku plození nové generace. Ekonomickou funkci, ta má představovat hmotné zajištění rodiny. Třetí základní funkcí je funkce socializační. Rodina učí děti chovat se ve společnosti, pomáhá jim se do ní zařadit a poznávat danou kulturu. A poslední základní funkcí je emociální funkce. Tato funkce zajišťuje citové zázemí pro všechny členy rodiny. Rodina se pak podle míry naplnění funkcí dělí na: rodinu funkční, problémovou, dysfunkční a afunkční (Levická, 2004).

V každém výše zmíněném aspektu rodiny může pak dojít v rámci sociální práce ke konfliktu mezi rodinou a sociálním pracovníkem nebo mezi rodinou organizací poskytující rodině sociální službu. Avšak kromě aspektů dané rodiny vstupuje a případně podněcuje konflikt dalších mnoho proměnných, jako je například vztah sociálního pracovníka, který je určen především institucionálním rámcem, nebo situace, za jaké se rodina dostala do daného zařízení (Mühlpachr, 2008). A přestože se sociální pracovníci řídí vlastním etickým kodexem, Listinou základních práv a svobod, Úmluvou o právech dítěte, trestním zákoníkem atd., vyvstávají stále nová a nová etická dilemata, a tudíž tak jako lidské chování a myšlení nemá jasné hranice, tak ani sociální práce s rodinou nemůže mít jasně definované hranice.

1.6 Azylové domy pro matky s dětmi

Azylové domy podle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Navrátilová (in Matoušek, 2013b, s. 428) v encyklopedii Sociální práce definovala azylové domy pro matky s dětmi takto: *„Azylové domy pro matky s dětmi jsou v současné době chráněnými bytovými jednotkami, které poskytují matkám a jejich dětem dočasné bezpečné útočiště v jejich těžké životní situaci spojené se ztrátou bydlení. Zařízení slouží k jejich ochraně a podpoře sociálního fungování. Azylové domy pro matky s dětmi mají jeden základní charakter, a tím je jejich přechodnost.“*

V rámci pobytu je rodině poskytnuto ubytování, nabízená pomoc při uplatňování jejich práv a také pomoc při obstarávání osobních záležitostí, spjatých s řešením sociální situace. Dále pracovníci těchto zařízení poskytují klientům různé aktivity, které mají pomoci zvýšit jejich kompetence např. v oblasti péče o dítě, péče o domácnost, finanční hospodaření, atd. Tato činnost je orientována, aby se žena či muž, po nezbytně dlouhé době, strávené v azylovém domě pro matky s dětmi, navrátili spolu s dětmi do běžného života. Sociální služba poskytovaná v Azylových domech pro matky s dětmi je placená (charita.cz, 2015).

Poskytovaná sociální služba v Azylových domech pro matky s dětmi je z hlediska historického mladá služba. První zmínky o ochraně dětí a mládeže pochází z dob Rakousko- Uherského císařství, kdy byl vydán obecný zákon občanský, který dětem zabezpečoval nároky na výživu a výchovu. Na našem území v počátcích 20. let sehrály velkou úlohu sirotčince a spolky na ochranu matek a dětí. Během toho 20. století se jednotlivé různě spojovaly a plnily různé funkce. V té době jako řídící orgán ochrany matek a dětí fungovaly zemské komise, které v jednotlivých krajích měly své odbory. Vlivem fašismu a komunismu byla u nás sociální práce utlumena, mnoho zařízení na ochranu a podporu matek s dětmi bylo zrušeno. Až po roce 1989 vznikla řada azylových zařízení pro matky s dětmi. Jejich zřizovateli u nás jsou obce, církve nebo nestátní neziskové organizace (Navrátilová in Matoušek, 2013b).

Azylová zařízení jsou zřízena pod zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Některá z nich proto mají v rámci svého zařízená tzv. krizová lůžka. To znamená místa,

kde mohou matku s dětmi vzít ihned, bez podání přihlášky. Krizová lůžka jsou však nabízena jen v případě situace, vyžadující okamžitou intervenci, to je například v případě domácího násilí nebo bezprostřední ztráty bydlení (proximasociale.cz, 2015). V rámci výše zmíněného zákona jsou pracovníci azylového domu povinni s klientem sestavit individuální plán. V individuálním plánu se zohledňuje situace klienta a hledají se řešení současné životní situace. Smyslem plánu je motivace klientů.

Současný systém azylových zařízení pro matky s dětmi vychází z koncepce ochrany dítěte. Zatímco azylová zařízení v některých zemích poskytující ochranu matkám a jejich dětem vycházejí spíše z myšlenky ochrany proti bezdomovectví dětí (Navrátilová in Matoušek, 2013b).

1.6.1 Služby poskytované v azylovém domě pro matky s dětmi

Organizace azylového domu pro matky s dětmi nabízí službu dle § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy – vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc při přípravě stravy
- poskytnutí ubytování po dobu zpravidla nepřevyšující 1 rok- umožnění celkové hygieny, vytvoření podmínek pro zajištění úklidu, výměny ložního prádla
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí- pomoc při vyřizování běžných záležitostí vyplývajících z individuálních plánů, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, včetně uplatňování zákonných nároků a pohledávek

Organizace mohou poskytovat také další činnosti, jako např.:

- sociálně- právní ochrana dětí dle zákona č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně děti v platném znění
- materiální pomoc
- volnočasové aktivity pro matky/otce s dětmi

- duchovní vedení (Standarty kvality služeb. Interní dokument Domova pro matky a otce v tísni ve Znojmě, 2009)

1.6.2 Principy uplatňované v rámci azylového domu

Personální zajištění v azylových domech tvoří sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách neboli tzv. instruktoři, údržbář, dále pak externí pracovníci jako je supervizor, psycholog a dobrovolníci. Všechen tento personál je povinen řídit se interními etickými principy daného zařízení, mezi něž spadá například princip integrace, který směřuje k získání samostatnosti uživatele a nezávislosti na sociálním systému nebo princip rovného přístupu, kde žádný uživatel není preferován. Individuální přístup k uživateli je další z principů, který respektuje fyzické i osobnostní možnosti každého člověka, pracovníci musí reagovat na aktuální možnosti uživatele. Z posledních principů jsou tolerance a respektování, které zavazují pomoc lidem v nouzi (Standardy kvality služeb. Interní dokument Domova pro matky a otce v tísni ve Znojmě, 2009).

Sociální pracovníci jsou vázáni kromě interních etických principů ještě Etickým kodexem sociálních pracovníků, který zakládá sociální práci na demokratických principech, lidských práv a sociální spravedlnosti. A přijetím etického kodexu se sociální pracovníci zavazují k dodržování etických zásad nejen při jednání s klienty, ale i vůči svému zaměstnavateli, kolegům, společnosti, ve vztahu ke své práci a odbornosti (Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

Cíle práce

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat hlavní faktory způsobující syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v azylových domech pro matky s dětmi.

Dílčím cílem je zjistit zda jsou sociální pracovníci ohroženější syndromem vyhoření než pracovníci v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi.

Výzkumné otázky

Pro splnění výše uvedených cílů jsem si stanovila následující výzkumné otázky:

- Jak se sociální pracovníci orientují v problematice syndromu vyhoření?
- Liší se faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi?
- Co využívají sociální pracovníci jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?

3 Metodika

3.1 Použitá metoda a technika sběru dat

Vzhledem ke zvolenému cíli a cílové skupině, na kterou je celý výzkum zaměřen, jsem se rozhodla pro strategii kvalitativního výzkumu. Tato strategie není výdobytkem současného století. Dle názoru autora Miovského (2006) si kvalitativní výzkum prošel třemi hlavními vývojovými fázemi. V první byl nedílnou součástí psychologie, ve druhé se stal symbolem nevědecké podoby psychologie a ve třetí fázi byl znovu rehabilitován na základě nových poznatků tehdejší doby. A přestože byl kvalitativní výzkum použit v praxi už mnohokrát a má dlouhou historii, dodnes vlastně nemá jednotnou definici, tudíž na poli vědy panuje velká terminologická rozrůzněnost v definování. Ale například Švaříček (2007) definuje kvalitativní přístup jako proces zkoumání jevů a problémů v jejich autentickém prostředí. V rámci výše popsaného výzkumu jsem použila metodu dotazování a techniku polostrukturovaného rozhovoru, která jak uvádí Miovský (2006), má možnost měnit pořadí otázek k získání maximální výtěžnosti z rozhovoru.

Jednotlivé otázky jsem seřadila do tří okruhů. Okruh 1 obsahuje informace o povědomí o syndromu vyhoření, jaké má příznaky, čím se vyznačuje jeho průběh a jak probíhá léčba. Dále tento okruh směřuje k odpovědi na první výzkumnou otázku. Okruh 2 směřuje k odpovědi na druhou výzkumnou otázku. Jsou v něm obsažené informace o rozvržení dne pracovníků, o jejich spokojenosti s výši platu a pracovním kolektivem, postoje k navráceným uživatelům a k jejich sociální situaci a také to jak zvládají případné konflikty. Třetí, poslední okruh otázek směřuje k odpovědi na třetí výzkumnou otázku. A shromažďuje informace o relaxačních technikách, využívání supervize a co pracovníci vnímají jako prevenci před syndromem vyhoření. Dílčí otázky v jednotlivých okruzích se liší s ohledem na to, jestli jsou určené sociálním pracovníkům nebo pracovníkům v sociálních službách, (Příloha 1) a (Příloha2).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor představují pracovnice (sociální pracovnice a pracovnice v sociálních službách) z azylového zařízení Domov pro matky a otce v tísni ve Znojmě a pracovnice z Azylového domu pro matky s dětmi v Českých Budějovicích, Jeslová a azylová zařízení v Českých Budějovicích, p. o.

Základním výběrovým souborem byly všechny pracovnice v azylovém zařízení ve Znojmě i v Českých Budějovicích. Podmínkou výběru pro výběrový soubor byla v první fázi pracovní pozice, a to sociální pracovnice nebo pracovnice v sociálních službách. Ve druhé fázi byla podmínkou ochota pracovnic spolupracovat. Konečným výběrovým souborem je 10 komunikačních partnerek. Z konečného výběrového souboru je 7 pracovnic z azylového zařízení ve Znojmě a 3 pracovnice z azylového zařízení v Českých Budějovicích. Pro přehlednost prezentuji konečný výběrový soubor v tabulce č. 1.

Tab. č. 1 ***Bližší specifikace konečného výběrového souboru***

Komunikační partner	Pohlaví	Věková kategorie	Pracovní pozice	Doba působení v zařízení
KP1	žena	30 – 49 let	soc. pracovnice	11 let
KP2	žena	30 – 49 let	soc. pracovnice	4 roky
KP3	žena	18 – 29 let	soc. pracovnice	2 roky
KP4	žena	18 – 29 let	pracovnice v soc.	1 rok
KP5	žena	30 – 49 let	pracovnice v soc.	2 roky
KP6	žena	30 – 49 let	pracovnice v soc. službách	3 roky
KP7	žena	30 – 49 let	pracovnice v soc. službách	6 let
KP8	žena	30 – 49 let	pracovnice v soc. službách	5 roků
KP9	žena	18 – 29 let	pracovnice v soc. službách	3 roky
KP10	žena	18 – 29 let	pracovnice v soc. službách	2 roky

Zdroj: Vlastní výzkum

3.3 Vlastní realizace výzkumu

Začátkem zimního semestru v akademickém roce 2013/2014 jsem se e-mailem spojila s vedoucí pracovnicí Domova pro matky a otce v tísni ve Znojmě s dotazem o umožnění individuální praxe v domově. Na základě emailové korespondence jsme si domluvily schůzku v zařízení. Zde jsme si s paní vedoucí upřesnily termíny nástupu na praxi a mé důvody absolvování téhle praxe. Právě jedním z důvodů výběru bylo již vybrané téma bakalářské práce, ale také osobní zájem o tuhle problematiku.

Praxi jsem v zařízení absolvovala v termínu 14. 4. - 25. 4. 2014. Během těchto dní jsem paní vedoucí více představila svou vizi o výzkumu k bakalářské práci. Také jsem dostala příležitost požádat ostatní pracovnice, aby se účastnily výzkumu, na poradě, která byla pro tento účel svolána. Poté co jsem s pracovnicemi domluvila na účasti na výzkumu, sestavila jsem otázky, které jsem s paní vedoucí zkonzultovala. Na základě doporučení od paní vedoucí jsem dvě otázky přidala a jednu pozměnila.

Pracovnice druhého zařízení jsem kontaktovala e-mailem v prosinci 2014, ke komunikaci však tento měsíc nedošlo. O znovu kontaktování jsem se pokusila v lednu následujícího roku. Zde už jsem si s vedoucí zařízeni sjednala schůzku, na které jsem jí představila vizi výzkumu a společně jsem se domluvily na dalším postupu.

Samotné rozhovory s pracovnicemi probíhaly v měsících leden – květen 2015. Před každým rozhovorem jsem se vždy s pracovnicí sešla, abych se ujistila, že s výzkumem nadále počítá, také jsem se ptala, kde by chtěla, aby rozhovor probíhal, a kde se cítí dobře. Jednala jsem tímto způsobem, protože samotné téma výzkumu u každého pracovníka vyvolával nepříjemné pocity, i když jsem jim sdělila, že otázky nejsou nikterak zaměřené diagnosticky. Už v této fázi jsem zjistila, že rozhovory nebudu moci nahrávat na diktafon, protože pracovnice z obou zařízení měli špatné zkušenosti a nepřáli si tudíž být nahrávány. Domluvila jsem s nimi, že jejich odpovědi budu zaznamenávat na papír, a zároveň jsem je informovala o možnosti větších časových prodlev mezi jednotlivými odpověďmi.

Každý rozhovor začínal stejně, mým představením, představením mého oboru a výzkumu, proč zrovna tento výzkum a k čemu výzkum bude sloužit. Samozřejmostí bylo i potvrzení, že výzkum je anonymní. Poté jsem vždy pracovnicím nechávala prostor pro případné otázky nebo pro ujasnění některých informací.

S pracovnicemi z Domova pro matky a otce v tísni ve Znojmě jsem rozhovory absolvovala v jejich zařízení v kancelářích, pouze s jednou sociální pracovnicí jsem se sešla v místní kavárně. Zajímavostí u pracovnic v sociálních službách v tomto zařízení bylo, že chtěly rozhovor vést v době jejich nočních směn, tedy běžně kolem 10. hodiny večer. Zpočátku jsem měla obavy z udržení pozornosti na obou stranách, ale tyto obavy se nepotvrdily. Sled otázek byl u každého rozhovoru jiný. Žádné komunikační bariéry během rozhovorů nenastaly. Rozhovory trvaly do 60 minut.

Setkání s pracovnicemi z druhého zařízení Azylový dům pro matky s dětmi v Českých Budějovicích, Jeslová a azylová zařízení v Českých Budějovicích, p.o. , probíhalo obdobně jen s tím rozdílem, že jsem s nimi rozhovory dělala mimo zařízeni. Začátek samotného rozhovoru byl stejný. Protože jsem se s pracovnicemi neznala tak jako s pracovnicemi ve Znojmě, pověděla jsem jim více o sobě, o tom co mě baví, proč studuji takový obor atd. Snažila jsem se tak vytvořit přátelskou atmosféru a také prostor k otevřeným a upřímným odpovědím. I zde byl sled otázek pozměněn u každé pracovnice, podle jejích odpovědí. Přes počáteční nervozitu na obou stranách, rozhovor plynul bez problému. Délka rozhovorů se lišila, ale přibližně to bylo kolem 90 minut.

Na konci rozhovoru jsem všem poděkovala za ochotu a vstřícnost. Znovu jsem je ujistila o anonymitě celého výzkumu. Následně jsem se rozloučila a odešla.

3.4 Způsob zpracování výsledků

Získaná data byla zapisována do záznamového archu, po předchozí domluvě s komunikačními partnerkami. Každý arch byl rozdělen do tří okruhů, první směřoval k zodpovězení první výzkumné otázky a následující dva na zbývající dvě výzkumné otázky. Po sesbírání dat následovalo jejich třídění a analyzování, při kterém mi pomáhalo barevné značení. Pro analýzu stěžejních výsledků jsem využila metodu vytváření trsů, která dle Miovského (2006) slouží k tomu, abychom seskupili určité výroky do skupin, např. dle rozlišení určitých jevů, místa, případů atd. Společným znakem vytvořených trsů je v mém případě tématický překryv – vyhledávala jsem ve výrocích osob všechny takové pasáže, které se týkaly jednoho úzce ohraničeného tématu. Konečné výsledky jsou shrnuty a prezentovány podle okruhů v jednotlivých podkapitolách v následující kapitole Výsledky.

4 Výsledky

Kapitola s výsledky je rozdělená do tří základních oblastí, a to podle souvislosti s danou výzkumnou otázkou. V každé oblasti jsem prezentaci výsledků pro větší přehlednost rozdělila do čtyř podkapitol – přehled odpovědí na uzavřené otázky z rozhovorů prezentované v tabulce, dále interpretuji detailně výsledky všech položených otázek, následují zachycené trsy v dané oblasti, a na konci vždy uvádím krátké přehledné shrnutí.

4.1 Výsledky okruhu otázek vztahující se k první výzkumné otázce

V první podkapitole zde prezentuji tabulku odpovědí na uzavřené otázky, které byly pro všechny komunikační partnerky stejné (tzn. sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách), ve druhé podkapitole detailněji zpracovávám výsledky rozhovorů. Ve třetí podkapitole zaznamenávám zachycené trsy vztahující se k této výzkumné otázce a poslední podkapitola obsahuje shrnutí k získaným výsledkům.

Z tabulky č. 2, která se nachází na následující stránce, je zřejmé, že všechny komunikační partnerky, tzn. sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách odpovídaly na uzavřené otázky shodně, a to že o syndromu vyhoření již slyšely, znají jeho průběh, fáze i rizika. Rozdílnost se ukázala až v míře informací o problematice syndromu vyhoření (viz. podkapitola Interpretace výsledků z prvního okruhu).

Tab. č. 2 ***Přehled uzavřených otázek z prvního okruhu***

Komunikační partner	Slyšela jste už někdy o pojmu SV?	Znáte jeho rizika?	Víte, jak se projevuje?	Slyšela jste o fázích SV?	Znáte průběh SV?
KP1- SP	ano	ano	ano	ano	ano
KP2- SP	ano	ano	ano	ano	ano
KP3- SP	ano	ano	ano	ano	ano
KP4- PSS	ano	ano	ano	ano	ano
KP5- PSS	ano	ano	ano	ano	ano
KP6- PSS	ano	ano	ano	ano	ano
KP7- PSS	ano	ano	ano	ano	ano
KP8- PSS	ano	ano	ano	ano	ano
KP9- PSS	ano	ano	ano	ano	ne
KP10- PSS	ano	ano	ano	ano	ano

Zdroj: Vlastní výzkum

4.1.1 Intepretace výsledků z prvního okruhu

Slyšela jste už někdy o pojmu syndromu vyhoření?

Všech 10 komunikačních partnerek odpovědělo na tuhle otázku ANO. KP1 svou odpověď rozvedla i na místo a dobu, kdy se s tímto pojmem poprvé seznámila… „*Syndrom vyhoření jsme probírali už na střední škole v předmětu psychologie. Učitel ho nám tehdy přirovnal ke stavu, kdy je prázdná lednička a my máme hrozný hlad.“* KP2 porovnávala syndrom vyhoření dříve a teď… „*O syndromu vyhoření jsem slyšela, to ano, ale mám pocit, že to co o něm slýchám dnes, není to, co se o něm říkalo dříve.“* Na otázku, zda-li by svou odpověď mohla rozvést reagovala: „*Nevím, jak to přesně říci, ale dnes je SV jako přechodný stav u člověka, prostě něco normálního. Za to dříve to byla nálepka pomale stejná jako duševní onemocnění.“* KP7, aby napomohla k přátelštější atmosféře, odpověděla takto: „*Jasně, že jsem slyšela o tomhle syčákovi. Je pořád někde*

kolem nás a obchází a čeká, až mu podlehneme. Ale já se nedám, já vím jak na něj. Teda tuším, jak na něj… Tuším?" Ostatní komunikační partneři na otázku odpověděli pouze ano a dál svoji výpověď nechtěli rozvádět.

Víte, jaká jsou rizika? Z čeho syndrom vyhoření vzniká?

Komunikační partnerky 1,2, 3, 5, 6, a 7 se v rizicích shodly. Hned KP1 v rozhovoru uvedla**…**… *„rizika jsou různá. Například už jenom druh naší práce je samo o sobě riziko. Pracujeme s lidmi a to je vždycky riziko."* Na otázku z čeho syndrom vyhoření vzniká, hledala chvíli odpověď a poté řekla: „*Vzniká z nás, z našeho postoje a způsobu, jakým se díváme na svět." KP3* oproti tomu zastává opačný názor… „*vzniká tehdy, když nefunguje pracovní zázemí, když všichni jedou sami za sebe a nekomunikují mezi sebou."*

Komunikační partnerka 4 vysvětlovala rizika na základě toho, jak rozumí pojmu syndromu vyhoření „*Jde o pocit vyčerpanosti, ztráty energie a nechuť komunikovat s lidmi. Dochází k němu, když si pracovník bere příliš osobně situace uživatelů. Rizika jsou tehdy hlavně v našem emočním naladění. A vzniká tehdy, když už své emoce nezvládáme."*

Komunikační partnerky KP8, KP9, KP10 uváděly i toto: *„Vzniká z nedostatku odpočinku," „vzniká z přepracovanosti,"* a *„vzniká z dlouhodobého stresu."*

Víte, jak se projevuje? Jak si myslíte, že se chovají lidé, kteří trpí tímto syndromem?

Téměř všechny komunikační partnerky se shodly na projevech syndromu vyhoření a nejčastěji uváděly následující: únava, nesoustředěnost, bolesti hlavy, cynismus a apatie.

Dotazovaná KP3 si myslí, že příznaky syndromu vyhoření jsou: *„únava, stres, podrážděnost, bolesti těla, sklíčenost*" a že se lidí chovají jako *vyměnění, není s nimi rozumná řeč a na vše reagují podrážděně.*

Komunikační partnerky 6 a 7 se shodovali ve svých výpovědích ve třech příznacích a to v *„únavě, apatii a ztrátě energie." KP6* si však myslí, že lidé s tím syndromem se

chovají *spíše zpomaleně,* zatímco KP7 si myslí, že *tito lidé jednají spíše agresivně, výbušně.*

KP9 na otázku, jak se podle ní chovají lidé se syndromem vyhoření, mi odpověděla: *„Víte, já si myslím, že jsou bez zájmu, zklamaní a pak podle toho reagují nevlídně.“*

Znáte průběh tohoto syndromu? Slyšela jste o fázích syndromu vyhoření?

První komunikační partnerka zná průběh syndromu vyhoření… „*o fázích syndromu vyhoření jsem četla i v nějaké literatuře, myslím, že autorem byl Kopřiva, ale název, to nevím.*“ KP2 tako odpověděla, že zná průběh a vyjmenovala tyto fáze: *„nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření.*

KP3 mi na otázky odpověděla „*člověk je nadšený z práce, poté to nadšení padá, pokud se nesnaží provádět prevenci proti vyhoření. Tento se stav se pak může prohlubovat, až na konec dojde k úplnému vyhoření.“*

Komunikační partnerky 4,6 a 7 na obě otázky odpověděly ano. Při doplňující otázce, zda-li by nemohly nějakou fázi uvést nebo zkusit nastínit průběh syndromu, odpovídaly velice podobně a to *„průběh je u každého jiný,“ „fáze jsou asi tři nebo čtyři.“*

Nyní se vrátím zpět ke KP5, která znala průběh syndromu a popsala ho následovně: *„nejdříve je člověk nadšený z práce a poletech po částech odmírá, začíná u něj frustrace a nakonec má syndrom vyhoření. Je to dlouhodobý proces.“* K otázce o fázích se mi vyjádřila: *„ano slyšela, nadšení, vystřízlivění, apatie a pak nastává syndrom vyhoření.“*

Komunikační partnerka 10 v rozhovoru uvedla: *„průběh syndromu znám, má to degradující směr a fáze jsou myslím čtyři nebo pět.“*

Jak si myslíte, že probíhá léčba syndromu vyhoření?

Podle názoru první komunikační partnerky léčba probíhá „*za pomocí psychologa a je důležitá prevence.“* KP2 shledává cestu léčby *v „psychoterapii*.“ Odpověď komunikační partnerky 3 jsem shledala nejzajímavější, a proto jí uvádím v doslovném znění, které zní: „*Myslím si, že nejdříve by měl tento člověk začít u sebe a vše si srovnat a znovu projít. Měl by si udat nové ambice a cíle, kterých by chtěl dosáhnout v tomto*

zaměstnání, aby měl motivaci. Když by ani toto nepomohlo, tak pak vyhledat nějakou odbornou pomoc a nebo úplně změnit zaměstnání.“

KP4 se již setkala s lidmi, kteří měli syndrom vyhoření a na základě této zkušenosti uvedla: „*Nejlepší léčbou je změnit zaměstnání, naučit se relaxovat a věnovat se sobě samému.“* Další dotazovaná KP5 ve své výpovědi souhlasí s předešlými komunikačními partnerkami a to ve změně zaměstnání, dále však dodala „*v léčbě mi mohla pomoci i změna cílové skupiny.“* I KP6 vidí léčbu ve změně zaměstnání, sama však ještě uvedla: „*U léčby měl vždy odborník- psycholog. Protože jen ten může člověku poradit, jestli je lepší změnit zaměstnání nebo si třeba vzít jen dovolenou.“*

Komunikační partnerka 7 zastává názor, že *každá léčba je individuální a každému pomůže něco jiného.* Protichůdný názor má KP8… *„Myslím, že léčba je jasně daná a vždy je u toho odborník. Jinak by to ani nemohla být léčba.“* Za to komunikační partnerky 9 a 10 se v odpovědích shodovaly a uváděly, že *„nejprve je dobré získat odstup, poté dobít energii a když to nepomůže, pak vyhledat psychologickou pomoc.“*

4.1.2 Analýza výsledků pomocí metody vytváření trsů

Na základě výsledků rozhovorů jsem identifikovala následující trsy:

ÚNAVA – jakožto projev, některé komunikační partnerky únavu uváděly spíše jako ztrátu energie nebo vyčerpání, nechuť pracovat, přidávaly podrážděnost, apatii, cynismus či sklíčenost.

ZMĚNA – komunikační partnerky uváděly jako „léčbu“ nejčastěji změnu zaměstnání, návštěvu psychologa, psychiatra, nástup na dovolenou, fyzický pohyb atd.

EMOCE – do tohoto trsu řadím nejčastější rizika, která uváděly komunikační partnerky - zvládání emocí při kontaktu s klienty, emoční vyčerpání, postoje k životu a k sobě samé (emoční naladění), vysoká angažovanost, přepracovanost

4.1.3 Shrnutí výsledků z prvního okruhu

Otázky obsažené v prvním okruhu směřovaly k zodpovězení první výzkumné otázky „Jak se sociální pracovníci orientují v problematice syndromu vyhoření?“. Z výsledků je zřejmé, že sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách, tedy

všech 10 komunikačních partnerek, slyšelo o syndromu vyhoření. Jako největší riziko vnímají druh práce (uvedlo 7 KP), 2 KP viděly riziko spíše v osobním emočním nastavení a 1 KP uvedla riziko v nefungujícím pracovním prostředí. U příznaků syndromu vyhoření byly nejčastějšími odpověďmi únava, apatie a bolesti hlavy. Chování lidí se syndromem vyhoření klasifikuje 8 KP jak nevlídné, popudlivé a bez zájmu, 1KP jako zpomalené a naopak 1KP jako výbušné. Průběh syndromu znalo 9 KP. O jeho fázích slyšelo opětovně všech 10 KP, správně je vyjmenovat dokázala pouze jedna komunikační partnerka. K otázce o léčbě syndromu se v odpovědích jako je změna zaměstnání a odborník- psycholog shodovalo 7 KP, dvě uvedly, že nejprve potřeba získat odstup a jedna uvedla léčbu pomocí psychoterapie.

4.2 Výsledky okruhu otázek vztahující se ke druhé výzkumné otázce

V první podkapitole zde prezentuji 3 tabulky, první obsahuje odpovědí na otevřené i uzavřené otázky, které byly pro všechny komunikační partnerky stejné, druhá obsahuje odpovědi na otevřené otázky, které byly pouze od sociálních pracovnic a třetí tabulka zachycuje odpovědi pouze od pracovnic v sociálních službách. Ve druhé podkapitole detailněji zpracovávám výsledky rozhovorů. Ve třetí podkapitole zaznamenávám zachycené trsy, vztahující se k této výzkumné otázce, a poslední podkapitola obsahuje shrnutí k získaným výsledkům

Z tabulky č. 3 na následující straně, je zřejmé, že všechny pracovnice v sociálních službách spolu s jednou sociální pracovnicí se v práci nejvíce věnuji klientům. U dvou zbylých sociálních pracovnic převládá administrativa. V postoji k navráceným klientům se komunikační partnerky rozdělily na dvě skupiny, jedna navrácení klientů bere jako součást práce a ta druhá ji vidí spíše negativně. Naopak všechny komunikační partnerky se cítí spokojené ve svých pracovních kolektivech. V poslední společné otázce ohledně výši příjmu, byly spokojené pouze 4 komunikační partnerky.

Tab. č. 3 Přehled otevřených i uzavřených otázek pro všechny komunikační partnerky

Komunikační partner	Kolik času přibližně strávíte denně s klientem, administrativou, případně jinou činností?	Jak, vnímáte to, že se k Vám někteří klienti vrací?	Jak se cítíte ve Vašem pracovním kolektivu?	Jste spokojeni s výši vašeho platu?
KP1- SP	S Kl. - 30% ADM. -60% J. Č. - 10%	jako součást práce	jsem spokojená	ano
KP2- SP	S KL. – 10% ADM. – 60% J. Č. – 30%	jako součást práce	jsem spokojená	ne
KP3- SP	S KL. – 40% ADM. – 30% J. Č. – 30%	jako součást práce	celkem dobře	ne
KP4- PSS	S KL. - 60% ADM. – 30% J.Č.- 10%	jako součást práce	jsem spokojená	ne
KP5- PSS	S KL. - 50 ADM. – 30% J.Č.- 20%	negativně	dobře	ne
KP6- PSS	S KL. - 60% ADM. – 20% J.Č.- 20%	negativně	jsem spokojená	ano
KP7- PSS	S KL. - 30% ADM. – 30% J.Č. - 40%	negativně	dobře	---
KP8- PSS	S KL. - 60% ADM. – 10% J.Č. - 30%	jako součást práce	skvěle	ano
KP9- PSS	S KL. - 70% ADM. – 20% J.Č. - 10%	negativně	dobře	ano
KP10- PSS	S KL. - 80% ADM. – 10% J.Č. - 10%	neutrálně	jsem spokojená	ne

Zdroj: Vlastní výzkum

Nyní následuje tabulka č. 4, kde jsou zaznamenány otevřené otázky, které jsem pokládala pouze soc. pracovnicím.

Tab. č. 4 Přehled otevřených otázek pro sociální pracovníky

Komunikační partner	Co vnímáte jako riziko syndromu vyhoření?	Co říká Vaše nejbližší okolí na Vaše zaměstnání?
KP1	Psychickou nepohodu	• Mají předsudky • Práci by nemohli vykonávat
KP2	Řešení pracovních záležitostí v době osobního volna	Mají předsudky
KP3	• Nedostatek odpočinku • Nekvalitně trávený volný čas	• Mají předsudky • Litují uživatele

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 4 je zřejmé, že sociální pracovnice vnímají jako rizika syndromu vyhoření, jen to co se týká jejich osobního nastavení, doby osobního volna a nedostatku odpočinku. Na druhou otázku odpovídaly všechny shodně. U všech jejich okolí má předsudky ať už vůči samotnému druhu práce nebo vůči uživatelům.

Tabulka č. 5 obsahuje otevřené otázky, které jsem pokládala pouze pracovnicím v soc. službách.

Tab. č. 5 Přehled otevřených otázek pro pracovníky v soc. službách

Komunikační partner	Co Vás v práci nejvíce vyčerpává?	Jak zvládáte noční směny?
KP4	neochota uživatelů spolupracovat	---
KP5	neochota uživatelů spolupracovat	dobře
KP6	marnost rad	dobře
KP7	nevím	dobře
KP8	neochota uživatelů spolupracovat	dobře
KP9	• neochota uživatelů spolupracovat • lhaní	docela dobře
KP10	• neochota uživatelů spolupracovat • nekolegiální chování	docela dobře

Zdroj: vlastní výzkum

Pracovnice v sociálních službách v práci nejvíce vyčerpává neochota uživatelů spolupracovat, v odpovědích se na tomto shodlo 5 pracovnic. Jednu pracovnici vyčerpává, když její rady vyjdou na zmar a jedna pracovnice, nedokázala na otázku odpovědět. Noční směny téměř všechny pracovnice v sociálních službách zvládají dobře, pouze jedna již směny nemá, protože je ve vysokém stupni těhotenství (Tabulka č. 5).

4.2.1 Interpretace výsledků z druhého okruhu

Ráda bych nejdříve v této kapitole uvedla interpretaci výsledků k otázkám, které pro všechny komunikační partnerky byly stejné. Poté bych interpretovala výsledky výpovědí k otázkám, které měly pouze soc. pracovnice, a následně na to výpovědi pracovnic v soc. službách k otázkám, které měly pouze ony.

Kolik času přibližně strávíte denně s klientem, administrativou, případně jinou činností?

KP1… *„Každý den je to různé, ale kdybych to měla dát na procenta tak asi 30% času trávím s klienty, 60% administrativou a 10% jinou činností.“* U komunikační partnerky 2 převládá práce s klienty… *„Ostatní činností trávím asi 30% mého času“*

Komunikační partnerky 4, 5, 6, a 8 věnují svojí pozornost nejvíce klientům. KP4 poté ještě doplňuje… „*ta administrativa je náročná, denně s ní strávím asi 4 hodiny*.“ KP8… *„Víte, já nejsem moc na ty počítače, a dneska se všechno dělá v počítačích.“*

70 % a 80%, takové byly odpovědi komunikačních partnerek 9 a 10 a na výše položenou otázku, že tráví denně svého času s klienty. KP9 vypověděla. „*to je přeci jasné, tak minimálně 70% času jsem s klienty.“* Na to KP10 odpověděla obdobně… *„Je to jednoduché, s klienty jsem tak 80% pracovní doby,…“*

Jak vnímáte to, že se k Vám někteří klienti vrací?

První komunikační partnerka projevila lítost… *„U některých mě mrzí, že se nedokázali začlenit do společnosti. Ale to už k naší práci patří.“* KP2 vidí tuto problematiku obdobně jako KP1… *„S ohledem na cílovou skupinu je pochopitelné, že se část našich uživatelů opakovaně vrací.“* Dotazovaná KP3 oproti předchozím kom. partnerkám zastává názor… *„nevnímám to nijak pozitivně, berou to jako samozřejmost.“* KP4 odpověděla takto: *„Jejich návrat si neberu nijak osobně, taková je prostě naše práce.“* Komunikační partnerky 5, 6, a 7 zastávají spíše negativní postoj. KP7 uvedla: *„Oni se vrátí a pro nás jde všechno na novo, takže veškerá předchozí práce vyjde naprázdno.“* Oproti tomu KP8 se k této problematice staví z pozice svého zaměstnání… *„jsme v sociálních službách, lze tedy očekávat, že naše služby klienti nebudou využívat pouze jednou.“* Poslední dotazovaná zaujala k otázce neutrální postoj… *„prostě to tak je, více k tomu asi nemám co říct.“*

Jak se vypořádáváte se vzniklými konflikty s klienty, případě s jejich rodinou či blízkými?

KP1 se obrací na své kolegy… *„Většinou si o tom promluvím s kolegy a většinou stojí na mě straně, tak se ujistím, že jsem jednala správně. V opačném případě se tím*

zkusím poučit a jednat příště lépe.“ U komunikační partnerky 2 záleží vždy na situaci, ale *důležité z mého pohledu je nebrat si věci osobně a mít nad situací nadhled.* Komunikační partnerky 4, 5, 6, a 7 se obrací na kolegy stejně jako KP1. *KP7 uvedla: „Vždy, když se dostanu do nějakého konfliktu, proberu to s kolegy, a když si pořád nejsem jistá, tak to ještě probírám na supervizi.“*

Komunikační partnerka 8 chvíli nevěděla, jak mi na danou otázku odpovědět, pokusila jsem se jí tedy nasimulovat nějakou konfliktní situaci, a aby mi řekla, jak by se v takové situaci zachovala. Její odpověď zněla takto: *„Asi bych nejdříve počkala, až se klient uklidní, pak mu vysvětlila, co udělal špatně. Kdyby to nešlo a on byl pořád agresivní, volala bych kolegy.“* KP9 mi v rozhovoru uvedla následující: *„zatím jsem žádný konflikt neměla, ale kdyby jo, asi bych si o tom promluvila se supervizorem nebo s paní vedoucí.“*.

Popište mi prosím, jak vnímáte sociální situaci klientů?

Téměř všechny komunikační partnerky vnímají sociální situaci klientů negativně a připisují jim vlastní zavinění. Hned první komunikační klientka říká: **„***Většina z nich ví, že se do své situace dostala vlastní vinou a v případě, že nechtějí nabízenou pomoc od našich služeb a pracovníků, musím to respektovat. Jsou dospělí zodpovědní za svou situaci. U některých mě to zamrzí, ale musím se s tím vyrovnat. Spíš mě štve, jak na lidi bez domova nahlíží veřejnost.“* KP3 vnímá jejich situaci ve třech rovinách, které jsou: *„někdo se ocitl ve špatné situaci ne vlastní vinou, jiný vlastním přičiněním a někdo to má jako normální stav.“* Komunikační partnerka 5 pohlíží na sociální situaci klientů ze dvou uhlů, prvním je: *„Pokud klient svojí situaci řeší, má šanci se dostat z ulice.“,* druhý: *„Pokud ne, může si za svou situaci sám.“* KP7 zpočátku nechtěla na tuhle otázku vůbec odpovídat, poté však svolila a uvedla, že jejich situaci vnímá špatně a osobně*, bez boha se nikam nedostanou.* KP9 se otázce vyjádřila: *„Promiňte, ale doposud to srovnané nemám, nebudu tedy odpovídat.“*

Jak se cítíte ve Vašem pracovním kolektivu. Jste spokojen s výší svého platu?

Všechny komunikační partnerky při rozhovoru odpověděly, že jsou spokojené ve svém pracovním kolektivu. KP1 svou odpověď doplnila ještě o: *„Máme super vztahy a*

navzájem si pomáháme a radíme si.“ KP3 třeba navíc uvedla, že „*vnímám je jako rodinu, někdy se neshodneme, ale pořád si stojíme za zády.“*

Ke spokojenosti s výší platu se mi vyjádřilo 9 komunikačních partnerek. KP 1, 6, 8, 9 byly se svým platem spokojené. KP1 jen ke své výpovědi dodala… „*jsem spokojená, ale přidání bych se nebránila.“* KP6 říká: *„Jsem spokojená, mohlo by být hůře.“* Ostatní komunikační partnerky spokojené s výši svého platu nebyly, jako důvody uváděly následující… KP2 uvedla… *„Nejsem spokojená, protože neodpovídá mému pracovnímu nasazení.“* Další komunikační partnerka není spokojená, „*protože je nízký a podle mě všeobecně jsou sociální pracovníci špatně finančně ohodnocení.“* Komunikační partnerka 5 je toho názoru, že *„nikdo není s platem spokojen a každý by bral víc. V našem státě jsou obecně pomáhající profese dle mého názoru velmi nedoceněné.“ „Děláme toho hodně, ale ti na ministerstvu to nevidí, často nemají ani ponětí, co ta práce vůbec obnáší.“*... říká komunikační partnerka 10.

Nyní následují 2 otázky, které jsem pokládala pouze sociálním pracovnicím.

Co vnímáte jako riziko syndromu vyhoření?

První dotazovaná uvedla: *„Asi jako největší riziko vnímám, když jsem psychicky vyčerpaná a v nepohodě. Je to tako ten stav, kdy vlastně musíte, ale hrozně se Vám nechce.“* Další sociální pracovnice vnímá jako riziko… „*ztráta zaměstnání, je určitě velkým rizikem, ale taky zabývat se problémy uživatelů v době osobního volna.“*

Třetí komunikační partnerka si pro odpověď nechala větší prostor, na což odpověděla: *„Nedostatek odpočinku, to je určitě hodně velký riziko, ale i třeba nekvalitně trávený volný čas.“*

Co říká Vaše nejbližší okolí na Vaše zaměstnání?

Nejbližší okolí KP1 zastává postoj k jejímu zaměstnání následovný: *„Spousta lidí mi říká, že by mou práci dělat nemohli, mají předsudky vůči mé cílové skupině. Na druhou stranu občas vysloví, že jsem odvážná a dělám správnou věc.“*

U komunikační partnerky 2 je to různé, sama říká: *„Jak kdo, někdo to vidí pozitivně, někdo negativně, má předsudky a někdo neutrálně.“* Odpověď KP3 zněla: *„Někteří se*

o mě bojí, protože mají předsudky, druzí litují uživatele a někteří si myslí, že nic neděláme.“

Následující dvě otázky jsem pokládala pouze pracovnicím v sociálních službách.

Co Vás v práci nejvíce vyčerpává?

Na otázku co Vás v práci nejvíce vyčerpává, mi 5 pracovnic v sociálních službách odpovědělo, že je to hlavně neochota uživatelů spolupracovat. KP4 doplňuje: *„Je hrozně těžké pracovat s klientem, který odmítá vše, co navrhnete, a sám s ničím nepřichází.“* Komunikační partnerka vidí situaci dost podobně, ve své výpovědí uvádí: *„Nejvíce mě vyčerpává klient, který nespolupracuje, ale ode mě vyžaduje plné nasazení.“ A KP10 říká: „Po komunikaci s nespolupracujícím klientem jsem vyčerpanější než po dvou hodinách cvičení. Jako další mě psychicky vyčerpává občasné nekolegiální chování.“*

Komunikační partnerka 6 sděluje: *„Z čeho jsem opravdu hodně vyčerpaná, je, když vidím, jak jsou moje rady naprosto marné a vyzní do prázdna.“* KP7 si nebyla jistá, co ji v práci nejvíce vyčerpává.

Jak zvládáte noční směny?

Zde mi všechny až na jednu komunikační partnerku uvedly, že noční směny zvládají dobře, tedy nemají s ní žádné problémy. Zde jen KP6 doplnila: *„Na nočních si odpočinu, případně dodělám nějaké resty nebo vymýšlím nové aktivity pro děti.“* A… *„Noční směny zvládám docela dobře, jen když jdu pak ráno domů, tak si připadám trošku zmateně, ale to není nic vážného,“* směje se a říká KP9.

Komunikační partnerka 4 už na noční směny nechodí, protože je ve vysokém stupni těhotenství.

4.2.2 Analýza výsledků pomocí metody vytváření trsů

Na základě výsledků rozhovorů jsem identifikovala následující trsy:

PŘEDSUDKY - uváděly komunikační partnerky jako nejčastější „názor“ jejich okolí na jejich zaměstnání, dále ještě uvedly lítost nad uživateli

NESPOLUPRÁCE – do tohoto trsu řadím nejčastější důvody vyčerpání- neochota uživatelů spolupracovat, lhaní, nekolegiální chování a marnost rad u pracovnic v soc. službách

SPOKOJENOST – jakožto hodnocení sociálních pracovnic svého pracovního kolektivu

4.2.3 Shrnutí výsledků z druhého okruhu

Otázky obsažené v tomto okruhu mají směřovat k zodpovězení druhé výzkumné otázky a to „Jak se liší faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách?“ Nejdříve se pokusím shrnout výsledky u otázek, které byly stejné pro všechny a poté u rozdílných otázek.

U rozvržení času během pracovního dne se ukázalo, že sociální pracovnice tráví více času s administrativou než s klienty a u pracovnic v soc. službách je tomu přesně naopak. Vracející se klienty do zařízení 5 komunikačních partnerek bere spíše negativně, z obou skupin to dvě vidí jako součást práce a jedna pracovnice k tomu zaujala neutrální postoj. Se vzniklými konflikty se sociální pracovnice radí se svými kolegy a snaží se je řešit s nadhledem a profesionalitou. Pracovnice v soc. službách by v případě konfliktu volaly kolegu. Jedna pracovnice v soc. službách zatím žádný konflikt neměla. V případě vnímání soc. situace klienta se 7 pracovnic shodlo na tom, že si za takovou situaci mohou klienti sami. Co se týče pracovního kolektivu, zde byly všechny komunikační partnerky spokojené nebo se cítily v kolektivu dobře či skvěle. U otázky spokojenosti s výší platu byla spokojená jedna sociální pracovnice a tři pracovnice v soc. službách. Jedna komunikační partnerka na otázku neodpověděla.

V otázce, „Co vnímáte jako riziko syndromu vyhoření?“, se odpovědi u všech soc. pracovnic lišily (viz tab. č. 4). Výsledky výpovědí u druhé otázky pro soc.

pracovníky, ukázaly, že jejich nejbližší okolí má předsudky vůči jejich zaměstnání nebo uživatelům.

A pracovnice v sociálních službách… zde výsledky na otázku, „Co Vás v práci nejvíce vyčerpává?“, poukazují na to, že 5 ze 7 těchto pracovnic nejvíce vyčerpává neochota uživatelů spolupracovat, jednu marnost rad a jedna si není jistá. U druhé otázky, týkající se zvládání noční směny, 6 pracovnic uvedlo, že jí zvládá dobře a jedna noční směny nemá.

4.3 Výsledky okruhu otázek vztahující se ke třetí výzkumné otázce

Zde v první podkapitole prezentuji tabulku odpovědí na uzavřené otázky, které byly pro všechny komunikační partnerky stejné. Ve druhé podkapitole detailněji zpracovávám výsledky rozhovorů. Ve třetí podkapitole zaznamenávám zachycené trsy vztahující se k této výzkumné otázce a poslední podkapitola obsahuje shrnutí k získaným výsledkům.

Tab. č. 6 Přehled uzavřených otázek z třetího okruhu

Komunikační partner	Využíváte nějaké relaxační techniky?	Máte možnost využívat ve Vaší organizaci supervizi?	Vnímáte jí jako prevenci před syndromem vyhoření?
KP1- SP	ano	ano	ano
KP2- SP	ano	ano	ne
KP3- SP	ano	ano	ne
KP4- PSS	ano	ano	ne
KP5- PSS	ne	ano	ne
KP6- PSS	ne	ano	ne
KP7- PSS	ano	ano	ano
KP8- PSS	ano	ano	ano
KP9- PSS	ano	ano	ano
KP10- PSS	ano	ano	ano

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky č. 6 je zřejmé, že všechny komunikační partnerky, tzn. sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách odpovídaly na uzavřené otázky shodně, a to že mají možnost v zařízení využívat supervizi, ale jen pět z nich jí však vnímá jako prevenci před syndromem vyhoření. Získané výsledky ukázaly, že osm komunikačních partnerek využívá relaxační techniky.

4.3.1 Intepretace výsledků ze třetího okruhu

V této kapitole nejdříve uvádím interpretaci výsledků k otázkám, které byly pro všechny komunikační partnerky stejné. Poté interpretuji výsledky výpovědí k otázkám, které měly pouze soc. pracovnice a následně na to výpovědi pracovnic v soc. službách k otázkám, které měly pouze ony.

Co Vám pomáhá oprostit se od starostí z práce?

Všem komunikačním partnerkám pomáhá oprostit se od starostí z práce rodina. Dále ještě v rozhovoru uváděly: přátelé, koníčky nebo dovolenou. KP1 pomáhá oprostit kromě rodiny i *„pevná hranice mezi prací a soukromým životem.“* KP2 doplnila svojí výpověď o *„cvičení a alkohol“*. Pro komunikační partnerku 8 oprostit se od prací znamená *„spojit se s Bohem pomocí modliteb.“*

Využíváte nějaké relaxační techniky? Máte nějaké své techniky, které Vám pomáhají prosti vypjatým (stresovým) situacím?

Z tabulky č. 6 již víme, že relaxační techniky využívá osm komunikačních partnerek. KP1 využívá *Schultzův autogenní trénink* a jako své techniky bere: „*Procházku se psem, a jednoduché dechové cvičení.“* KP2 si pro zvládnutí stresových situací ... *„sednu na židli, zavřu oči a prodýchám to, tak získám sílu a nový pohled na situaci.“* Komunikační partnerka 4 si promítá v mysli hezké chvíle. „*Pustím si hudbu a snažím se srovnat svojí dechovou frekvenci podle rytmu hudby.“* takovou techniku využívá KP10.

Máte možnost ve Vaší organizaci využívat supervizi? Vnímáte jí jako prevenci pře syndromem vyhoření?

Všechny komunikační partnerky odpověděly na tuto uzavřenou otázku Ano. Ale jen pět z nich supervizi vnímá jako prevenci před syndromem vyhoření.

Co vnímáte jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?

Téměř všechny komunikační partnerky vnímají komunikaci s kolegy jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření. Například KP7 uvedla: *„rozebrání vzniklé situace s kolegy a vytvoření si nadhledu.“* Nebo výpověď KP8, která říká: *„Dobrý kolektiv, kde mám možnost sdílet a probrat své obavy a kolegy, možnost efektivní komunikace s vedením a hlavně nemít práci jako jediný smysl svého života.“* Komunikační partnerka 10 vnímá jako prevenci… *„rozhodně kreativita v zaměstnání, dávat si nové a nové cíle a najít si záliby.“*

4.3.2 Analýza výsledků pomocí metody vytváření trsů

Na základě výsledků rozhovorů jsem identifikovala následující trsy:

RODINA - do tohoto trsu řadím komunikačními partnerkami nejčastěji uváděné způsoby oproštění se od starostí, kam spadá kromě rodiny také dovolená, koníčky a přátelé

KOMUNIKACE - komunikační partnerky uváděly jako „prevenci“ nejčastěji komunikaci s kolegy, komunikaci s vedením a zpětnou vazbu

4.3.3 Shrnutí výsledků ze třetího okruhu

I tento okruh směřoval k zodpovězení třetí výzkumné otázky, která zní „ Co využívají sociální pracovnici jako prevenci před syndromem vyhoření?“

Výsledky výzkumu ukázaly, že všem komunikačním partnerkám pomáhá oprostit se od starostí z práce rodina. Jako další uváděly koníčky, přátelé a dovolenou. Všechny také mají možnost využívat supervizi v jejích organizacích, tu však jako prevenci před syndromem vyhoření vnímá pouze 5 komunikačních partnerek a mezi těmito 5 partnerkami je jen jedna sociální pracovnice. K otázce, zda-li využívají nějaké relaxační

techniky, se kladně vyjádřilo 8 komunikačních partnerek, které zároveň mají i své techniky na vyrovnávání se s vypjatými situacemi. Zde uváděly např. dechová cvičení, procházky s mazlíčky nebo poslouchání hudby. U poslední otázky „Co vnímáte jako prevenci před syndromem vyhoření?“ odpovídaly téměř všechny komunikační partnerky komunikaci s kolegy. Jen jedna pracovnice v soc. službách uvedla kreativitu v zaměstnání.

5 Diskuze

O syndrom vyhoření, jsem začala blíže zajímat, až při současném studiu, kdy nám o této problematice bylo řečeno hned na druhé přednášce. Důležitost kladená na informace týkající se problematiky syndromu vyhoření ve vztahu k pomáhajícím profesím u mě vyvolala velký zájem o danou věc. A právě osobní zájem mne vedl k výběru této bakalářské práce a touha zjistit, jak si vlastně sociální pracovníci v azylových domech pro matky s dětmi stojí na poli informovanosti o syndromu vyhoření.

Výzkumem, který předkládám v bakalářské práci, jsem se snažila zjistit informovanost sociálních pracovníků a pracovníků v soc. službách o syndromu vyhoření, o jeho rizicích, příznacích, léčbě i prevenci. Dále jsem se snažila zjistit zda-li se liší faktory vzniku syndromu vyhoření u dvou výše zmíněných skupin a v neposlední řadě, co vnímají jako prevenci před syndromem vyhoření.

Syndrom vyhoření, dvě slova, která nejen provazují mou práci, ale i celý odborný, mediální a osobní život. Slova, která přestala být tabuizována. Hovoří o nich celá společnost, a přesto stále v lidech budí špatné pocity. Sama jsem se s tímto setkala při oslovování azylových zařízení kvůli účasti na výzkumu. Jen při vyslovení názvu své bakalářské práce jsem ihned poté byla slušně odmítnuta, bez toho aniž bych jim mohla vysvětlit, o co ve výzkumu půjde. Nemohu však všechna zařízení dávat do jednoho pytle, našli i tací, kteří se se mnou pustili do výzkumu.

Komunikace prostřednictvím rozhovorů mi umožnila jiný náhled na profesní život lidí v pomáhajících profesí. Poodkryla mi de facto i pohled pracovnic na celou problematiku syndromu vyhoření. Hned z počátku jsem měla domněnku, že sociální pracovnice budou se mnou více komunikovat než pracovnice v sociálních službách. Tato domněnka se však nepotvrdila.

Všechny pracovnice ať už z Českých Budějovic nebo ze Znojma byly při rozhovorech otevřené a ochotně odpovídaly na všechny otázky. Bylo zajímavé sledovat jejich odpovědi a reakce při rozhovoru. Ukázala se totiž místa, kde do odpovědi vstupovala více osobnost pracovnic a kde spíše jejich profesionalita. Při rozhovorech bylo také vidět, kdo více nad věcmi přemýšlí a má myšlenky srovnané a kdo nad věcmi

nepotřebuje přemýšlet, ale často se pak k odpovědím vrací a mění je. Například sociální pracovnice na odpovědi potřebovaly krátký čas a jejich odpovědi byly ucelené a obsahovaly více odborných slov, zatímco některé pracovnice v sociálních službách potřebovaly delší čas a odpověď byla ucelená, ale neobsahovala odborná slova.

I když jsem se z počátku obávala toho, jak rozhovory budou probíhat a tuto obavu ještě umocnilo prvopočáteční zklamání, tak ještě před prvním rozhovorem ze mě tento strach opadl. Bylo to díky první komunikační partnerce, která na našem setkání před rozhovorem působila uklidňujícím dojmem, přátelskou a otevřenou povahou. I ona sama zmínila, že mít strach je zbytečné… *„Jsme přeci ženy a ty si musí pomáhat.“* Stín oné zmíněné věty opravdu proplouval všemi rozhovory. A přestože každý rozhovor probíhal jinak, v důsledku mi jako jednotlivé dílky seskládaly a prohloubily znalosti o práci v azylových domech pro matky s dětmi a donutily mě některé své názory přehodnotit.

„Slyšela jste už někdy o pojmu syndrom vyhoření?“ tak zněla první otázka, na kterou mi všechny komunikační partnerky odpověděly ANO. Už při sestavování otázek, jsem předpokládala, že při výzkumu všichni odpoví ANO, protože se o syndromu vyhoření mluví, píše se odborná literatura a proběhlo už několik výzkumů. Např. Beránková (2013) uskutečnila v roce v 2013 výzkum u Charity České republiky, kterého se účastnilo 112 respondentů (92 z oblasti sociálních služeb) a pojem syndrom vyhoření znalo 75,8% ze všech respondentů. Ráda bych u této otázky ještě chvíli setrvala, protože komunikační partnerka 2 svou výpověď rozvedla: *„Nevím, jak to přesně říci, ale dnes je syndrom vyhoření jako přechodný stav, prostě něco normálního. Za to dříve to byla nálepka pomale stejná jako duševní onemocnění,“* a tím mě překvapila. Syndrom vyhoření není diagnózou ani podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), ani podle Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch, který vydává Americká psychiatrická společnost, zatímco duševní poruchy jsou diagnostikovány (Medical Tribune, 2014). Nabízí se tedy otázka zda je syndrom vyhoření nemocí, když má svoje rizika, symptomy, průběh i léčbu?

Výzkum Bc. Beránkové i můj vlastní dokazují, že sociální pracovníci znají pojem syndrom vyhoření, ale hloubka daných znalostí se liší. První rozdílnosti se ukázaly ve znalostech rizik a z čeho syndrom vyhoření vzniká. 7 komunikačních partnerek uvedlo

jako riziko druh svého povolání. Myslím, že to co děláme, hodně ovlivňuje náš život i osobní nastavení a protože co člověk, to jiný druh myšlení, nastává tak, že při práci s lidmi neustále pracujeme s něčím novým a nemůžeme se řídit stereotypy. I autoři Kebza a Šolcová (2003) ve svém se přehledu profesí s rizikem syndromu vyhoření uvádí sociální pracovníky. Ostatní partnerky viděly riziko spíše v osobním nastavení. Další rozdílnosti vypluly při otázce: „Jak si myslíte, že se chovají lidé s tímto syndromem?“ Člověka trpící syndromem vyhoření jsem osobně nikdy nezažila, ale přikláním se k názoru Istafana Maroona (2012, str. 36-37), který popisuje takového člověka jako někoho, kdo vychází s pár klienty a ostatní ignoruje. Je méně empatický ke klientům, za své selhání dává vinu ostatním, ztrácí soucit, nakonec je pohlcen zcela svými problémy a vzdá se svého povolání. Vidím takového člověka spíše apatického, bez energie a zpomaleného. Při rozhovoru s komunikační partnerkou 6 a 7 se mi podařilo získat dva protichůdné názory, KP6 zastává podobný názor, tedy že jsou spíše zpomalení, naopak KP7 si myslí, že *„tito lidé jednají spíše agresivně a výbušně.“* Na kolik tedy osobnost člověka ovlivňuje jeho projevy při syndromu vyhoření? A na kolik je to pouze výsledkem okolního prostředí?

V pomáhajících profesích jsme neustále v kontaktu s lidmi, ať už jde o kolegy nebo klienty. Máme tedy možnost u těchto lidí vypozorovat nějaké začínající změny, které mohou předurčovat nějaké komplikace apod. Zastávám tedy názor, že by všichni v pomáhajících profesí měli mít teoretické zázemí o všech možných syndromech jako např. pomocníka nebo vyhoření i jiných potíží, které s sebou nese to určité povolání. Proto pro mě bylo velkým překvapením, že průběh syndromu vyhoření dokázala popsat a vyjmenovat pouze jedna sociální pracovnice, která uvedla i literaturu. Průběh z části popsala i komunikační partnerka 5 *„nejdříve je člověk nadšený z práce, po letech a po částech odumírá, začíná u něj frustrace a nakonec má syndrom vyhoření.“* Ostatní uváděly, že má tři, čtyři nebo pět fází. Fáze a průběh syndromu vyhoření, je uveden v každé kapitole, článku i knize, která je pojednává o syndromu vyhoření, důkazem je toho například kniha „Syndrom vyhoření“ od autorek Jeklové a Reyitemarové (2006), kde nabízí fáze od Eldewicha a Brodského nebo Leangla.

Další otázka „Jak si myslíte, že probíhá léčba syndromu vyhoření?“ uzavírala první okruh otázek. Zde na rozdíl od předchozích otázek panovala shoda. 7 komunikačních

partnerek uvedlo, že nejlepší „léčbou“ je změna zaměstnání nebo sezení s psychologem. Avšak výpověď komunikační partnerky 7, která vypověděla: *„Každá léčba je individuální a každému pomůže něco jiného“* a 8, která řekla: *„Myslím, že léčba je jasně daná a vždy je u toho odborník. Jinak by to ani nemohla být léčba,“* mě donutila přemýšlet, co vlastně znamená slovo léčba v kontextu se syndromem vyhoření. Ptám se sama sebe, zda je léčba opravdu to pravé slovo ve spojení se syndromem vyhoření, když syndrom není nemoc a nechodíme s ním k lékaři?

Nyní se dostávám k druhému okruhu otázek, které směřovaly ke zjištění rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovnic a pracovnic v sociálních službách. Nejprve bych se ráda věnovala rizikům u sociálních pracovnic. V rozhovoru jsem sociálním pracovnicím položila otázku: „Kolik času přibližně strávíte denně s klientem, s administrativou, případně jinou činností?“ Odpovědí u dvou sociálních pracovnic bylo asi 60% a u třetí 30%. Uvádím to jako riziko, protože si myslím, že převažující práce na administrativě je demotivující prvek. Obracím se v této myšlence na vlastní zkušenost, kdy jsem byla na praxi a s oběma sociálními pracovnicemi jsem strávila nějaký čas. Během té doby nejednou sociální pracovnice vyslovily, jak je ta administrativa zbytečně rozsáhlá a jak jim ubírá chuť pracovat.

Jako další riziko vzniku syndromu vyhoření jsem předpokládala ve faktu, že se někteří klienti do zařízení vrací a to i opakovaně. Tato domněnka se nepotvrdila, protože všechny 3 sociální pracovnice uvedly, že to, že se jim někteří klienti vrací, vnímají jako součást práce. Ani pracovní kolektiv se jako možné riziko u sociálních pracovnic nepotvrdilo, přitom právě nespokojnost v pracovním kolektivu je často uváděna, např. Stock (2010), v příčinách vzniku syndromu vyhoření. Kde se však skrývá možné riziko, je plat. Dvě ze tří sociálních pracovnic jsou nespokojené se svým platem. V tomto kontextu bych se ráda obrátila na Istafana Maroona (2012), který ve své knize popisuje, že podmínky na pracovišti jako plat, výzva nebo role jedince v instituci, mají velký vliv na tělesné i emocionální zdraví pracovníků a tím i na jejich výkonnost. Nejsou-li dostatečně platově ohodnoceni a ani se jim nedostává jiné kompenzace, jako například poděkování, dochází potom u pracovníků k polemizování, co dělají špatně a kde selhávají. Tato myšlenka mě dostává k dalšímu možnému riziku a to, postoji nejbližšího okolí sociálních pracovnic k jejich zaměstnání. Výsledky mého

výzkumu ukázaly, že u všech sociálních pracovnic má jejich okolí předsudky vůči samotnému zaměstnání nebo vůči cílové skupině. V rozhovoru jsem se sociálních pracovnic zeptala, co ony samotné vnímají jako riziko, odpovídaly psychickou nepohodu, řešení pracovních záležitostí v době osobního volna, nedostatek odpočinku a nekvalitně trávený volný čas. Nabízí se tedy otázka, zda jejich odpovědi vychází čistě z proměnných pracovního prostředí nebo jsou důsledkem i osobnostního nastavení?

Na řadě jsou pracovnice v sociálních službách. I ony byly dotazovány, kolik času stráví s klientem, administrativou a jinou činností. Oproti sociálním pracovnicím tráví většinu pracovního dne s klienty. Zde si myslím, že je možné riziko z toho důvodu, že při práci s klientem je pracovník povinen jednat kongruentně, vždy brát ohledy na pocity klientů, být empatický. To vše vyžaduje velkou soustředěnost, která však po celém dni člověka vyčerpá nejen psychicky, ale i fyzicky. A opakuje- li se to každý den…

Další riziko u pracovnic v sociálních službách se ukázalo ve vnímání navrácených klientů, zatímco sociální pracovnice to vnímají jako součást práce, tak téměř všechny pracovnice v sociálních službách to vnímají negativně. Uvedu zde jako př. výpověď KP7, která řekla: *„Oni se vrátí a pro nás jde všechno na novo, takže veškerá předchozí práce vyjde naprázdno.“* Myslím, že tento rozdíl je způsoben v teoretickém zázemí, které je u sociálních pracovnic výrazně hlubší a větší. Je to dané nejspíše tím, že sociální pracovnice mají ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách povinnost mít odbornou způsobilost na úrovni vyššího odborného vzdělání, vysokoškolského vzdělání nebo akreditovaných kurzů v rozsahu nejméně 200 hodin (§ 110), kdežto u pracovníků v sociálních službách je požadováno ukončené střední vzdělání a požadující kurz (§ 111). Pracovnice v sociálních službách tak neobsáhnou potřebnou teorii, která by jim pomohla pochopit chování klientů. Stejně jako u sociálních pracovníků, jsem přepokládala, že pracovní kolektiv by mohl být jedním z rizik, ale ani zde se má domněnka nepotvrdila. Stejné to zůstává i u platu, 3 pracovnice v sociálních službách jsou spokojené s platem a tři nejsou. Má domněnka se nepotvrdila ani u nočních směn. Vycházela jsem z toho, že noční směny budou pracovnicím v sociálních službách způsobovat únavu, více stresu a nepozornost. Opírala jsem se přitom o vlastní zkušenost i o dílo *Moderní psychologie* od autora Hilla (2004), kde tyto příznaky sám popisuje.

Výsledky výzkumu, ale neprokázaly noční směny jako riziko. Naopak všechny pracovnice zvládají noční směny dobře. Sama mohu jejích tvrzení potvrdit, protože s některými z nich jsem dělala rozhovor právě na noční směně a pracovnice působily odpočatě, mile a některé i energicky. Co se však jako možné riziko ukázalo, byla neochota uživatelů spolupracovat, tak zněla totiž odpověď pěti pracovnic v sociálních službách na otázku, „Co Vás v práci nejvíce vyčerpává?“ Domnívám se, že právě neochota uživatelů spolupracovat vyvolává u pracovnic frustraci, kterou zároveň posilují předsudky okolí, a vše umocňuje fakt, že s klienty jsou téměř celý den. Tohle vše mě vrací zpátky k Maroonově myšlence (Maroon, 2012) a proměnných pracovního prostředí a jejich vliv na vznik syndromu vyhoření.

Prodiskutovala jsem výsledky prvního okruhu, nahlédla na výsledky druhého okruhu a nyní zbývá poslední třetí okruh. Otázky obsažené v posledním okruhu mi napomohly k získání informací o tom, co sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách vnímají jako prevenci před syndromem vyhoření. Zmiňovanou problematiku jsem otevřela otázkou „Co Vám pomáhá oprostit se od starostí z práce?“ a bylo dobré slyšet, že rodina, přátelé, koníčky nebo dovolená. Nejen, že zastávám stejný názor a opravdu si myslím, že rodina je základ našeho života a kde jinde hledat oporu a pochopení, než právě u ní, ale také zároveň potvrzují princip sociální sítě, kam právě spadá rodina, přátelé, kolegové, j*ako významnou pomoc v boji se stresem, tak při zábraně emocionálního vyčerpání* (Křivohlavý, 1997, s. 92). Jako prevenci před syndromem vyhoření vnímají pracovnice i relaxační techniky, které napomáhají duševní hygieně. Ptala jsem se i na supervizi. Všechny komunikační partnerky uvedly, že mají možnost účastnit se supervizí ve svém zařízení, ale jako prevenci jí vnímá pouze 5 partnerek a z toho jedna sociální pracovnice, přičemž je zvláštní to, že na otázku „Co vnímáte jako prevenci před syndromem vyhoření?“ téměř všechny komunikační partnerky uvedly rozebírání situací s kolegy. A není supervize právě o umožnění prostoru k řešení vzniklých problémů se supervizorem a ostatními supervidovanými, o ventilování pocitů supervidovaných a o rozvoji profesionálních kompetencí (Teologická fakulta JU v Českých Budějovicích, 2007)?. Otázkou zůstává, jak je tedy doopravdy supervize vnímána mezi sociálními pracovnicemi a pracovnicemi v sociálních službách? Na to se už ale můj výzkum neorientoval.

Z provedeného výzkumu vyplývají následující odpovědi na výzkumné otázky:

Jak se sociální pracovníci orientují v problematice syndromu vyhoření?

Sociální pracovnice, které jsem v rámci výzkumu oslovila, se v problematice syndromu vyhoření orientují. Znají samotný pojem syndrom vyhoření, dokáží vyjmenovat jeho fáze a říci jaké má projevy. Orientují se i v možnostech léčby syndromu vyhoření.

Liší se faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi?

Ano, faktory se liší. U sociálních pracovnic se jako možné faktory rizika vzniku syndromu vyhoření ukázaly převažující práce s administrativou, nedostatečná výše platu, předsudky nejbližšího okolí a osobní psychická nepohoda. U pracovnic v sociálních službách jsou to faktory, jako je návratnost klientů, neochota uživatelů spolupracovat a u některých z nich i nedostatečná výše platu.

Co využívají sociální pracovníci jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?

Výsledky výzkumu ukázaly, že dovolená, přátelé a rodina pomáhá sociálním pracovnicím od starostí z práce. Ovšem jako samotnou prevenci před rozvojem syndromu vyhoření vnímají konzultace o zátěžových situacích s kolegy.

6 Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit hlavní faktory vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků v azylových domech pro matky s dětmi a zda-li jsou tito pracovníci ohroženější syndromem vyhoření než pracovníci v sociálních službách. Za tímto účelem byla zvolena kvalitativní strategie, technika polostrukturovaného rozhovoru a metoda dotazování. Výzkumu se zúčastnily pracovnice (sociální pracovnice a pracovnice v sociálních službách) z azylového domu pro matky s dětmi v Českých Budějovicích a ze Znojma.

Pro dosažení výše zmíněných cílů jsem si stanovila 3 výzkumné otázky. První otázka mapovala orientaci sociálních pracovnic v problematice syndromu vyhoření. Kde výsledky výzkumu ukázaly, že pojem syndrom vyhoření sociální pracovnice znají. Jeho projevy a léčbu také. Ale velké rozdíly se ukázaly ve znalostech o jeho průběhu. Druhá výzkumná otázka měla zjistit, zda-li se liší faktory vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovnic a pracovnic v sociálních službách. Z rozhovorů se sociálními pracovnicemi vyplynuly následující faktory: převažující práce s administrativou, nedostatečná výše platu, předsudky nejbližšího okolí a osobní psychická nepohoda. U pracovnic v sociálních službách výzkum ukázal faktory, jako je návratnost klientů, neochota uživatelů spolupracovat a u některých z nich i nedostatečná výše platu. Poslední výzkumná otázka směřovala k prevenci syndromu vyhoření a k tomu, co sociální pracovnice využívají jako prevenci před syndromem vyhoření. Z analýzy dat jsem se dozvěděla, že sociálním pracovnicím pomáhá od starostí z práce rodina, přátelé, koníčky nebo dovolená. Ke zvládání stresových situací jim napomáhají i relaxační techniky. Ptala jsem se i na supervizi, která je jednou z možností prevence, tu ale jako prevenci vnímá pouze jedna sociální pracovnice. Zajímavé však shledávám, že všechny sociální pracovnice uvedly na otázku „Co vnímáte jako prevenci před syndromem vyhoření?“ rozebrání situace s kolegy.

Cílem této práce bylo popsat hlavní faktory způsobující syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v azylových domech pro matky s dětmi. Výsledky výzkumu ukázaly, že těmi hlavními faktory jsou: převažující práce s administrativou, nedostatečná výše platu, předsudky nejbližšího okolí a osobní psychická nepohoda.

Dílčím cílem bylo zjistit, zda jsou sociální pracovníci ohroženější syndromem vyhoření než pracovníci v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi. Vzhledem k získaným výsledkům, kdy se faktory lišily, ani u jedné skupiny jich nebylo výrazně více, nelze tedy říci, zda jsou sociální pracovníci ohroženější než pracovníci v sociálních službách.

Odpověď sociálních pracovnic mě dovedla k přínosu předkládané práce. Myslím si, že výsledky výzkumu by mohly supervizorům poskytnout prostor pro zjištění, jak doopravdy je supervize vnímána mezi účastníky supervize. Přínos spatřuji i v informovanosti o tom, jak je problematika syndromu vyhoření diskutována na poli azylových domů pro matky s dětmi. A v neposlední řadě se domnívám, že práce může být přínosem pro samotné sociální pracovnice i pracovnice v sociálních službách, z důvodů uvědomění si nedostatků znalosti o syndromu vyhoření a k získání tak možnosti rozšíření si znalostí.

7 Seznam použité literatury

1. BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 86 s. ISBN 80-701-3439-9.
2. BERÁNKOVÁ, H. *Syndrom vyhoření a jeho prevence u pracovníků pomáhajících profesí.* Pardubice, 2013. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, Katedra věd o výchově. Vedoucí Jana Křišťálová.
3. ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Supervize: Stránky pro supervizory a supervidované* [online]. Praha, 2006 [cit. 2015-04-3]. Dostupné z: http://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/
4. ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.* Dostupné z: http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108
5. Domov pro matky a otce v tísni Znojmo. CHARITA ČR. *Oblastní charita Znojmo* [online]. 2015 [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: http://znojmo.charita.cz/charitni-sluzby/domov-pro-matky-a-otce-v-tisni/
6. HESS, K, T. HESS. *Psychotherapy supervision: theory, research, and practice*. 2nd ed. Hoboken, N.J.: Wiley, 2008, xv, 631 p. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 04-717-6921-5.
7. HILL, G. *Moderní psychologie: hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004, 280 s. ISBN 80-7178-641-1.
8. HAWKINS, P. a R. SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
9. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003, 223 s. ISBN 80-725-4329-6.
10. KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007.139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
11. KAŠPAR, M. *Budujte šestistěn a nevyhoříte*. In: *Youtube* [online]. [cit.12. 6. 2015] [vid. 2013-05-07]. Dostupné z: https://www.youtube.com/watch?v=M3KytsbBNi8

12. KEBZA, V., I. Šolcová. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. rozšířené a doplněné. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.
13. KOLÁČKOVÁ, J. Supervize In: Matoušek a kol.: *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013, 395 s. ISBN 978-802-6202-134.
14. KRAHULOVÁ, K. *Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesí in Sociální služby.* Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 10/2010, Tábor. ISSN 1803-7348.
15. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-807-3675-684.
16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998. 136 s. ISBN 80-7169-551-3.
17. KŘIVOHLAVÝ, J. a J. PEČENKOVÁ. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 78 s. ISBN 80-247-0784-5.
18. LEVICKÁ, J. a kol.: Sociálna práca s rodinou. Trnava: Mosty, n.f a FZSP TU 2004. ISBN 80-89074-93-6.
19. LINHAR, J., PETRUSEK M., VODÁKOVÁ, A., MAŘÍKOVÁ, H *Velký sociologický slovník.* 1996 Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-310-5.
20. LOVASOVÁ, L. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 32 s. ISBN 80-869-9166-0.
21. MATOUŠEK O., P. HARTL In: Matoušek: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.
22. MATOUŠEK, O a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013a, 395 s. ISBN 978-802-6202-134.
23. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 161 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 80-864-2919-9.
24. MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-802-6201-809.

25. MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
26. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ: *Národní zpráva o rodině*. [online]. Praha, 2004, 226 s. [cit. 2015-03-15]. Dostupné také z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/899/zprava_b.pdf
27. MONTERO-MARÍN, J. a J. GARCÍA-CAMPAYO. *A newer and broader definition of burnout: Validation of the "Burnout Clinical Subtype Questionnaire (BCSQ-36)". BMC Public Health* [online]. 2010, **10** (1): 302- [cit. 2015-05-12]. DOI: 10.1186/1471-2458-10-302. ISSN 1471-2458. Dostupné z: http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/302
28. MUSIL, L. *"Ráda bych Vám pomohla, ale…": dilemata práce s klienty v organizacích*. Vyd. 1. Brno: Marek Zeman, 2004, 243 s. ISBN 80-903-0701-9.
29. MÜHLPACHR, Pavel. *Sociopatologie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 194 s. ISBN 978-80-210-4550-7.
30. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. 1. vyd. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
31. NAVRÁTILOVÁ, J. *Azylové domy pro matky s dětmi* In: Matoušek a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Editor Alois Křišťan. Praha: Portál, 2013b, 570 s. ISBN 978-802-6203-667.
32. PETERKOVÁ, M. *Syndrom vyhoření: Fáze vyhořívání* [online]. © 2008- 2015 [cit. 2015-06-26]. Dostupné z: http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/faze-vyhorivani
33. Krizová pomoc. PROXIMA SOCIALE. *Proxima sociale: Služby v komunitě* [online]. [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: http://www.proximasociale.cz/krize.php
34. REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
35. RUSH, M. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2004. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
36. SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.

37. SMUTKOVÁ, L. *Sociální práce s rodinou.* 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2007, 107s. ISBN 80-7041-069-1.
38. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ ČR. *Etický kodex sociálních pracovníků* [online]. 2006 [cit. 2015-07-14]. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_sspcr.pdf
39. STANDARDY KVALITY SLUŽEB. Interní dokument Domova pro matky a otce v tísni, 2009
40. STIBALOVÁ, K. Co je to Burnout syndrom. In: *Sociální služby*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 10/2010, Tábor. ISSN 1803-7348
41. STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
42. ŠIK, V. *Supervize jako forma prevence syndromu vyhoření v procesu vzdělávání.* Metodický portál: Články [online]. 10. 12. 2013, [cit. 2015-04-26]. Dostupný z WWW: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/17915/SUPERVIZE-JAKO-FORMA-PREVENCE-SYNDROMU-VYHORENI-V-PROCESU-VZDELAVANI.html>. ISSN 1802-478
43. ŠVAŘÍČEK, R. a K. ŠEĎOVÁ a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 384 s. ISBN 978-80-7376-313-0
44. ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a "vyhoření" u profesionálů pracujících s lidmi*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006, 82 s. ISBN 80-737-2105-8.
45. TOŠNER, J. a T. TOŠNEROVÁ. *Burn-out syndrom*, Praha: Hestia, 2002
46. TEOLOGICKÁ FAKULTA JU V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH. *Supervize v sociální práci: Studijní materiál* [online]. České Budějovice, 2007, 23 s. Dostupné také z: http://old.tf.jcu.cz/getfile/5ef5cc3429c30

8 Přílohy

Příloha 1- Otázky pro rozhovor se sociálními pracovnicemi

Okruh 1 - Základní výzkumná otázka 1- Jak se sociální pracovníci orientují v problematice syndromu vyhoření?

1. Jak dlouho jste zaměstnaný/á v zařízení?
2. Slyšel/a jste už někdy o pojmu syndrom vyhoření?
3. Víte, jaká jsou rizika? Z čeho syndrom vyhoření vzniká?
4. Pokud ano, jak tomuto pojmu rozumíte?
5. Víte, jak se projevuje? Jaké má příznaky?
6. Jak si myslíte, že se chovají lidé, kteří trpí tímto syndromem?
7. Znáte průběh tohoto syndromu?
8. Slyšel/a jste o fázích syndromu vyhoření?
9. Jak si myslíte, že probíhá léčba syndromu vyhoření?

Okruh 2 - Základní výzkumná otázka 2- Liší se faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi?

1. Kolik času (přibližně) strávíte denně s klientem, administrativou, případně jinou činností?
2. Co vnímáte jako riziko syndromu vyhoření?
3. Jak vnímáte to, že se k Vám někteří klienti vrací?
4. Jak se vypořádáváte se vzniklými konflikty s klienty, případně s jejich rodinou a blízkými?
5. Popište mi prosím, jak vnímáte sociální situaci klientů?
6. Co říká Vaše nejbližší okolí (rodina, přátelé) na Vaše zaměstnání?
7. Jak se cítíte ve Vašem pracovním kolektivu?
8. Jste spokojeni s výši svého platu?

Okruh 3 - Základní výzkumná otázka 3- Co využívají sociální pracovníci jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?

1. Co vnímáte jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?
2. Co Vám pomáhá oprostit se od starostí z práce?
3. Využíváte nějaké relaxační techniky?
4. Máte nějaké své techniky, které Vám pomáhají proti vypjatým (stresovým) situacím?
5. Máte možnost ve Vaší organizaci využívat supervizi?
6. Pokud ano, vnímáte ji jako prevenci před syndromem vyhoření?

Příloha 2- Otázky pro rozhovor s pracovnicemi v sociálních službách

Okruh 1 - Základní výzkumná otázka 1- Jak se sociální pracovníci orientují v problematice syndromu vyhoření?

1. Jak dlouho jste zaměstnaný/á v zařízení?
2. Slyšel/a jste už někdy o pojmu syndrom vyhoření?
3. Víte, jaká jsou rizika? Z čeho syndrom vyhoření vzniká?
4. Pokud ano, jak tomuto pojmu rozumíte?
5. Víte, jak se projevuje? Jaké má příznaky?
6. Jak si myslíte, že se chovají lidé, kteří trpí tímto syndromem?
7. Znáte průběh tohoto syndromu?
8. Slyšel/a jste o fázích syndromu vyhoření?
9. Jak si myslíte, že probíhá léčba syndromu vyhoření?

Okruh 2 - Základní výzkumná otázka 2- Liší se faktory rizika vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v azylových domech pro matky s dětmi?

1. Popište mi prosím Váš běžný pracovní den.
2. Kolik času (přibližně) strávíte denně s klientem, administrativou, případně jinou činností?
3. Co Vás v práci nejvíce vyčerpává (emočně i fyzicky)?
4. Jak zvládáte noční směny?
5. Jak vnímáte to, že se k Vám někteří klienti vrací?
6. Jak se vypořádáváte se vzniklými konflikty s klienty, případně s jejich rodinou a blízkými?
7. Popište mi prosím, jak vnímáte sociální situaci klientů?
8. Jste spokojeni s výší svého platu?
9. Jak se cítíte ve Vašem pracovním kolektivu?

Okruh 3 - Základní výzkumná otázka 3- Co využívají sociální pracovníci jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?

1. Co vnímáte jako prevenci před rozvojem syndromu vyhoření?
2. Co Vám pomáhá oprostit se od starostí z práce?
3. Využíváte nějaké relaxační techniky?
4. Máte nějaké své techniky, které Vám pomáhají proti vypjatým (stresovým) situacím?
5. Máte možnost ve Vaší organizaci využívat supervizi?
6. Pokud ano, vnímáte ji jako prevenci před syndromem vyhoření?