

Příčiny a důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků ve státní správě

Miroslava Matějková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2012/2013

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Miroslava MATĚJKOVÁ**
Osobní číslo: **H10212**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Příčiny a důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků ve státní správě**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblastí zátěže a stresu sociálních pracovníků.
Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.
Realizace kvantitativního výzkumu.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

ARNOLDOVÁ, Anna. Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení: II. část – Sociální pomoc a sociální služby. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-802-4618-524.

BEDRNOVÁ, Eva et al. Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.

CHRÁSKA, Miroslav. Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada – Avicenum, 1994. ISBN 80-716-9121-6.

MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-802-6201-809.

MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8473-7.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jana Jurčíková

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

30. listopadu 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

3. května 2013

Ve Zlíně dne 19. února 2013


doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užit své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 22.03.2013



¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezahrnuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá determinací psychických úskalí v pomáhajících profesích. Charakterizuje zátěž a stres obecně, zabývá se zdroji zátěže, jejími příčinami a reakcemi na prožitou zátěž a vlivem stresu na zdravotní stav člověka. Dále provází problematikou syndromu vyhoření od obecného pojetí až po nástroje stanovení diagnózy. Popisuje sociálního pracovníka ve státní správě a následně se zaměřuje na užší oblast a to na výkon profese sociálního pracovníka podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, konkrétně v oblasti příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o specifikaci jednotlivých činností ve vybrané sociální oblasti ve vztahu k zátěži a stresu. Cílem bakalářské práce je zjištění příčin a důsledků zátěže a stresu sociálních pracovníků u vybrané skupiny sociálních pracovníků formou kvantitativně orientovaného pedagogického výzkumu s použitím výzkumné metody sběru dat pomocí dotazníku. Dále je cílem identifikování příčin zátěže a stresu a zkoumání vlivu zaměstnání v sociální oblasti na kvalitu osobního života a zdraví.

Klíčová slova: pomáhající profese, sociální pracovník, sociální práce, stres, syndrom vyhoření, zátěž.

ABSTRACT

The main focus of the study is to determine psychological concerns in the social care services. It characterizes pressure and stress in general, it studies the source of the pressure, what causes it, what can be the result of the pressure, and how it affects general health of the worker. Furthermore, it walks us through the syndrome of the staff burnout from a general point of view to the assessment of the diagnostics. The research describes the social worker in the state administration and it further narrows in on the performance of the social worker under the Social Services Act , no. 108/2006, more specifically in the area of client care and pension entitlement for persons with disabilities. The research tries to identify the connection between the individual activities in the specific social care services and the stress and pressure they precipitate. The study's objective is to map out the sources and the consequences of the pressure and stress experienced in a handicapped group of social

services workers through quantitatively directed pedagogic research where investigative questionnaires have been used to collect the data. The goal is also to identify the causes of pressure and stress , and to examine what influence the employment in this caring labour has on the quality of person's life and health.

Keywords: to help the profession, social worker, social work, stress, burnout, stress.

Motto:

„Porozumět si neznamená přizpůsobit se jedni druhým, ale pochopit navzájem svou identitu.“

Václav Havel

Poděkování:

Děkuji Mgr. Janě Jurčíkové za metodické vedení mé bakalářské práce. Děkuji svým nejbližším za podporu a pochopení po celou dobu mého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 DETERMINACE PSYCHICKÝCH ÚSKALÍ V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH	13
1.1 CHARAKTERISTIKA ZÁTĚŽE.....	14
1.1.1 Zdroje zátěže a její příčiny.....	15
1.1.2 Reakce na prožitou zátěž.....	16
1.2 CHARAKTERISTIKA STRESU.....	17
1.2.1 Příčiny stresového stavu.....	18
1.2.2 Vliv stresu na zdravotní stav.....	18
1.3 CHARAKTERISTIKA DEPRESE.....	19
1.3.1 Nejpodstatnější znaky deprese.....	20
1.4 CHARAKTERISTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	21
1.4.1 Prožívání a symptomy vyhoření.....	22
1.4.2 Nástroje pro diagnózu vyhoření.....	23
2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE STÁTNI SPRÁVĚ	25
2.1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK PODLE ZÁKONA Č. 108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	26
2.2 VÝKON AGENDY PŘÍSPĚVKU NA PÉČI A DÁVEK PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	27
3 SPECIFIKACE ČINNOSTÍ VE VYBRANÉ SOCIÁLNÍ OBLASTI	30
3.1 PRÁCE S KLIENTY.....	30
3.1.1 Osoby dlouhodobě nemocné.....	31
3.1.2 Osoby se zdravotním postižením.....	32
3.1.3 Senioři.....	33
3.2 TERÉNNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE, SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ.....	33
3.3 VÝKON AGENDY NA PRACOVIŠTI.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 DESIGN VÝZKUMU	38
4.1 CÍLE VÝZKUMU.....	38
4.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	38
4.2.1 Pojetí výzkumu.....	39
4.2.2 Výzkumný soubor.....	39
4.2.3 Způsob zpracování dat.....	40
5 ANALÝZA DAT	41
6 INTERPRETACE DAT	69
6.1 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZY.....	71
6.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	73
ZÁVĚR	75
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	76
SEZNAM TABULEK	78

SEZNAM GRAFŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH.....	81

ÚVOD

Téma bakalářské práce Příčiny a důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků ve státní správě bylo zvoleno z důvodu pracovní angažovanosti a dlouholeté praxe v sociální oblasti. Sociální práce jako pomoc potřebným znamená pomoc ve smyslu hmotného zajištění i poradenství. Se zátěží a stresem se setkáváme v každodennosti našich životů, v partnerských vztazích, při výchově dětí, při výkonu povolání. Pro objasnění problematiky definujeme pojmy obecně a poté se zaměřujeme na specifikaci sociální oblasti. Výkon profese v sociální oblasti je mimo jiné náročný z hlediska psychické zátěže a stresu.

Sociální oblast sama o sobě je oblastí velmi širokou a různorodou, zahrnující spoustu činností a agendy. Je tedy na místě v bakalářské práci popsat tuto oblast v širším spektru počínaje státní správou a zúžit do oblasti, která se bude přímo dotýkat empirického výzkumu profese sociálních pracovníků agendy příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením. Obecně se v sociální oblasti setkáváme s lidmi, kteří jsou nezaměstnaní, bez přístřeší, se seniory, s osobami dlouhodobě nemocnými nebo s osobami se zdravotním postižením. Tito lidé mimo hmotného zajištění potřebují slyšet slova povzbuzení, útěchy, chtějí se svěřit ze svých těžkostí, povídat si o svém trápení, o nemocech svých nebo svých blízkých. Sociální pracovník se ve své profesi setkává s lidmi s těžkým onemocněním, s lidmi upoutanými na lůžko i s lidmi umírajícími. Provádění sociálního šetření v domácnostech klientů, jednání s klienty na pracovišti, poskytování dávek, jejich zpracování a vyplácení, vedení spisové dokumentace při častých změnách legislativy a změnách v počítačových aplikacích představuje nápor na psychickou stránku sociálního pracovníka. Výsledkem může být vyústění zátěže do takové míry, kterou ne každý pracovník dokáže zvládat jako zátěž reálnou. Důležitou roli zde hraje intenzita zátěže a přítomnost stresu a dlouhodobost jejich působení, což může také vyplývat z délky konané praxe v profesi sociálního pracovníka a může vést až k syndromu vyhoření.

Pro zmapování příčin a důsledků zátěže a stresu sociálních pracovníků se v rámci empirického výzkumu zabýváme zjištěním, které oblasti výkonu profese konkrétně sociálním pracovníkům agendy příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením způsobují největší zátěž, co na jejich psychickou oblast v zaměstnání působí nejvíce negativně, do jaké míry se oni sami cítí ohroženi stresem a které zdravotní symptomy se u nich projevují při zátěži nebo stresu. Dále zkoumáme, jak tato psychická úskalí při výkonu jejich profese ovlivňují oblast zdraví a jak se odráží v kvalitě jejich osobního života.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DETERMINACE PSYCHICKÝCH ÚSKALÍ V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Každá profese s sebou přináší určitá psychická úskalí. Pomáhající povolání jsou však v tomto ohledu nejexponovanější. Ať už se jedná o sociální pracovníky, lékaře, sestry nebo psychology – všichni mají společné, že jejich, použijme v tuto chvíli ne zcela přesné slovo „klienti“, jsou lidé, kteří se z nějakého důvodu ocitli v takové životní situaci, kdy potřebují jejich služby. Všechny pomáhající profese jsou tak jakoby dopředu předurčeny k tomu, že jejich profese s sebou bude přinášet větší či menší míru psychického vypětí. Na úvod si definujme několik základních pojmů, o kterých budeme v následujících kapitolách hovořit.

Podle Kopřivy je pomáhající profese taková řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Každá z těchto profesí má svou odbornost, tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit. Velmi podstatnou roli také hraje prvek, kterým je lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Dá se říci, že v pomáhajících profesích je hlavním nástrojem pracovníka především jeho osobnost. Říká se například, že „nejúčinnějším lékem je lékař“. (Kopřiva, 2011, s. 14)

„ Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.“ (Matoušek, 2003, s. 11)

Psychických úskalí v profesích sociální práce je několik. Patří k nim zátěž, stres a syndrom vyhoření. Všechna je podrobněji zmíníme později. Jejich příčin je celá řada, jednou z nejdůležitějších je překročení hranic při pomáhání. Hlavním problémem při pomáhání je to, že pracovník bere záležitosti klienta příliš za svoje vlastní. Hranice mezi pracovníkem a klientem je naprosto nezbytná, ale neznamená to netečnost či lhostejnost vůči klientům. Pokud není hranice jasně stanovena a dodržována, trpí nejen pomáhající, ale také celý proces pomáhání. Částečně k tomuto mohou pomoci etické kodexy – Etický kodex sociálních pracovníků České republiky a Mezinárodní etický kodex sociální práce.

Etické kodexy sociálních pracovníků jsou vydávány profesními asociacemi. V roce 1990 vznikla v České republice Společnost sociálních pracovníků, etický kodex byl vydán v roce 1995. (Matoušek, 2003, s. 41)

V obecné rovině se etické kodexy zpravidla věnují tématům jako jsou: respektování jedinečné hodnoty a důstojnosti každé lidské bytosti, podpora sebeurčení klienta a podpora sociální spravedlnosti a profesní integrity. (Matoušek, 2003, s. 42)

1.1 Charakteristika zátěže

Každý z nás se v průběhu života dostane do situací, které jsou pro něj určitým způsobem nové, a my se teprve učíme, jak je řešit nebo na nás působí tak intenzivně, že se po nějaký kratší či delší čas cítíme nadměrně zatíženi.

V běžném životě se setkáváme se situacemi, při jejichž řešení používáme již osvojených algoritmů. V podstatě si vystačíme s navyklými schémata myšlení a jednání, která používáme ke zvládnání obdobných problémů. Toto v nás vytváří pocit bezpečí a jistoty právě v podobě zaběhaných návyků a stereotypů. Má to však tři zásadní nedostatky:

- vede to k určité rutině
- oslabuje to naši celkovou otužilost
- snižuje to naši flexibilitu a tvořivost. (Bedrnová, 2009, s. 65)

Z výše uvedeného je patrné, kde můžeme spatřovat kořeny zátěže. Podle Bedrnové je to v takovém případě, kdy se v našem životě vyskytne situace, ve které nemáme „po ruce“ určitý vhodný a námi zažitý algoritmus. V tu chvíli se ocitáme v náročné situaci, kdy náročnost může být různé intenzity. Můžeme rozlišit tři stupně zátěže. Jednak je to reálná životní zátěž, kterou sice jako zátěž pocítujeme, ale dokážeme se s ní docela dobře vyrovnat. V podstatě od nás žádá jen více energie a úsilí než obvykle. Dalším stupněm zátěže je tzv. mezní (limitní) zátěž. Ta je charakterizována jako „vyhrocený rozpor mezi objektivními požadavky na interakci jedince s prostředím a jeho předpoklady si s nimi poradit“. Zde se nedá dopředu říci, zdali člověk v takové situaci selže či nikoliv. Posledním stupněm je tzv. extrémní zátěž, která představuje takové nároky na jedince, že ten ji není schopen zátěž zvládnout a v dané situaci selhává. Tyto situace jsou v běžném životě méně obvyklé, patří mezi ně války, přírodní katastrofy a pohromy. (Bedrnová, 2009, s. 66)

1.1.1 Zdroje zátěže a její příčiny

Za zdroje zátěže, zejména pokud hovoříme o psychické zátěži, bývají považovány nepřiměřené úkoly, problémové situace, překážky, konflikty a stres. O stresu se zmíníme v další kapitole. Z vyjmenovaných příčin se pracovníků v pomáhajících profesích týkají v podstatě všechny. Například nepřiměřené úkoly jsou v celkovém posuzování velice subjektivním faktorem. To, co se jednomu může jevit jako příliš náročné, druhý tak vnímat nemusí.

„Jde obvykle o úkoly, které svou kvantitou nebo kvalitou překračují naše fyzické a zejména psychické možnosti, narušují naše biorytmy a prohlubují naši únavu až do stavu fyzického či psychického vyčerpání.“ (Bedrnová, 2009, s. 71)

Měřítko pro to, co je nebo není nepřiměřeným úkolem, je rovněž zcela individuální, pocítujeme-li však popsané projevy, můžeme hovořit o nepřiměřeném úkolu. Pro pracovníky v pomáhajících profesích však bývají mnohem charakterističtější další příčiny zátěže a to jsou problémové situace a překážky. Pokud mají trvalejší ráz a jsou dlouhodobé, mluvíme již o tzv. frustraci.

„Jde-li o překážky dlouhodobé, tj. zablokování cest k dosažení stanovených cílů má trvalejší ráz, jde o frustraci. Pojem frustrace vyjadřuje jednak samo toto zablokování, ale také výsledný stav neuspokojení až strádání, který v souvislosti s tím zakoušíme. Jde-li dokonce o zablokování možností uspokojit základní biologické a sociální potřeby, bývá takový stav označován jako deprivace, tj. taková míra strádání, která může do budoucna zásadním způsobem nepříznivě ovlivnit naši psychiku, ale i fyzický stav organismu.“ (Bedrnová, 2009, s. 71-72)

A frustrace bývá prvním krokem k syndromu vyhoření, o kterém budeme taktéž hovořit. U sociálních pracovníků jsou problémové situace a překážky na denním pořádku, nelze se jim vyhnout. Stejně jako konflikty, které bývají významným zdrojem zátěže.

Zjednodušeně můžeme konflikty rozdělit na vnitřní a vnější, intraindividuální a interindividuální. Intraindividuální jsou konflikty, které prožíváme sami v sobě, řešíme svoje postoje a hodnoty v nějaké situaci, kterou chceme vyřešit, ale nejsme si jisti, která z nabízených alternativ je pro nás nejpřitažlivější. Interindividuální konflikty naopak představují střet jedince s jinými lidmi a to zejména v důsledku rozdílných názorů, myšlenek, postojů a způsobu jednání. (Bedrnová, 2009, s. 72-73)

1.1.2 Reakce na prožitou zátěž

Jak již bylo uvedeno, každý z nás vnímá a interpretuje zátěž jinak. Tatáž zátěž může být pro jednoho limitní, pro jiného pouze zátěží reálnou, kterou hodnotí jako prostou náročnou situaci.

Vše záleží jednak na našich individuálních osobnostních dispozicích, ale také na tom, jak jsme byli pro život připravováni, zda jsme byli opečovávaní nebo formováni jako lidé do nepohody. Také bezesporu záleží na tom, zdali jsme se s podobnou situací měli možnost v minulosti již někdy setkat a v podstatě si ji „vyzkoušet“. To jak tedy reagujeme na danou zátěž, je dáno zejména naší připraveností na ni. A připravenost na psychickou zátěž bývá určitě nejvíc dána výchovou, tedy kromě našich osobních dispozic. Způsob výchovy nás zcela jasně formuje pro to, abychom byli později schopní zvládat zátěžové situace. (Bedrnová, 2009, s. 67-68)

Avšak ať je zátěž jakkoliv intenzivní, vždy se více či méně projeví nějaká dlouhodobější reakce. Záleží na tom, zda člověk danou zátěž zvládl nebo nezvládl. Ten, který zátěž zvládl, mívá projevy charakteristické pro vítěze. Někdy si také začne nasazovat laťku nahoru, má pocit, že zvládne i každý složitější úkol. Reakce poražených bývají spíše poznamenány snahou vyvarovat se náročnějším úkolům, často je také provází zklamání. Zejména u sociálních pracovníků může reakce na zátěž dosahovat až extrémních poloh. V tomto případě není důležitá jen prevence. Člověk by si měl jasně vymezit především to, které situace mají charakter limitní až extrémní zátěže, jaké schémata chování lze při zvýšené zátěži nastolit a jaké symptomy signalizují, že možná dojde k selhání. Jedině tak lze předcházet zátěži, která je neúměrná, která může vyvolat řadu dalších negativ – od stresu až po syndrom vyhoření.

Podle Bedrnové mohou reakce na nezvládnutou zátěž přejít do fáze:

- izolace osoby – fáze, kdy se člověk vyhýbá ostatním a utíká do samoty
- fantazii a snění – fáze, kdy člověk raději volí fantazii a sny namísto reálného života
- únik do nemoci – fáze, kdy člověk může buďto jen zdánlivě nebo skutečně prožívat některé příznaky nejrůznějších onemocnění jako například migrénu, srdeční potíže
- potlačení a popření – fáze, kdy člověk má snahu nevidět nepříznivé situace
- fixace – fáze, kdy se člověk upne na osobu, která by měla jeho problém vyřešit.

(Bedrnová, 2009, s. 231-231)

1.2 Charakteristika stresu

Pro následující charakteristiku stresu uvádíme několik definic a tím několik pohledů na stres.

„Stres...stres...stres..., drncají kola podzemní dráhy. Na křižovatce zrovna naskočila červená: proč ten trouba přede mnou brzdí, ještě bych to projel...stres! Telefon zvoní, právě když pospíchám na vlak...stres! Patnáctiletá dcera chce antikoncepční pilulky...stres! Syna zase před chvílí srazili na mopedu...stres! Má se snižovat počet zaměstnanců v mém podniku...stres! Bulka na prsu, podezřelý rentgenový nález při kontrolním vyšetření...stres!“ (Renaud, 1993, s. 7) Tak popisuje stres ve své knize Jacqueline Renaud a můžeme říci, že tak jej asi poznal každý z nás. Co to je vlastně stres?

„Americký fyziolog Canon definoval již v roce 1920 stres jako stav, do něhož se zvíře dostane při stimulaci vyvolávající útěkovou nebo útočnou reakci. Jinými slovy – je to reakce na agresi.“ (Renaud, 1993, s. 12)

Křivohlavý na stres nahlíží jako na vnitřní stav člověka, který se cítí přímo něčím ohrožován nebo ohrožení očekává a domnívá se, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná. (Křivohlavý, 1994, s. 10)

Podle Nováka exkurzí do Slovníku cizích slov zjistíme, že stres je stav psychické zátěže, která vzniká tím, že na člověka v době uspokojování jeho potřeb nebo v době, kdy chce dosáhnout nějakého cíle, působí rušivý faktor a že stresorem je činitel, původce, podnět, příčina stresů nebo stresového stavu. Přitom se může jednat o tělesný faktor. (Novák, 2004, s. 77)

Dle Křivohlavého lze pojem stresor chápat jako vliv, který negativně působí na člověka. Stresor může působit jako faktor materiální i sociální. Jako materiální faktor lze uvést například nedostatek potravy nebo tekutiny a jako sociální faktor lze uvést skutečnost, jak lidé na sebe vzájemně působí, například působení lidí hrubých, netaktních, agresivních. Za stresor můžeme považovat i nedostatek času, místa, pocit osamění. (Křivohlavý, 1994, s. 12)

Stres také můžeme rozdělit podle parametrů vnější situace, které stres způsobují, ale také podle stavu organismu, který se v takové situaci ocitá. Podle těchto kritérií dělíme stres na eustres a distres. Eustres chápeme jako situaci a následně na to také reaguje náš

organismus, kdy svým způsobem nadstandartní podněty na nás působí spíše jako výzva. My se snažíme v této situaci jednat dynamicky, aktivně a řešíme přicházející problémy nebo úkoly efektivně. V opačném případě distres představuje situaci, ve které již nestandardní podněty působí škodlivě. Již nejsme schopni situaci a úkoly, které přináší zvládnout, přináší s sebou nejen psychické, ale části i zdravotní potíže. (Bedrnová, 2009, s. 225-226)

1.2.1 Příčiny stresového stavu

Obecně za příčiny stresového stavu považujeme tzv. stresory. Nutno ovšem říci, že pro každého člověka jsou zcela individuální, někteří se dostávají do stresu prakticky ve všech situacích, jiní jsou vůči stresu jakoby imunní. Důležitá je však naše způsobilost zátěž či stres rozpoznat.

Na velikost zátěže lze nahlížet z objektivního i subjektivního pohledu. Z objektivního hlediska můžeme zátěž zkoumat v závislosti na její reálné míře, ze subjektivního hlediska pak podle toho, jak zátěž jedinec vnímá a prožívá, a to na základě svých psychických a fyzických dispozic. (Bedrnová, 2009, s. 227)

Stresory, které jsou hlavními příčinami stresového stavu, představují celou skupinu jevů. Mohou to být fyzikální stresory, emocionální stresory a ve vztahu k pomáhajícím profesím mluvíme zejména o stresorech, které mají sociální faktor – třeba působení jednoho člověka na druhého (např. působení protivných, agresivních, netaktních, hrubých, neurvalých lidí). Stresorem může být i nedostatek času, situace osamění či naopak nedostatek místa apod. (Křivohlavý, 1994, s. 12)

1.2.2 Vliv stresu na zdravotní stav

Stres má mimo všech ostatních nepříznivých důsledků negativní vliv na náš zdravotní stav. Depresi jako důsledek stresu zmíníme v další kapitole.

V souvislosti se stresem mluvíme o tzv. psychosomatických onemocněních nebo také o stresových nemocech. Byla prokázána souvislost stresu s onemocněním srdce i rakovinou. Pokud se člověk dostane do stresu, neznamena to automaticky, že onemocní. Záleží na řadě faktorů, v každém případě se ale člověk, žijící pod dlouhodobým stresem dostává do jakési řetězové reakce vztahu stresu a nemoci. (Křivohlavý, 1994, s. 34)

Díky stresu se snižuje odolnost organismu vůči nemocem. Nejvíce stresem trpí určitě srdce a spolu s ním i cévy. Tzv. nemoc právníků a soudců – angina pectoris či srdeční

arytmie, má bezpochyby příčinu v permanentním stresu jejich povolání. Nepříznivě stres působí také na žaludek. Souvislost stresu a rakoviny je třeba chápat spíše než jako to, že stres je tím, co rakovinu vyvolává, jako to, že ji vyvolává nezvládnutí stresové situace. Rakovinou není ohrožen ten, kdo se dostane do stresu, ale ten, kdo jej nezvládne. (Křivohlavý, 1994, s. 37)

1.3 Charakteristika deprese

Deprese se v dnešní době stává běžnou nemocí a také druhou nejčastější příčinou pracovní neschopnosti. Depresi můžeme nazvat jakousi moderní nemocí, která bezpochyby mívá mnoho příčin.

Pro zrod deprese (depresivních nálad, smutku, těžkomyslnosti) jsou nejdůležitější ty představy nebo postoje a myšlenky, které se týkají toho, jak hodnotíme sami sebe a jak si sebe ceníme, toho, jak se díváme na svůj další život do budoucna a toho, v jakém světle hodnotíme svět (věci a lidi) kolem sebe. (Křivohlavý, 2003, s. 43)

Dle Bedrnové dělíme depresi na tři stupně:

- Neurotická deprese – jedná se o nejlehčí stupeň; jde o reakci na určitou těžkou životní situaci, tento depresivní stav netrvá déle než jeden měsíc, většinou dojde k jeho samovolnému odeznění nebo je tento stav zaléčen cílenou podpůrnou psychoterapeutickou intervencí.
- Depresivní porucha osobnosti – jedná se o těžší stupeň; její projevy jsou obdobné jako u neurotické deprese, ale je již obtížněji zvládnutelná, symptomy jsou trvalého charakteru a jedinec i jeho okolí se musí naučit s takovou poruchou žít.
- Psychotická deprese – jedná se o nejtěžší stupeň; v tomto případě se k příznakům deprese přidávají další psychotické znaky, jako jsou halucinace a bludy, případně ztráta pohyblivosti. U tohoto stupně deprese je nutná pouze lékařská intervence formou léků nebo také elektrošoků, jinak by mohlo dojít až k sebepoškozování nemocného nebo k jeho úmrtí. (Bedrnová, 2009, s. 90)

U velké části populace se v současné době nachází pocit přetížení, jak v zaměstnání, tak v rodině a při zvládání života obecně. V dnešním světě, ve kterém lze dělat cokoliv, reagují naše duše depresí. (Grün, 2009, s. 7)

Podle Grüna je další nepochybně stejně důležitou příčinou vyvolávající depresi ztráta proporcí vzhledem k našemu sebepojetí. Musíme se v životě smířovat se svou průměrností – s tím, že vždy nemůžeme být naprosto dokonalí, nejlepší, že máme své chyby. A dalším, možná nejdůležitějším důvodem je patologizace lidského utrpení. Pokud v dnešní době nesmí mít v životě místo smutek a utrpení, reagujeme na to depresí. (Grün, 2009, s. 7)

Depresivní lidé také bývají demotivovaní. Ztratili motivaci a iluze, že „spasí“ tento svět. Setkáváme se s tím u všech lidí, kteří trpí depresemi a pro něž je typické, že předtím hodně pracovali. Najednou nemohou nic. Přichází deprese z vyčerpání.

„Jejich vyčerpanost se pak projevuje jako deprese. Deprese z vyčerpání se dostavuje častěji u žen než u mužů, zejména pokud jde o ženy nadmíru svědomité a ctižádostivé, které si zároveň nejsou jisté samy sebou. Taková deprese nepřichází prostě proto, že člověk příliš pracovat. Pochází z trvalé afektivní tenze a emocionálního přetížení. Pokud ženy dlouho pracují v prostředí plném napětí, může to vést k depresím z vyčerpání. U mužů mívá deprese z vyčerpání příčinu v nedostatku uznání za jejich práci nebo v časovém tlaku, pod nímž pracují, a v neustálém vyrušování, pokud jde o intelektuální práci.“ (Grün, 2009, s. 53)

1.3.1 Nejpodstatnější znaky deprese

Odpovědi na otázku, které příznaky pro depresi jsou nejpodstatnější, můžeme hledat u odborníků, kteří jsou svou profesí depresi blízko a kteří se jí zabývají takřka po celý život. Jsou to například lékaři, psychoterapeuti, psychologové. Mezi nejpodstatnější znaky deprese dle odborníků řadíme následující:

- depresivní nálada
- snížený zájem o život
- snížená chuť k jídlu
- myšlenky na dobrovolný odchod ze života (sebevraždu)
- snížená schopnost na něco se soustředit
- podstatně nižší životní energie
- nespavost nebo naopak zvýšená spavost
- snížené sebevědomí
- snížená pohyblivost. (Křivohlavý, 2003, s. 20)

1.4 Charakteristika syndromu vyhoření

„Syndrom vyhoření lze charakterizovat jako stav emocionálního vyčerpání, který vzniká jako důsledek nadměrných psychických a emocionálních nároků.“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7)

První zmínky o syndromu vyhoření byly publikovány v USA v letech 1974 psychoanalytikem H. Freudenbergerem. Pojem zavedl ve svém článku, který pojednával o vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení. V 70. a 80. letech začala narůstat vlna zájmu o problematiku vyhoření ve vztahu k převážné většině dalších profesí, kde se předpokládal výskyt syndromu vyhoření a k této problematice bylo vydáno mnoho anglicky psaných publikací. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7)

Každá pomáhající profese, tedy i profese sociálního pracovníka, s sebou nese riziko nadměrné psychické zátěže. V jejím důsledku se pak sociální pracovníci v pomáhajících profesích dostávají do slepé uličky – pocítují zklamané naděje a svou kdysi nekonečnou obětavost proměňují v lhostejnost vůči klientům.

Pokud se jedná o osobní styk pracovníků s druhými lidmi, kteří se nacházejí v těžkých situacích, potom to platí i o pracovnících v sociálních službách, sociálních pracovnících, sociálních poradcích a kurátorech, pracovnících vězeňské služby a policie. (Křivohlavý, 2012, s. 28-29)

„Schaufeli a kolektiv (1993) na základě měření míry psychického vyhoření pomocí dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory – „inventář psychického vyhoření“, který se sestavila Christina Maslachová) uvádí, že u lidí, kteří pracují s lidmi v tzv. sociálních povoláních, postihuje burnout 10-25 % pracovníků.“ (Křivohlavý, 2012, s. 29)

Syndrom vyhoření můžeme chápat jako sociální a psychologický pojem, který se nachází především v pomáhajících profesích. Do této skupiny můžeme zařadit psychology, sociální pracovníky, patří do ní také lidé, kteří se zabývají v zaměstnání výchovou, vzděláváním, dále lidé, kteří jsou zaměstnání v oblasti medicíny a v neposlední řadě například zdravotní personál v domovech sociálních zařízení. Hlavním důvodem, proč jsou zmiňovány uvedené profesní skupiny, je především silný tlak, který je příznačný při výkonu jejich každodenní práce. (Maroon, 2012, s. 10-11)

Pojem vyhoření (burnout) se nejprve používal jen omezeně – aplikoval se na prostředí, kde se pečovalo o lidi v krizových životních situacích. Zde byl syndrom patrný již na první pohled – lékaři často trpěli bolestmi hlavy, psychiatři měli tendence k sebevražednému jednání. Teprve později se stal oficiální pojem syndrom vyhoření v sociální práci. (Maroon, 2012, s. 11)

1.4.1 Prožívání a symptomy vyhoření

Jak jsme již zmínili v předešlé kapitole, vědci zabývající se syndromem vyhoření zkoumají tento jen z různých hledisek a pohledů. Jedna však mají všechny tato východiska společné a to jsou příznaky syndromu vyhoření.

Podle Novosada syndrom vyhoření signalizuje řada symptomů, počínaje tím, že se člověk necítí dobře, bývá psychicky, tělesně i emocionálně vyčerpaný, unavený, má pocity marnosti, cítí se bezmocný, ztratil chuť do práce a nepocituje ani radost ze života, zadané úkoly plní buďto mechanicky nebo setrvačně. (Novosad, 2009, s. 185-186)

Podle Kopřivy můžeme prožívání a symptomy vyhoření vymezit takto:

Je-li naše energetická bilance dlouhodobě záporná (nemáme-li zdroje radosti v životě a nejsme-li dobře zakotveni v těle), dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření. K jeho projevům patří deprese, lhostejnost, cynismus, stažení se z kontaktu s okolím, ztráta sebedůvěry, časté nemoci i tělesné potíže. Není to obyčejná únava, ani přechodná krize, u které můžeme věřit, že čas momentální depresi vyléčí. Není to ani tendence si stěžovat, naříkat a postonávat jako charakterový rys. Je to vždy otázka po smyslu vlastní práce. Když se práce nedaří, je silnější i pochybnost o její smysluplnosti. (Kopřiva, 1997, s. 101)

Kopřiva popisuje tři cesty, které vedou k vyhoření:

- Ztráta ideálů – na počátku je nadšení. Člověk se těší na nové zaměstnání a úkoly, ztotožní se s týmem kolegů, nevadí mu práce přesčas. Práce je pro něj zábavou. Postupně však narůstají problémy a mnohé cíle se oddalují, ale k velkým změnám nedochází. Následuje ztráta důvěry k vlastním schopnostech a vytrácí se smysluplnost práce. Zůstává jen velké zatížení, které vede k vyhoření. Povolání ztrácí smysl.
- Workoholismus – jedná se o závislost na práci. Workoholismus neznámá jen to, že někdo hodně a intenzivně pracuje. Jedná se o nezvladatelnou vnitřní potřebu hodně pracovat, což vyžaduje stále více času a energie, která postupně dochází.

- Teror příležitosti – popisuje situaci aktivních lidí, kteří si stále přibírají nové a nové zakázky a postupně se začne ukazovat, že nemohou dostát všem rozpracovaným závazkům, které jim spotřebovávají veškerý čas a energii. Neschopnost slevit pak může vést až k vyhoření. V těchto případech se jedná o chybění řádu v životě a zhoršený kontakt s realitou. Chybí zde odhad, kolik co zabere času a neschopnost odmítnout – říci ne. (Kopřiva, 1997, s. 101-102)

1.4.2 Nástroje pro diagnózu vyhoření

Vyhoření se projevuje různou intenzitou. Pro jeho diagnostiku existují různé škály měření, my představíme tři. Je to Maslachové škála vyhoření pro pomáhající profese, Maslachové škála pro povolání a Škála znechucení.

Maslachové škála pro pomáhající profese je dosud nejrozšířenějším nástrojem pro diagnostiku vyhoření. Je však vhodná pouze pro pomáhající profese. Maslachová a Jacksonová sestavily 22 výpovědí a k tomu tři faktory, na základě kterých můžeme vyhoření detekovat. Jsou to: emocionální vyčerpání, depersonalizace a seberealizace. Dotazník, který obsahuje 22 výpovědí je rozdělen tak, že devět výpovědí se vztahuje k emocionálnímu vyčerpání, osm k depersonalizaci a ještě pět navíc k odcizení. V oné škále výpovědí jsou výpovědi typu: Cítím se emocionálně vyčerpán., Na konci pracovní doby se cítím opotřebovaný., Moje práce mě frustruje., Mám pocit, že pracuji příliš tvrdě., Mám pocit, že mi příjemci dávají vinu za některé své problémy. Výpovědi se potom hodnotí tak, že jedinci, kteří dosáhnou vysokého počtu bodů u okruhů emocionálního vyčerpání a depersonalizace a naopak málo bodů v okruhu realizace, se považují za jedince v procesu vyhoření. (Maroon, 2012, s. 71-72)

Další škála pro diagnostiku vyhoření, Maslachové škála pro povolání, se vztahuje na všechna povolání obecně. Pomocí ní se měří a) pocit vyčerpání u zaměstnanců, kde zkoumáme jednotlivé složky únavy a stavů napětí při práci, b) cynismus, který u zaměstnance vzniká při výkonu své profese, tento bod nahrazuje měření depersonalizace z předchozí škály a vztahuje se k vývoji negativních postojů odcizení se práci, c) osobní výkonnost, která odpovídá měření seberealizace z předchozí škály, ale více klade důraz na očekávání, jež má zaměstnanec vůči sobě samému a své práci. (Maroon, 2012, s. 73-74)

Pomocí tohoto měření chceme zjistit, jaký mají jedinci vztah ke své práci, jak ji vnímají a jak se k ní staví. Ve škále 16 odpovědí, např. Pochybuji o tom, že je moje práce

důležitá., Jsem si jistý, že pracuji efektivně., Od té doby, kdy toto místo mám, se o svou práci zajímám méně., apod.

Poslední škálou pro diagnostiku vyhoření je tzv. Škála znechucení. Tato škála obsahuje 21 výpovědí a pomocí vyjádření četnosti výskytu (nikdy, téměř nikdy, zřídka, někdy často, téměř stále, pořád) se mají zkoumat pocity sociálního pracovníka vůči sobě samému, vůči práci a vůči klientovi. Odpověďmi se posuzuje fyzické, emocionální a mentální vyčerpání. Každý reaguje na vyhoření jinak, někdo spíše fyzickými příznaky, jiný spíše emocionálními nebo mentálními. Pokud člověk dlouhodobě zažívá příznaky fyzické, emocionální i mentální, pak hovoříme o tom, že se nachází ve fázi vyhoření. Pokud pociťuje jen některý z uvedených příznaků, potom mluvíme o tzv. varovných signálech. Právě tento moment, pokud je správně a včas detekován, může zabránit pozdější hluboké krizi a je to nejdůležitější krok, jak problém rozpoznat a překonat jej. (Maroon, 2012, s. 75)

2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE STÁTNÍ SPRÁVĚ

Sociální politika je realizována různými subjekty, které jsou za ni odpovědné před objekty sociální politiky. Hlavním subjektem, který nejvyšší měrou určuje pojetí, obsah, úkoly a také cíle sociální politiky je stát. (Arnoldová, 2007, s. 25)

„Stát je garantem přiměřených sociálních služeb a sociálního zabezpečení pro znevýhodněné občany. Prostřednictvím ministerstva práce a sociálních věcí a regionálních správních orgánů (Krajských úřadů) je zřizovatelem řady subjektů poskytujících různé, místně potřebné sociální služby.“ (Novosad, 2009, s. 238)

V sociální oblasti ve státní správě působí sociální správa a sociální služby.

Za sociální správu považujeme:

1. Souhrn všech institucí (organizací), které se zabývají realizací státní sociální politiky
2. Cílevědomé činnosti, které vedou k realizaci sociálních zákonů. (Matoušek, 2001, s. 177)

Dle Matouška jsou také sociální služby jedním z důležitých nástrojů realizace sociální politiky, např. ve vztahu k dětem, kterým se rozpadla rodina a invalidním a starým lidem. Za sociální služby se označuje vše, co poskytuje výhody těm, kteří mají nějaký problém. Podle našich právních předpisů jsou takto označeny služby nebo činnosti, kdy někdo pro někoho něco činí. (Matoušek, 2001, s. 178)

„Sociální pracovník je osoba, která ve své profesionální činnosti vykonává řadu rolí, které se vzájemně prolínají.“ (Arnoldová, 2011, s. 455)

K tomu, abychom mohli objasnit tyto různé role, musíme nejprve vyčlenit několik odlišujících se typů činností sociálních pracovníků. Dokonale čistý typ ve smyslu vymezení činnosti sociálního pracovníka však zřejmě neexistuje. Jednotlivé typy však v praxi převládají například podle požadované náplně práce, charakteru zařízení, stylu vedení organizace, cílů a prostředků jejího programu. (Arnoldová, 2011, s. 455)

Sociální pracovníci jsou zaměstnanci různých institucí – pracují například na úřadech práce, na obecních úřadech, v domovech pro seniory, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, v nemocnicích, ve věznicích. Aby byli způsobilí k výkonu svého povolání,

musejí absolvovat některý z následujících studijních programů: akreditovaný bakalářský nebo magisterský studijní obor sociálního zaměření, jehož součástí je kvalifikační kurz zdravotně-sociálního pracovníka. Další možností, jak získat odbornou způsobilost je nejméně tříleté studium v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách, rovněž s kvalifikačním kurzem zdravotně – sociálního pracovníka. Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. (Arnoldová, 2011, s. 455)

2.1 Sociální pracovník podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. (Sociální zabezpečení 2012, 2012, s. 145)

Podle § 110 uvedeného zákona je předpokladem k výkonu povolání sociálních pracovníka jeho způsobilost k právním úkonům, trestní bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. (Sociální zabezpečení 2012, 2012, s. 145)

Podle § 115 zmíněného zákona v sociálních službách řadíme mezi pracovníky v sociálních službách také zdravotnické pracovníky, pedagogické pracovníky, manželské a rodinné poradce a další odborné pracovníky, kteří přímo poskytují sociální služby. Pracovníkem v sociálních službách dle § 116 je také ten pracovník, který vykonává přímou obslužnou péči o osoby, které pobývají v různých zařízeních sociálních služeb a pracovník je jim nápomocen při nácviu jednoduchých denních činností jako je oblékání, denní hygiena nebo manipulace s různými přístroji denního života, asistuje při osobní hygieně a snaží se podporovat soběstačnost klientů a vést je v procesu vytváření společenských kontaktů a návyků. (Sociální zabezpečení 2012, 2012, s. 146)

Kvalifikaci sociálního pracovníka je potřeba neustále obnovovat a doplňovat. To je povinen zajistit zaměstnavatel v rozsahu nejméně 24 hodin za 1 kalendářní rok. Další možností, jak si může sociální pracovník zvýšit svou kvalifikaci, je účast v některém ze vzdělávacích programů, které se uskutečňují v různých vzdělávacích zařízeních (vysoké školy, vyšší odborné školy, či vzdělávací zařízení fyzických a právnických osob) a jimž příslušnou akreditaci uděluje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Dalšími možnostmi jsou odborné stáže či účast na školicích akcích. Dokladem o absolvování dalšího vzdělání je osvědčení vydané vzdělávacím zařízením, které vzdělávací program pořádalo. (Sociální zabezpečení 2012, 2012, s. 146)

2.2 Výkon agendy příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné osoby. Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, pokud ji tuto pomoc poskytuje.

Stupně závislosti, které stanovuje posudkový lékař Okresní správy sociálního zabezpečení, jsou celkem čtyři. Osoba do věku 18 let se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby v I. stupni, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládnout tři základní životní potřeby, ve II. stupni, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládnout čtyři nebo pět základních životních potřeb, ve III. stupni není schopna z důvodů výše uvedených zvládnout šest nebo sedm základních životních potřeb a ve IV. stupni není schopna zvládnout osm nebo devět základních životních potřeb. U osob starších 18 let věku se považuje osoba závislá na pomoci jiné fyzické osoby v I. stupni – pokud není schopna zvládnout tři nebo čtyři základní životní potřeby, ve II. stupni – pokud není schopna zvládnout pět nebo šest základních životních potřeb, ve III. stupni – pokud není schopna zvládnout sedm nebo osm základních životních potřeb a ve IV. stupni – pokud není schopna zvládnout devět nebo deset základních životních potřeb. Zdravotní stav osoby musí vyžadovat každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné osoby. (Sociální zabezpečení 2012, 2012, s. 115)

Při posuzování stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. (Sociální zabezpečení 2012, 2012, s. 115-116)

Poskytování peněžitých dávek osobám se zdravotním postižením určených ke zmírnění sociálních důsledků jejich zdravotního postižení a k podpoře jejich sociálního začleňování upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Obsahuje dvě nárokové dávky, kterými jsou příspěvek na mobilitu a příspěvek na zvláštní pomůcku. Dále se zabývá přiznáním průkazu osoby se zdravotním postižením.

„Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která náleží do okruhu oprávněných osob podle § 3 zákona č. 329/2011 Sb. a dále splňuje tyto podmínky:

- není schopna zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace
- opakovaně se v kalendářním měsíci dopravuje nebo je dopravována
- nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče

Výše příspěvku na mobilitu činí za kalendářní měsíc 400 Kč.“ (Beck et al, 2012, s. 166-167)

„Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku má osoba, která má:

- těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí
- těžké sluchové postižení
- těžké zrakové postižení

Nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku poskytovaný na pořízení motorového vozidla má osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“ (Beck et al, 2012, s. 170)

Seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, které jsou určeny osobám s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, těžce sluchově a těžce zrakově postiženým osobám a osobám s těžkou nebo hlubokou mentální retardací, je uveden ve vyhlášce č. 388/2011 Sb. v příloze č. 1. Jedná se například o tyto příspěvky – příspěvek na dodatečnou úpravu motorového vozidla, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a toalety, speciální komponenty osobního počítače – uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vy-

bavení, nájezdové ližiny, přenosná rampa, stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě, kalkulátor s hlasovým výstupem, digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem, signalizace bytového zvonku, signalizace pláče dítěte, elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé a další.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, rozlišuje tři typy průkazů osoby se zdravotním postižením a to průkaz TP – průkaz osoby s těžkým zdravotním postižením, průkaz ZTP – průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením a průkaz ZTP/P – průkaz osoby se zvlášť těžkým zdravotním postižením s potřebou průvodce. Průkaz osoby se zdravotním postižením náleží osobám:

- osobám, kterým byl přiznán příspěvek na péči nebo příspěvek na mobilitu (automaticky)
- osobám starším 1 roku, které nejsou schopny z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat základní životní potřeby v oblasti mobility nebo orientace nebo jsou uznány závislými na pomoci jiné osoby podle zákona o sociálních službách (na základě žádosti a samostatného řízení). (Beck et al, 2012, s. 226)

Sociální pracovníci této zmíněné agendy vedou správní řízení o těchto dávkách, jejich přiznání, nepřiznání, popřípadě zvýšení či snížení (příspěvek na péči) a odejmutí. Vedení spisové dokumentace se zahrnutím výkonu celé agendy při nárůstu počtu klientů a častých změnách legislativy se stává pro sociální pracovníky stále náročnější.

3 SPECIFIKACE ČINNOSTÍ VE VYBRANÉ SOCIÁLNÍ OBLASTI

Pomáhající profese patří k těm, které mohou nadchnout, které jsou s to angažovat člověka celého. Jsou jednou z možností, jak se vyhnout rozštěpení na dvě části, kdy jedna část práce je pouze nezbytnou obětí pro umožnění skutečného života, jenž začíná až po pracovní době. (Kopřiva, 2011, s. 17)

Pokud člověk pracuje se starými, osamělými nebo postiženými lidmi, záleží na jeho životní filozofii. Někdo vidí smysl v práci pro společnost a raději se bude věnovat mladým rodinám a dětem než seniorům, protože tato práce mu připadá málo produktivní. Jiný pomáhající naopak vidí osamělost ve stáří jako velmi důležitý životní zápas, při kterém chce pomáhat. Podobně nemůže sociální pracovník vidět tělesné či mentální postižení jen jako vadný výrobek z dílny matky přírody, ale musí je vnímat jako jednu z forem lidské existence. Takového pohledu je zapotřebí, aby mohli klienti vycítit z chování pomáhajícího svou vlastní hodnotu. (Kopřiva, 2011, s. 22)

Nejčastějšími klienty ve vybrané sociální oblasti jsou osoby dlouhodobě nemocné, osoby se zdravotním postižením a senioři. Problematikou jednotlivých typů klientů se budeme zabývat v následujících kapitolách.

3.1 Práce s klienty

Podle Kopřivy je úkolem angažovaného pracovníka, aby se snažil každého klienta pochopit, měl o něj zájem, dokázal se do něj vcítit a přijmout ho takového, jaký je. Prostě snažit se vidět v klientovi i ty dobré stránky, které většinou ostatním unikají. (Kopřiva, 2011, s. 21)

„Základními nástroji sociální pomoci je sociální poradenství, sociální služby, sociálně-právní ochrana a peněžní nebo věcné sociální dávky. Sociální službou se rozumí veřejná služba, určená osobám nebo skupinám osob, jež se ocitnou v nepříznivé sociální situaci, a která jim nabízí možnosti jak tuto situaci řešit a napomáhat tak dobrému (tzn. důstojnému, přirozenému a obecně přijatelnému) sociálnímu fungování jednotlivců, skupin a společností.“ (Novosad, 2009, s. 65)

Mezi obecné cíle sociálního poradenství řadíme zejména pomoc klientovi, aby dokázal rozpoznat příčinu problému a začal jej řešit, dále pomoc umožnění sebepoznání, pomoc klientovi ujasnit si osobní cíle, dosažení kladného sebehodnocení, sebedůvěry a rozvíjení schopností, aby klient dokázal důvěřovat i ostatním lidem. (Novosad, 2009, s. 100)

Klientem v sociální oblasti mohou být například lidé žijící v domovech pro seniory. Zde klienti využívají služeb sociálních pracovníků jak uvnitř ústavu, tak i navenek. Sociální práce je zde vyvíjena na úseku adaptace i aktivace obyvatel. Může se týkat například vymáhání ošetřovného, účast při přijetí a propouštění, spolupráce s obecními úřady, zdravotnickými zařízeními, vedení předepsané administrativy, urovnání vzájemných sporů mezi obyvateli domova, jejich zastupování na úřadech, vyřizování majetkoprávních záležitostí obyvatel domova apod. (Arnoldová, 2004, s. 101)

3.1.1 Osoby dlouhodobě nemocné

Osoby dlouhodobě nemocné, konkrétně s onkologickým onemocněním, patří mezi nejnáročnější skupinu, o níž zdravotníci a sociální pracovníci pečují. Nejtěžší je ten aspekt, že pacienti často umírají a tak se jejich pečovatelé dostávají do bludného kruhu zmaru a zbytečnosti své práce. Bylo by chybou se domnívat, že rakovina je nemocí moderní doby. Byla známá už ve starověku.

O rakovině psal už Hippokrates, Galenos jí dal název. Byla označena jako tumor (nádor z latinského tumere – bobtnati). Můžeme se s ní setkat u lidí, u zvířat, ale i u rostlin. Rakovinové buňky jsme schopni vypěstovat i v laboratoři. Tam se dokážou množit zcela spontánně. Množí se však i v těle člověka. Vytvářejí tzv. neoplastické tkáně. Ty od hostitele berou neúměrné množství živin. Existuje mnoho různých druhů rakoviny – od leukémie (rakovina krve) a melanomu (rakoviny kůže) až po sarkomy. Velmi těžká je skutečnost, která upozorňuje na to, že mnohým nemocným umírání na rakovinu trvá dost dlouho a

někdy bývá spojeno s velkými bolestmi a utrpením – pacientů a lidí jim blízkých. (Křivo-
hlavý, 2002, s. 122)

Vlekly až trvalý charakter mají chronická onemocnění, která mohou mnohdy probí-
hat méně prudce než onemocnění akutní, ovšem jejich symptomy jsou stále přítomné s tím,
že se mohou střídát stavy remise nebo prudkého vzplanutí nemoci. Řada nemocí bývá
chronická již od počátku – revmatoidní artritida, roztroušená skleróza, metabolická one-
mocnění aj. a přechází do formy tělesných postižení. Jiné nemoci se chronickými stávají až
po opakovaných nebo neléčených akutních nemocech – hepatitida, hypertenze aj. (No-
vosad, 2011, s. 119-120)

3.1.2 Osoby se zdravotním postižením

Dle Arnoldové je rozdělení jednotlivých skupin lidí se zdravotním postižením pře-
vzato z Terminologického slovníku speciální výchovy a defektologie, vydaného v Paříži
v roce 1977 UNESCO/IBEDATA. (Arnoldová, 2004, s. 37)

„Pokud chceme hovořit o jednotlivých druzích postižení, musíme si nejprve vymezit
pojem socializace. Socializací se rozumí celoživotní proces, ve kterém se člověk jako jedi-
nec (individuum) utváří v sociální bytost...Socializace je postupné začleňování jedince pro-
střednictvím nápodoby a identifikace. Zprvu v nukleární (původní) rodině, dále v malých
společenských skupinách, jako je školní třída, zájmový klub, sportovní družstvo, až po
zapojení se do nejširších, celospolečenských vztahů. Součástí socializace je přijetí základ-
ních etických a právních norem dané společnosti.“ (Arnoldová, 2004, s. 37)

V roce 2007 byl proveden poprvé komplexnější průzkum zastoupení občanů se
zdravotním postižením v české populaci. Při tomto šetření byl jasně definován termín
zdravotně postižené osoby: „Zdravotně postiženou je osoba, jejíž tělesné, smyslové anebo
duševní schopnosti či duševní zdraví jsou odlišné od typického stavu pro odpovídající věk
a lze oprávněně předpokládat, že tento stav potrvá déle než jeden rok. Odlišnost od typic-
kého stavu pro odpovídající věk musí být takového druhu či rozsahu, že obvykle způsobuje
omezení nebo faktické znemožnění společenského uplatnění dané osoby“. Při šetření Čes-
kého statistického úřadu bylo rozlišeno celkem šest základních typů zdravotního postižení,
a to tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní a vnitřní (nemoci oběhové soustavy,
nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek). (Novosad, 2009, s. 17)

3.1.3 Senioři

O starších lidech je dnes možné hovořit jako o lidech ve třetím věku. Důležité je vnímat stáří, řekněme přesněji stárnutí, jako proces. Nikdo z nás do něj nevejde neočekávaně a naráz, je to přirozený proces celkového biologického vývoje člověka. „Jde o snahu vidět proces stárnutí člověka v zorném pohledu jeho celoživotního děje (dramatu)“. (Křivohlavý, 2002, s. 136)

Velmi podstatnou otázkou je, kdy vlastně začíná člověk stárnout. Některé teorie tvrdí, že je to od chvíle, kdy se objevil na světě, jiné, že ve chvíli, kdy je ukončen proces tělesného zrání a diferenciací. Nejprokazatelnější však jsou zcela jistě biologické příznaky stárnutí člověka, ať už jsou to změny v pohybovém aparátu, změny v kardiovaskulárním systému a jeho činnostech, v dýchání, v regulaci tělesné teploty, změny v zaživacím systému nebo změny v činnosti štítné žlázy. Také se mění kostra stárnoucích lidí i jejich chrup. Nejdůležitějšími změnami jsou ale změny v kognitivní oblasti, zejména změny v oblasti intelektové. Tato oblast bývá nejvíce exponovaná gerontopsychology. Nejčastějším z uváděných příznaků psychiky u stárnoucích lidí je jejich paměť. Dále, závěry řady pokusů, které byly provedeny při studiu změn v kognitivní činnosti stárnoucích lidí, ukazují, že:

- s rostoucím věkem rostou i obtíže lidí přijímat nové podněty
- je oslabena schopnost tvořit nové postoje (asociovat naučené s novým)
- je snížena adaptabilita (schopnost přizpůsobit se novým věcem)
- je zvýšena fixace (soustředění se na to, co bylo již dříve zažito)
- je zvýšena integrace (zažitý postoj soustředěného komplexu vědění).

(Křivohlavý, 2002, s. 143)

3.2 Terénní sociální práce, sociální šetření

V oblasti sociální práce se používá sociálního šetření jako nástroje analýzy klientovy situace. Považuje se za zdroj informací a údajů pro dokumentaci klienta. (Novosad, 2009, s. 143)

Podle Novosada se v obecné rovině sociální šetření používá zejména v oblasti sociální práce, aby mohlo sloužit k analyzování situace klienta a aby zde bylo následně možné

navrhnout možná podpůrná opatření. Sociální šetření je zdrojem údajů nebo informací pro dokumentaci klienta a patří k metodám, které se používají při vypracovávání případové studie klienta (kazuistiky). Jde o metodu, která je orientovaná na zjišťování sociálního zázemí, sociálních vztahů a soběstačnosti klienta. Při zpracování sociálního šetření je využívána a kombinována metoda analýzy odborné dokumentace, popisu, pozorování a rozhovoru. Je to z důvodu vyváženého zpracování údajů, které sociální pracovník získal od klienta, jeho blízkých, ze sociálního prostředí, v němž klient žije. (Novosad, 2009, s. 143)

Výsledky a poznatky z provedeného sociálního šetření se stávají podkladem pro stanovení strategie sociální intervence (podpůrného zásahu), která nejčastěji vede k poskytnutí určité sociální dávky nebo zajištění pobytu v domově či zařízení sociální hospitalizace klienta. Navržená a realizovaná podpora může mít dlouhodobý charakter a její efekt je vhodné průběžně monitorovat. Skládá se z posloupných i souběžných kroků či opatření ve prospěch klienta, na kterých se podílí a spolupracuje celá řada odborníků (např. lékař, ošetřovatel, psycholog, pedagog, sociální pracovník, osobní asistent či asistent chráněného bydlení, pracovní poradce). (Novosad, 2009, s. 145)

Sociální šetření provádí sociální pracovníci při výkonu agendy příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením zejména u klientů, kteří byli zmíněni již v předcházející kapitole. Jedná se o provádění sociálního šetření podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Podle paragrafu tohoto zákona Krajská pobočka Úřadu práce provádí pro účely posuzování stupně závislosti sociálního šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. O provedeném sociálním šetření vyhotovuje sociální pracovník písemný záznam, který na požádání předkládá posuzované osobě.

Dále do terénní sociální práce můžeme zařadit i tzv. sociální depistáž. Podle Arnoldové provádějí sociální pracovníci depistáže, což je vyhledávání občanů starších 75 let, aby jim bylo možné podat informace, v jaké oblasti by jim mohla sociální péče pomoci a tímto zároveň dochází k mapování sociální situace klientů. Na toto sociální šetření jsou občané předem upozorněni písemnou formou a mohou svého sociálního pracovníka v případě potřeby kontaktovat buďto telefonicky nebo přímo návštěvou na úřadě. Každý pracovník je povinen se při návštěvě klienta prokazovat služebním průkazem. (Arnoldová, 2004, s. 102)

Jako na mezistupeň v rovině mezi sociální a zdravotnickou péčí můžeme nazírat na domácí péči (domácí pečovatelská služba). Tato forma péče je poskytována jak kvalifikovanými pracovníky, tak dobrovolníky. Podstatou a hlavním přínosem této terénní služby je to, že je poskytována v domácnosti, v rodině, v přirozeném prostředí člověka. Tato služba umožňuje lidem s postižením žít ve své domácnosti a zároveň mít zajištěny životní potřeby, které samostatně nezvládnou. (Novosad, 2009, s. 68)

3.3 Výkon agendy na pracovišti

Jak už jsme řekli v předešlých kapitolách, bez cílené sociální práce, pomoci a sociálních služeb by řada občanů žila v podstatě izolovaná od zbytku společnosti a znamenalo by to jejich sociální vyloučení. Jednou ze základních služeb v pomáhajících profesích je poradenství a poradenská činnost. Tato problematika byla již částečně zmíněna v předcházející podkapitole Práce s klienty. Protože však představuje také jednu z oblastí výkonu agendy na pracovišti, zmíníme se o ní podrobněji v této části naší práce.

Poradenství můžeme vymezit jako proces, při kterém profesionál poskytuje druhému člověku (páru, rodině, skupině) ve vztahu partnerské spolupráce při řešení problému informace, rady, vedení a podporu přiměřené k (nepříznivé) životní situaci člověka a jeho životním cílům a potřebám tak, aby se zlepšila schopnost jedince (páru, rodiny, skupiny) se ve své životní situaci orientovat a to na základě využití vlastních sil a zdrojů okolí ji co nejlépe řešit nebo přijmout rozhodnutí, včetně přijetí zodpovědnosti za důsledky svého rozhodnutí. (Baštecká, 2005 cit. podle Novosad, 2009, s. 99).

My se v oblasti výkonu agendy na pracovišti zaměřujeme především na sociálně-právní poradenství, které se vztahuje na sociální zabezpečení bydlení, ale i orientaci v systému sociální politiky, zaměstnávání apod. Sociální pracovníci pomáhají klientům jejich problémy řešit, utřídit a diagnostikují je z hlediska svých odborných zkušeností. Poskytují klientům dostatek informací a navrhují řešení.

Každý člověk má své základní životní potřeby. Soběstačnost v tomto případě znamená schopnost uspokojovat tyto potřeby v daných podmínkách.

„Základní životní potřeby jsou ty hmotné a duchovní statky a vztahy, které jsou pro život člověka ve společnosti jinými statky a vztahy nezastupitelné. Nelze je prostě ničím nahradit.“ (Arnoldová, 2004, s. 27)

Konkrétní životní potřeby člověka jsou vždy individuální, důležitá je vždy vzájemná závislost člověka a prostředí, v němž žije. Pro rozhodování o výplatě dávek je vždy nutné porovnat vitální potřeby s modelovými normami, pohlížet na osobu vzhledem k jejímu věku, z hlediska rozličné fyzické a psychické zátěže apod.

Podle Novosada zabezpečují sociální pracovníci v rámci své agendy týkající se osob se zdravotním postižením a seniorů především sociální administraci, která zahrnuje evidenci, sociální dávky, příspěvky a výpomoc. Novosad na tomto místě ještě zahrnuje i poskytování sociálních služeb jako je například terénní pečovatelská služba, poradenství, domovy a stacionáře pro lidi s handicapem i seniory, péči o rodinu a dítě. A v neposlední řadě řízení o přiznání a výplatu adresných, pravidelných nebo jednorázových finančních dávek, které mají sloužit ke krytí zvýšených životních nákladů a specifických potřeb nebo k pořízení pomůcek kompenzujících funkční omezení – zrakové, pohybové, sluchové, komunikační. (Novosad, 2009, s. 239)

Správné řízení a náležitosti vedení spisové agendy, to jest rozhodování o dávkách, odvolací řízení, vedení spisů, doručování písemností, to vše se řídí zákonem č. 500/2004 Sb., Správní řád.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 DESIGN VÝZKUMU

Vysoké pracovní nasazení a náročnost profese sociálního pracovníka po psychické stránce, to vše vede k zátěži. Pracovníci přicházejí do styku s lidmi duševně, smyslově či tělesně handicapovanými, s lidmi problémovými, závislými, agresivními. Vyhraněným negativním projevem nebo jedním ze zdrojů zátěže je stres. Dlouhodobé působení stresu je jednou z příčin syndromu vyhoření. V empirickém výzkumu této bakalářské práce se zabýváme příčinami a důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků. Výzkum je zaměřen konkrétně na skupinu sociálních pracovníků podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, kteří pracují v oblasti příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením.

4.1 Cíle výzkumu

Cílem výzkumu je zjištění příčin a důsledků zátěže a stresu sociálních pracovníků.

Dílčí cíle výzkumu:

- Identifikování nejčastějších příčin zátěže a stresu sociálních pracovníků
- Identifikování důsledků zátěže a stresu sociálních pracovníků
- Zkoumání vlivu zaměstnání v sociální oblasti na kvalitu osobního života a zdraví sociálních pracovníků

4.2 Výzkumné otázky

Pro tento empirický výzkum byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Jaké jsou nejčastější příčiny zátěže a stresu sociálních pracovníků?
2. Jaké jsou důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků?
3. Jak ovlivňuje zaměstnání v sociální oblasti kvalitu osobního života a zdraví sociálních pracovníků?

4.2.1 Pojetí výzkumu

Pro empirický výzkum z důvodu specifičnosti skupiny, množství respondentů a vybraného způsobu zpracování dat, jsme zvolili kvantitativně orientovaný pedagogický výzkum. Jako výzkumná metoda sběru dat byl zvolen dotazník.

Při výzkumu nebyl používán žádný dostupný (již vytvořený) dotazník. Pro účely výzkumu byl sestaven dotazník zcela nový a otázky byly připraveny a formulovány díky dlouholeté praxi a pracovní angažovanosti tak, aby se přímo dotýkaly oblasti (jednotlivých částí výkonu povolání), ve které respondenti konají svou profesi sociálního pracovníka. Dotazník tvoří celkem 24 otázek (položek).

Dotazník tvoří uzavřené (strukturované) položky. Tyto položky se vyznačují tím, že byl respondentům předkládán vždy určitý počet předem připravených odpovědí. Část dotazníku tvoří uzavřené položky dichotomické, kdy respondenti odpovídali na otázku výběrem ano-ne. Část dotazníku tvoří položky polytomické, kdy byly respondentům předloženy více než dvě odpovědi.

Při výzkumu byly v dotazníku použity i položky polytomické – polouzavřené. Dále byla použita položka škálová, kdy respondenti měli možnost odpovědět na otázku výběrem určitého bodu na předložené škále.

Začátek dotazníku tvoří demografické otázky (otázky 1-3), dále otázky přecházejí do zjištění konkrétního pracoviště (otázka 4) a nejčastějšího typu klientů, s nimiž sociální pracovníci pracují (otázka 5). Poté se dostáváme přímo ke zkoumání problematiky zátěže a stresu, konkrétně již k zaznamenání zátěže v jednotlivých částech výkonu profese sociálního pracovníka, její míře, zkoumání příčin negativního působení na psychickou stránku při výkonu sociálního šetření a k otázkám zdravotních symptomů a skutečností, které se projevují v souvislosti se zátěží a stresem u těchto pracovníků (otázky 6-14). Další část tvoří otázky, které se vztahují k problematice deprese (otázky 15-16) a syndromu vyhoření (otázky 17-20). Následně v dotazníku přecházíme k otázkám, které se týkají negativního ovlivnění soukromého života a zdraví z důvodu pracovního zatížení (otázky 21-24).

4.2.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor pro empirický výzkum je tvořen výběrovým souborem - sociálními pracovníky Úřadu práce České republiky, kteří pracují na Referátech nepojistných sociálních dávek všech kontaktních pracovišť Krajské pobočky ve Zlíně a výkon jejich

profese se týká konkrétně agendy příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o kontaktní pracoviště: Bystřice pod Hostýnem, Holešov, Karolínka, Kroměříž, Otrokovice, Rožnov pod Radhoštěm, Slavičín, Uherské Hradiště, Uherský Brod, Valašské Meziříčí, Vsetín a Zlín. Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci březnu 2013. Z důvodu vzdálenosti jednotlivých poboček bylo uskutečněno formou elektronické podoby. K vypracování a odeslání dotazníku bylo použito portálu i-dotazník.cz.

4.2.3 Způsob zpracování dat

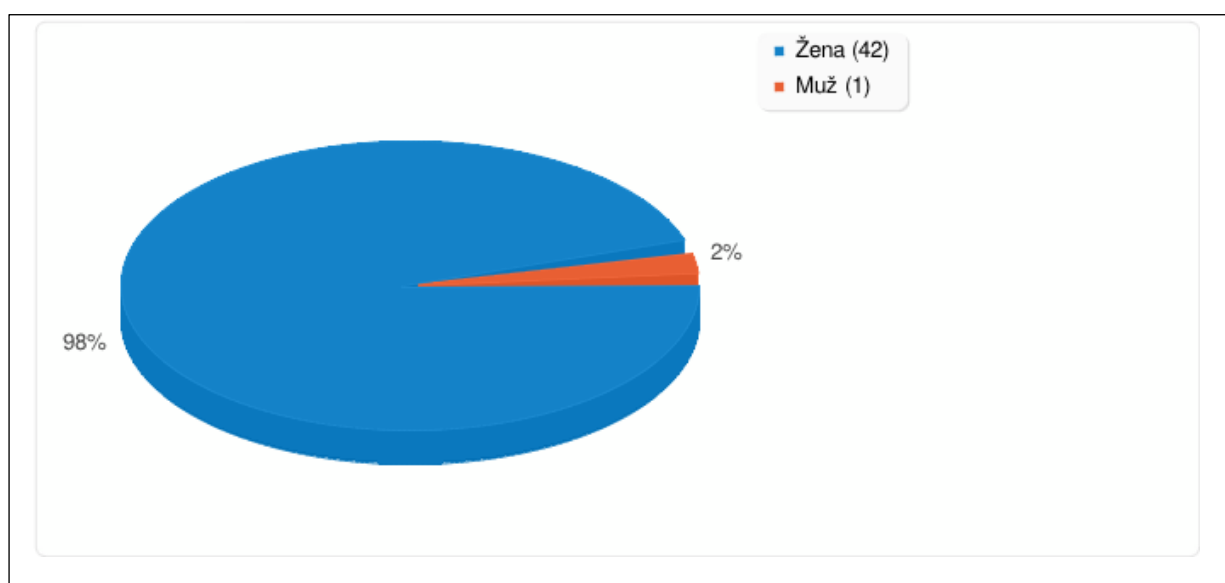
Způsob zpracování dat výsledků námi provedeného kvantitativně orientovaného výzkumu jsme zvolili formou:

- uspořádání dat a sestavení tabulek četností
- grafické znázornění naměřených dat

5 ANALÝZA DAT

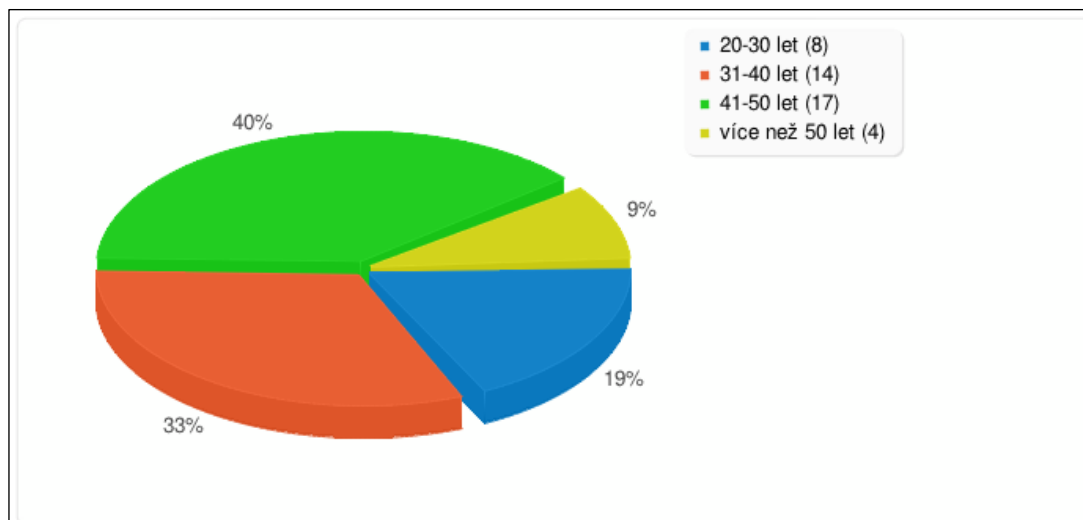
V této kapitole budeme prezentovat výsledky (data) zjištěné z dotazníku, který byl použit pro účely empirického výzkumu – uspořádané do tabulek četností a grafické znázornění naměřených dat.

Otázka č. 1 - Pohlaví:



Graf č. 1: Pohlaví.

Z uvedeného vyplývá, že z celkového počtu 43 respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, je 42 žen (98 %) a 1 muž (2 %).

Otázka č. 2 – Věk:*Graf č. 2: Věk.*

Ze 43 respondentů je ve věku 20-30 let 8 pracovníků (19 %), ve věku 31-40 let je 14 pracovníků (33 %), ve věku 41-50 let je 17 pracovníků (40 %), ve věku více než 50 let jsou 4 pracovníci (9 %). To znamená, že na zkoumaných pracovištích má největší zastoupení skupina sociálních pracovníků ve věkové skupině 41-50 let s počtem 17 pracovníků.

Otázka č. 3 - Délka praxe v oboru:*Tabulka č. 1: Délka praxe v oboru.*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 5 let	17	39.53%
6-10 let	8	18.60%
10 a více let	18	41.86%
Celkem	43	100.00%

Ze 43 respondentů je s délkou praxe do 5 let celkem 17 pracovníků (40 %), s délkou praxe 6-10 let celkem 8 pracovníků (19 %) a s délkou praxe 10 a více let celkem 18 pracovníků (42 %). Bylo zjištěno, že největší zastoupení tedy mají pracovníci s praxí 10 a více let.

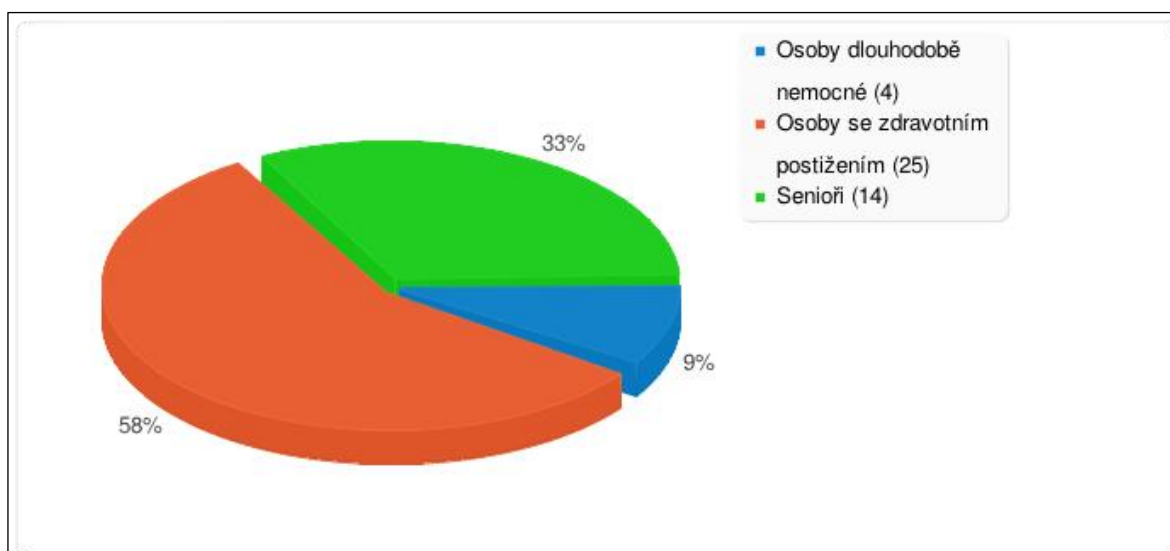
Otázka č. 4 - Pracuji na kontaktním pracovišti ÚP:

Tabulka č. 2: Pracuji na kontaktním pracovišti ÚP.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bystřice pod Hostýnem	2	4.65%
Holešov	2	4.65%
Karolínka	2	4.65%
Kroměříž	8	18.60%
Otrokovice	0	0.00%
Rožnov pod Radhoštěm	2	4.65%
Slavičín	1	2.33%
Uherské Hradiště	11	25.58%
Uherský Brod	4	9.30%
Valašské Klobouky	1	2.33%
Valašské Meziříčí	2	4.65%
Vsetín	4	9.30%
Zlín	4	9.30%
Celkem	43	100.00%

Ze 43 respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, je rozložení na jednotlivých kontaktních pracovištích Úřadu práce České republiky, Krajské pobočky ve Zlíně následující: v Uherském Hradišti 11 pracovníků (26 %), v Kroměříži 8 pracovníků (19 %), ve Vsetíně 4 pracovníci (9 %), ve Zlíně 4 pracovníci (9 %), v Uherském Brodě 4 pracovníci (19 %), v Bystřici pod Hostýnem 2 pracovníci (5%), v Holešově 2 pracovníci (5%), v Karolínce 2 pracovníci (5 %), v Rožnově pod Radhoštěm 2 pracovníci (5 %), ve Valašském Meziříčí 2 pracovníci (5 %), ve Valašských Kloboukách 1 pracovník (2 %), ve Slavičíně 1 pracovník (2 %). Z uvedeného vyplývá, že největší zastoupení z celkového počtu respondentů, kteří na dotazník odpovídali, je na kontaktním pracovišti v Uherském Hradišti s celkovým počtem 11 sociálních pracovníků.

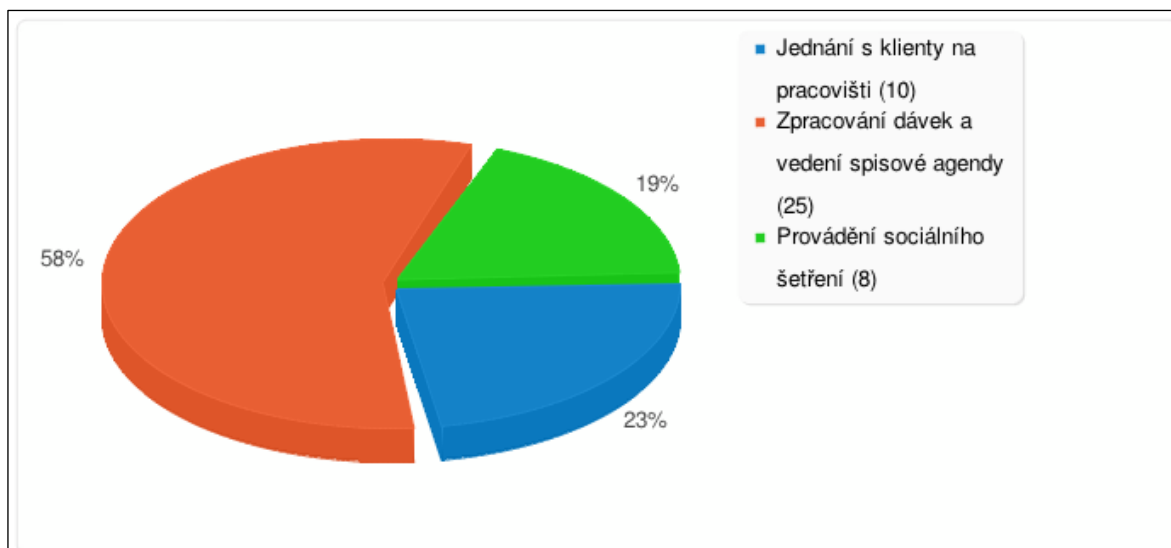
Otázka č. 5 - Nejčastěji pracuji s tímto typem klientů:



Graf č. 3: Nejčastěji pracuji s tímto typem klientů.

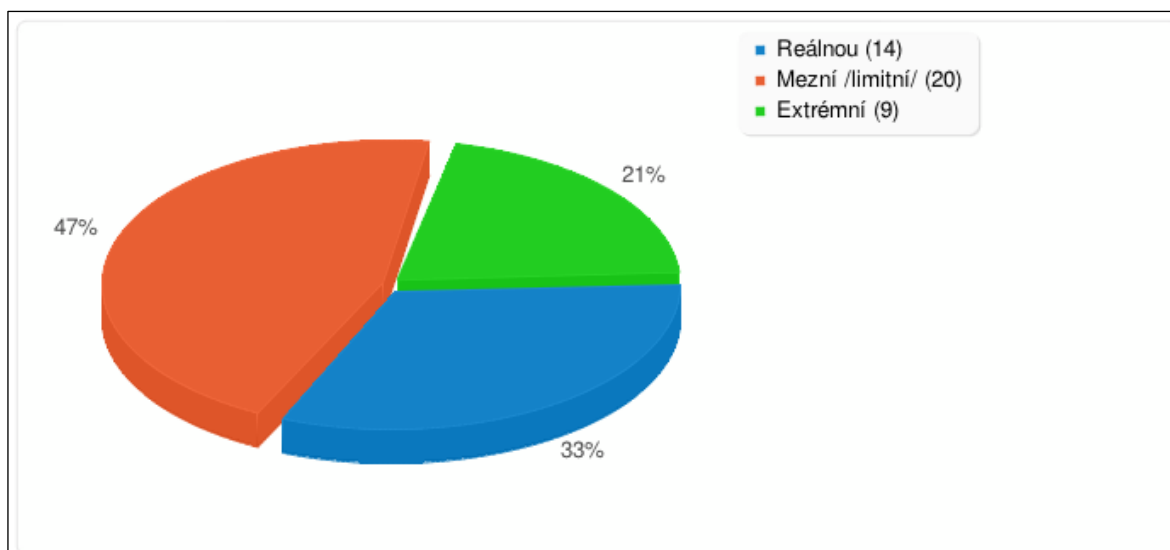
Z počtu 43 respondentů pracují nejčastěji s osobami dlouhodobě nemocnými 4 pracovníci (9 %), s osobami se zdravotním postižením pracuje 25 pracovníků (58 %) a se seniory pracuje nejčastěji 14 pracovníků (33 %). Z výsledků je zřejmé, že nejvíce sociálních pracovníků pracuje nejčastěji s osobami se zdravotním postižením a to celkem 25 pracovníků.

Otázka č. 6 - Kterou část výkonu své profese považujete za nejvíce zátěžovou nebo stresující?



Graf č. 4: Kterou část výkonu své profese považujete za nejvíce zátěžovou nebo stresující?

Ze 43 respondentů považuje při výkonu své profese za nejvíce zátěžovou nebo stresující následující část: jednání s klienty 10 pracovníků (23 %), zpracování dávek a vedení spisové agendy 25 pracovníků (58 %) a provádění sociálního šetření 8 pracovníků (19 %). Z toho vyplývá, že za nejvíce zátěžovou nebo stresující část své profese považují dotazovaní respondenti zpracování dávek a vedení spisové agendy a to celkem 25 pracovníků (58 %).

Otázka č. 7 - Zátěž při výkonu své profese pocit'uji nejčastěji jako:

Graf č. 5: Zátěž při výkonu své profese pocit'uji nejčastěji jako.

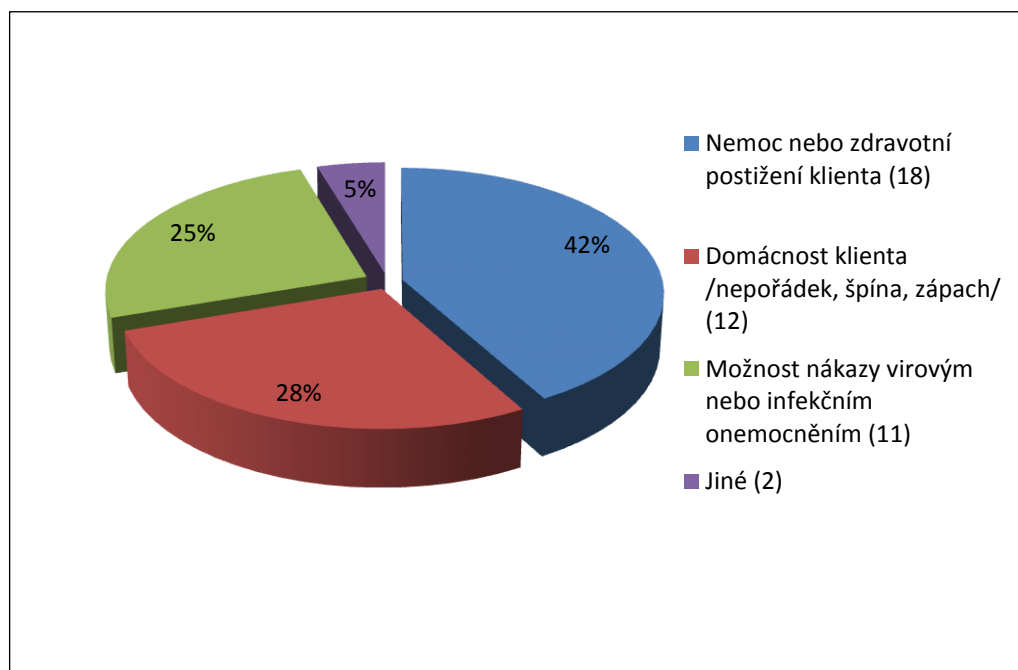
Ze 43 respondentů, kteří se výzkumu zúčastnili, považuje zátěž při výkonu své profese jako reálnou celkem 14 pracovníků (33 %), jako mezní /limitní/ ji považuje celkem 20 pracovníků (47 %) a jako extrémní ji považuje celkem 9 pracovníků (21 %). Největší počet sociálních pracovníků, v počtu 20 pracovníků, pocit'uje zátěž při výkonu své profese jako mezní /limitní/.

Otázka č. 8 - Při zpracování dávek a vedení spisové agendy je pro mě největší zátěží:

Tabulka č. 3: Při zpracování dávek a vedení spisové agendy je pro mě největší zátěží.

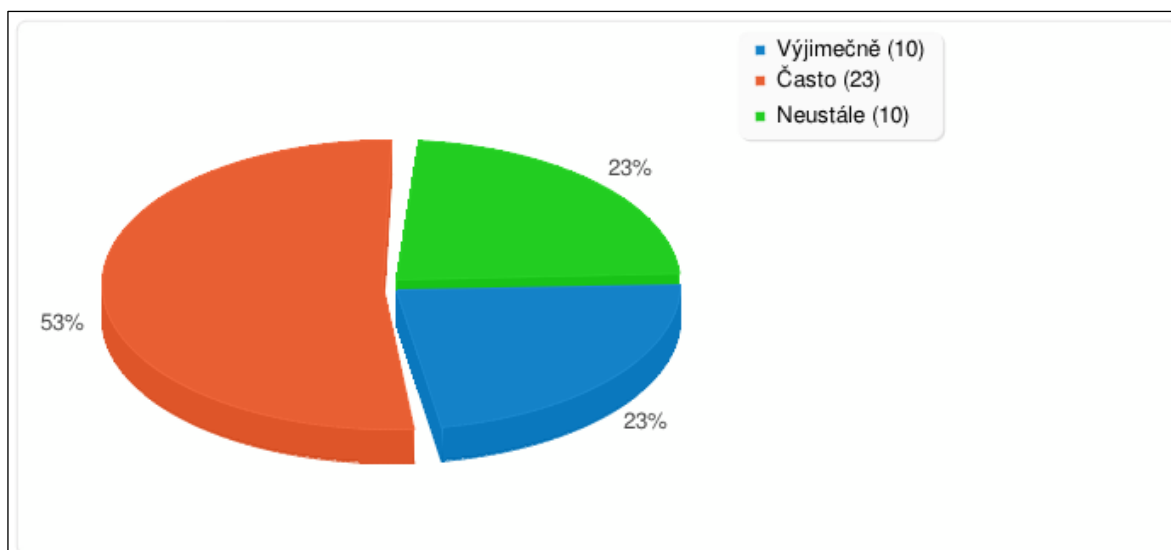
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časté změny legislativy	1	2.33%
Velký objem administrativy a s tím související časová tíseň	41	95.35%
Pracovní prostředí a nedostatek pracovních pomůcek	0	0.00%
Jiné - uveďte jaké	1	2.33%
Celkem	43	100.00%

Z výzkumu vyplynulo, že z celkového počtu 43 respondentů jsou pro 1 pracovníka (2 %) největší zátěží při zpracování dávek a vedení spisové agendy časté změny legislativy, pro 41 pracovníků (95 %) je největší zátěží při zpracování dávek a vedení spisové agendy velký objem administrativy a s tím související časová tíseň, jako jiné označil 1 pracovník (2 %). V komentáři k oblasti jiné bylo uvedeno pracovníkem, že je pro něj zátěží chudoba některých klientů, jejich vysoké výdaje na léčbu, velký objem administrativy a nedokonalost legislativy, kdy sociální práce (samotná práce s klienty) se vytrácí právě z důvodu zpracování velkého množství agendy. Oblast pracovního prostředí a nedostatek pracovních pomůcek neoznačil ani jeden ze 43 dotazovaných respondentů. Je tudíž patrné, že při zpracování dávek a vedení spisové agendy je pro dotazované pracovníky největší zátěží velký objem administrativy a s tím související časová tíseň a to pro 41 pracovníků ze 43 dotazovaných.

Otázka č. 9 - Při provádění sociálního šetření na mou psychiku negativně působí:

Graf č. 6: Při provádění sociálního šetření na mou psychiku negativně působí.

Z počtu 43 dotazovaných respondentů uvedlo, že při provádění sociálního šetření na jejich psychiku negativně působí: nemoc nebo zdravotní postižení klienta uvedlo 18 pracovníků (42 %), domácnost klienta /nepořádek, špína, zápach/ uvedlo 12 pracovníků (28 %), možnost nákazy virovým nebo infekčním onemocněním uvedlo 11 pracovníků (26 %) a jako jiné uvedli 2 pracovníci (5 %). V komentáři k oblasti jiné bylo pracovníky uvedeno, že negativně působí při provádění sociálního šetření na jejich psychiku nejvíce zdravotní stav dětí, buďto zdravotní postižení nebo onkologické onemocnění. Z výzkumu je zřejmé, že nejvíce negativně působí na psychiku sociálních pracovníků při provádění sociálního šetření nemoc nebo zdravotní postižení klienta a to celkem na 18 pracovníků (42 %) ze 43 dotazovaných.

Otázka č. 10 - Při výkonu své profese se stresem cítím ohrožen/a:

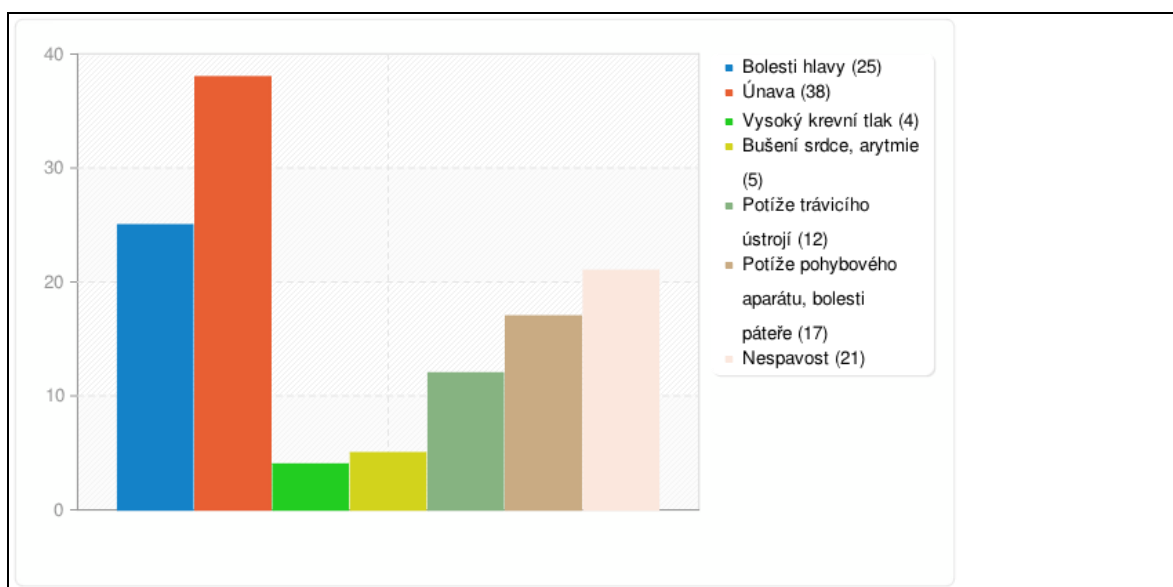
Graf č. 7: Při výkonu své profese se stresem cítím ohrožen/a.

Z počtu 43 respondentů se při výkonu své profese stresem cítí ohroženo výjimečně 10 pracovníků (23 %), často 23 pracovníků (53 %) a neustále 10 pracovníků (23 %). Odpověď, že se stresem necítí ohrožen při výkonu profese nikdy, nevedl ani jeden pracovník ze 43 dotazovaných respondentů. Z uvedeného vyplývá, že nejvíce sociálních pracovníků a to 23 pracovníků (53 %) se cítí ohroženo při výkonu své profese často.

Otázka č. 11 - Které z následujících zdravotních symptomů se u Vás projevují při zvýšené zátěži nebo stresu?

Tabulka č. 4: Které z následujících zdravotních symptomů se u Vás projevují při zvýšené zátěži nebo stresu?

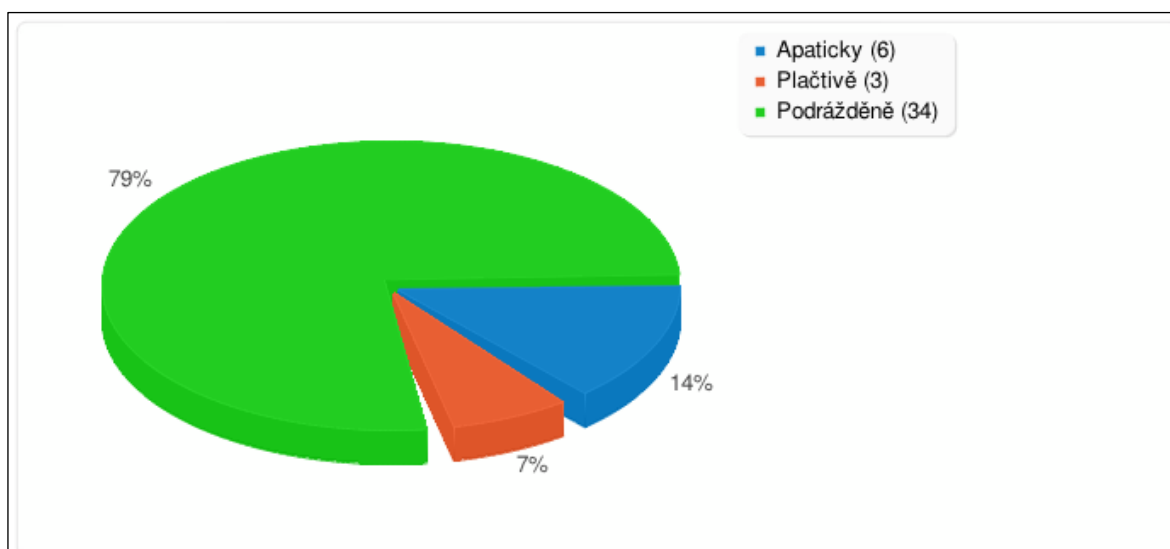
Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bolesti hlavy	25	58.14%
Únava	38	88.37%
Vysoký krevní tlak	4	9.30%
Bušení srdce, arytmie	5	11.63%
Potíže trávicího ústrojí	12	27.91%
Potíže pohybového aparátu, bolesti páteře	17	39.53%
Nespavost	21	48.84%



Graf č. 8: Které z následujících zdravotních symptomů se u Vás projevují při zvýšené zátěži nebo stresu?

Respondenti měli možnost vybrat z výčtu zdravotních symptomů, které se u nich projevují při zvýšené zátěži nebo stresu více odpovědí. Z celkového počtu 43 respondentů celkem 38 pracovníků (88 %) uvedlo únavu, bolesti hlavy uvedlo 25 pracovníků (58 %), nespavost uvedlo 21 pracovníků (49 %) ze 43 respondentů. Potížemi pohybového aparátu trpí při zvýšené zátěži nebo stresu celkem 17 pracovníků (40 %), z celkového počtu pracovníků, kteří na dotazy odpovídali. Potížemi trávicího ústrojí trpí 12 pracovníků (28 %), bušením srdce a arytmií trpí 5 pracovníků (12 %) a vysokým krevním tlakem trpí celkem 4 pracovníci (9 %) z celkového počtu 43 pracovníků. Z uvedeného je patrné, že při zvýšené zátěži nebo stresu se u dotazovaných pracovníků projevuje únava a to u 38 pracovníků z celkového počtu 43.

Otázka č. 12 - Při stresu nejčastěji reagují:

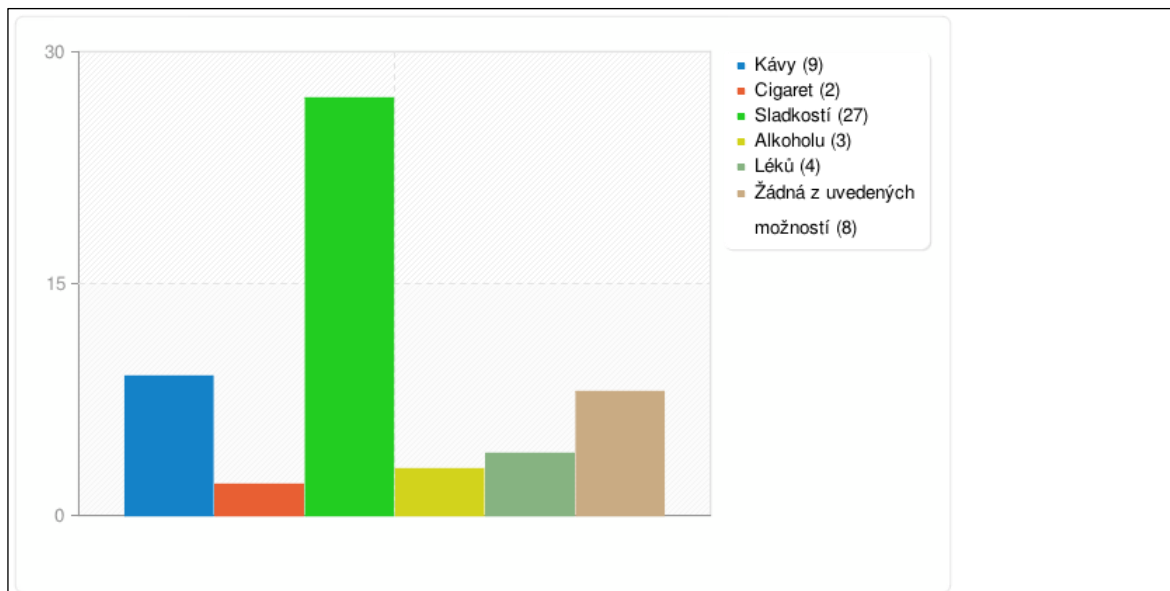


Graf č. 9: Při stresu nejčastěji reagují.

Z průzkumu vyšly najevo následující údaje, že při stresu nejčastěji reaguje apaticky 6 pracovníků (14 %), plačtivě reagují při stresu nejčastěji 3 pracovníci (7 %), podrážděně reaguje 34 pracovníků (79 %) z celkového počtu 43 respondentů. Ani jeden pracovník neodpověděl, že při stresu reaguje nejčastěji agresivně. Z uvedeného vyplývá, že nejvíce pracovníků reaguje při stresu podrážděně a to 34 pracovníků z počtu 43.

Otázka č. 13 - Pokud jsem ve stresu, zvyšuje se u mne spotřeba:*Tabulka č. 5: Pokud jsem ve stresu, zvyšuje se u mne spotřeba.*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Kávy	9	20.93%
Cigaret	2	4.65%
Sladkostí	27	62.79%
Alkoholu	3	6.98%
Léků	4	9.30%
Žádná z uvedených možností	8	18.60%

*Graf č. 10: Pokud jsem ve stresu, zvyšuje se u mne spotřeba.*

U této otázky mohli respondenti zaznačit více odpovědí. Z průzkumu je zřejmé, že z celkového počtu 43 respondentů uvedli tyto následující: spotřeba kávy se zvyšuje při stre-

su u 9 pracovníků (21 %), spotřeba cigaret u 2 pracovníků (5 %), spotřeba sladkostí u 27 pracovníků (63 %), spotřeba alkoholu u 3 pracovníků (7 %), spotřeba léků u 4 pracovníků (9 %). Jako žádnou z uvedených možností zaznačilo 8 pracovníků (19%) ze 43 dotazovaných. Z následujícího vyplývá, že nejvíce se při stresu zvyšuje u pracovníků spotřeba sladkostí a to u 27 pracovníků z počtu 43 pracovníků.

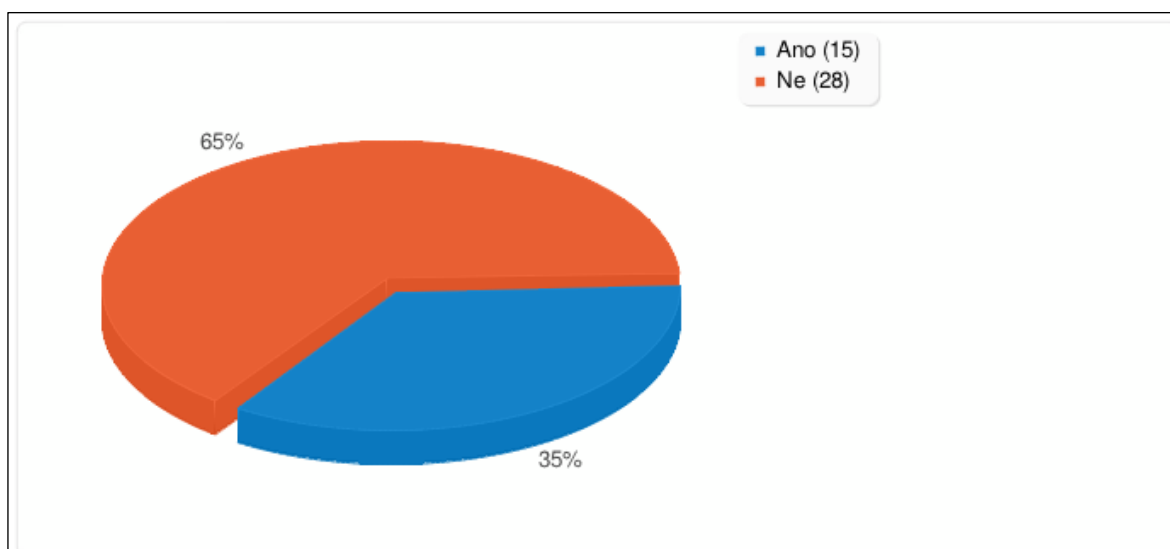
Otázka č. 14 - Vyberte skutečnosti, které pociťujete při psychickém zatížení nebo stresu:

Tabulka č. 6: Vyberte skutečnosti, které pociťujete při psychickém zatížení nebo stresu.

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Obtížně se soustředuji	23	53.49%
Pociťuji únavu a pokles pracovního výkonu	31	72.09%
Trpím úzkostí a depresí	10	23.26%
Nedokážu se radovat ze své práce	25	58.14%
Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	7	16.28%
Pociťuji sklíčenost	8	18.60%
Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	11	25.58%
Trápí mě poruchy spánku	16	37.21%
Pociťuji vnitřní neklid a nervozitu	28	65.12%
Trpím nedostatkem uznání a ocenění	11	25.58%
Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	5	11.63%
Přemýšlím o odchodu z oboru	13	30.23%

Na tuto otázku mohli respondenti při odpovědi uvést více možností. Při psychickém zatížení nebo stresu z celkového počtu 43 respondentů, kteří na dotazy odpovídali, uvedlo 23 pracovníků (53 %), že se obtížně soustřeďuje, 31 pracovníků (72 %) uvedlo, že pociťuje únavu a pokles pracovního výkonu, 10 pracovníků (23 %) uvedlo, že trpí úzkostí a depresí, 25 pracovníků (58 %) uvedlo, že se nedokáže radovat ze své práce, 7 pracovníků (16 %) uvedlo, že nemá chuť pomáhat problémovým klientům, 8 pracovníků (19 %) uvedlo, že pociťuje sklíčenost, 11 pracovníků (26 %) uvedlo, že frustrace ze zaměstnání narušuje jejich soukromé vztahy, 16 pracovníků (37 %) uvedlo, že je trápí poruchy spánku, 28 pracovníků (65 %) uvedlo, že pociťují vnitřní neklid a nervozitu, 11 pracovníků (26 %) uvedlo, že trpí nedostatkem uznání a ocenění, 5 pracovníků (12 %) uvedlo, že pochybuje o svých profesionálních schopnostech a 13 pracovníků (30 %) uvedlo, že přemýšlí o odchodu z oboru. Z uvedeného výzkumu jsme zjistili, že nejvíce sociálních pracovníků a to 31 pracovníků z celkového počtu 43 pracovníků pociťuje při psychickém zatížení nebo stresu únavu a pokles pracovního výkonu.

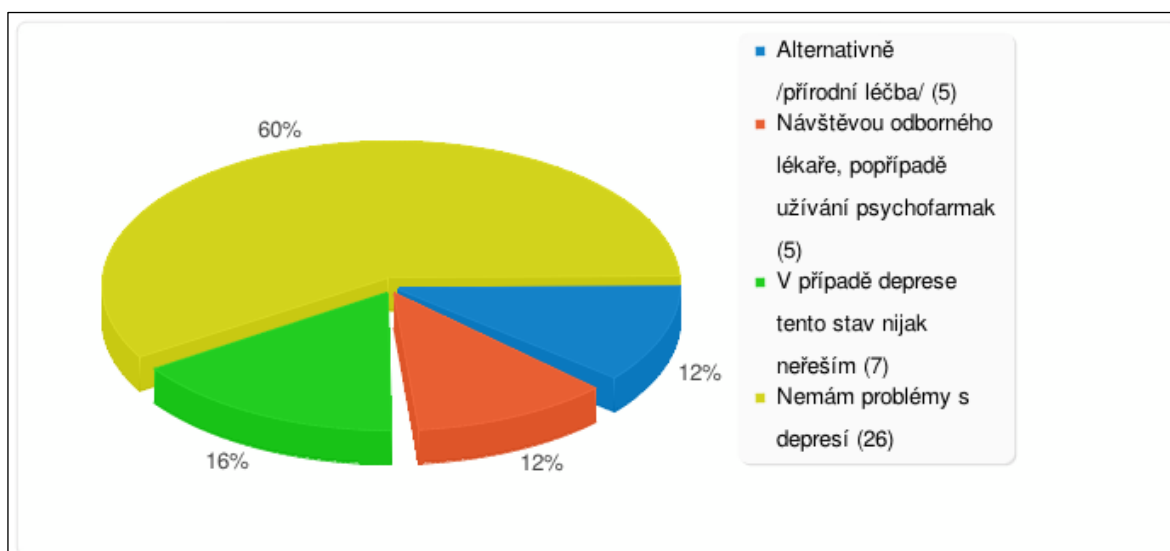
Otázka č. 15 - Dostal/a jste se do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů?



Graf č. 11: Dostal/a jste se do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů?

Z průzkumu vyplývá, že z celkového počtu dotazovaných 43 respondentů se 15 pracovníků (35 %) dostalo do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů. 28 pracovníků (65 %) odpovědělo, že se nedostalo do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů. Větší počet pracovníků a to 28 z celkového počtu dotazovaných 43 pracovníků se tedy nedostalo do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů.

Otázka č. 16 - V případě vzniku deprese jsem ji řešil/a nebo v současnosti řeším:



Graf č. 12: V případě vzniku deprese jsem ji řešil/a nebo v současnosti řeším.

Podle odpovědí bylo zjištěno, že v případě vzniku deprese ji pracovníci řešili nebo v současnosti řeší: alternativně (přírodní léčba) 5 pracovníků (12 %) z počtu 43 pracovníků, návštěvou odborného lékaře řeší z celkového počtu 43 pracovníků celkem 5 pracovníků (12 %). V případě deprese tento stav neřeší 7 pracovníků (16 %) z počtu 43 pracovníků a 26 (60 %) pracovníků z výše uvedeného celkového počtu sdělilo, že nemá problémy s depresí.

Otázka č. 17 - Pociťujete u své osoby některé z následujících příznaků syndromu vyhoření?

Tabulka č. 7: Pociťujete u své osoby některé z následujících příznaků syndromu vyhoření?

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Časté bolesti hlavy	20	46.51%
Vnitřní napětí a nervozita	26	60.47%
Nezájem o práci	6	13.95%
Nezájem o další vzdělávání	6	13.95%
Vyčleňování se z kolektivu	0	0.00%
Celková únava organismu	32	74.42%
Myšlenky na odchod z oboru	15	34.88%
Nezájem o problémy kolegů	1	2.33%

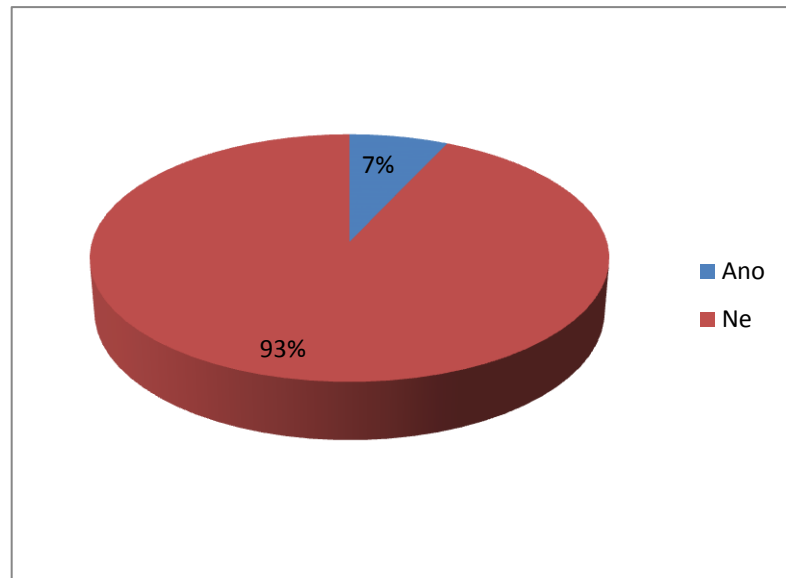
Při zkoumání (možnost uvedení více odpovědí), zda pociťují sociální pracovníci (z celkového počtu 43 odpovídajících respondentů) u své osoby některé z uvedených příznaků syndromu vyhoření bylo zjištěno, že časté bolesti hlavy pociťuje 20 pracovníků (47 %), vnitřní napětí a nervozitu pociťuje 26 pracovníků (60 %), nezájem o práci pociťuje 6 pracovníků (14 %), nezájem o další vzdělávání pociťuje 6 pracovníků (14 %), vyčleňování se z kolektivu nepociťuje ani jeden z dotazovaných pracovníků, celkovou únavu organismu pociťuje 32 pracovníků (74 %), myšlenky na odchod z oboru má 15 pracovníků (35 %) a nezájem o problémy kolegů pociťuje 1 pracovník (2 %) z celkového počtu 43 pracovníků. Tudíž lze konstatovat, že nejvíce pracovníků pociťuje z vybrané škály některých příznaků syndromu vyhoření celkovou únavu organismu a to 32 pracovníků ze 43 dotazovaných.

Otázka č. 18 - Jak se Váš zaměstnavatel snaží o prevenci rizika syndromu vyhoření?*Tabulka č. 8: Jak se Váš zaměstnavatel snaží o prevenci rizika syndromu vyhoření?*

Odpověď	Absolutní četnost	Relativní četnost
Školení, semináře	21	48.84%
Supervize	0	0.00%
Prevenci neřeší	21	48.84%
Jiné - uveďte jaké	1	2.33%
Celkem	43	100.00%

Z průzkumu vyšly najevo následující údaje o skutečnosti, jak se zaměstnavatel snaží o prevenci rizika syndromu vyhoření. Z celkového počtu 43 dotazovaných pracovníků sdělilo, že zaměstnavatel se snaží o prevenci rizika syndromu vyhoření formou školení a seminářů – uvedeno 21 pracovníky (49 %). Jako prevenci rizika syndromu vyhoření neuvědli supervizi ani jeden pracovník z dotazovaných. Celkem 21 pracovníků (49 %) uvedlo, že zaměstnavatel prevenci rizika syndromu vyhoření neřeší a jako jiné uvedl jeden pracovník (2 %). V komentáři v této položce bylo pracovníkem uvedeno, že má zaměstnavatel jen zájem o čísla, počty sociálních šetření a výkon pracovníka.

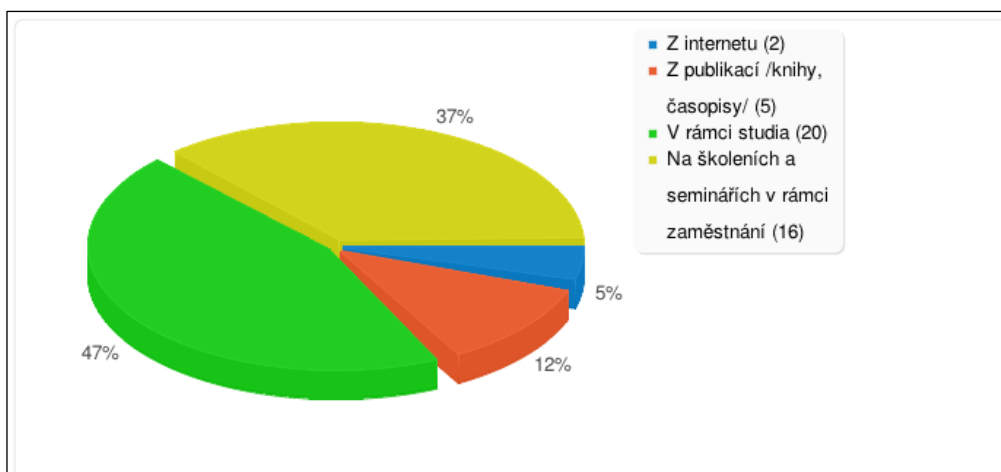
Otázka č. 19 - Máte pocit, že prevence rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?



Graf č. 13: Máte pocit, že prevence rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?

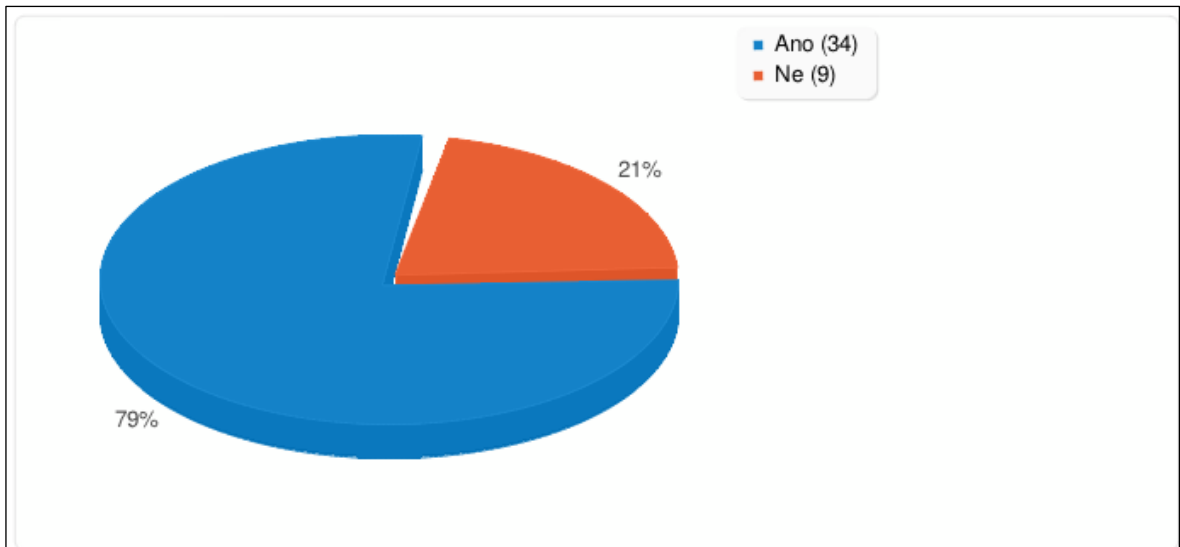
Z výsledků dotazníku vyplynulo, že jako dostatečnou prevenci rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele označili pouze 3 pracovníci (7 %) ze 43 dotazovaných a 40 pracovníků (93 %) uvedlo, že prevence rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele není dostatečná.

Otázka č. 20 - O syndromu vyhoření jsem se dozvěděl/a:



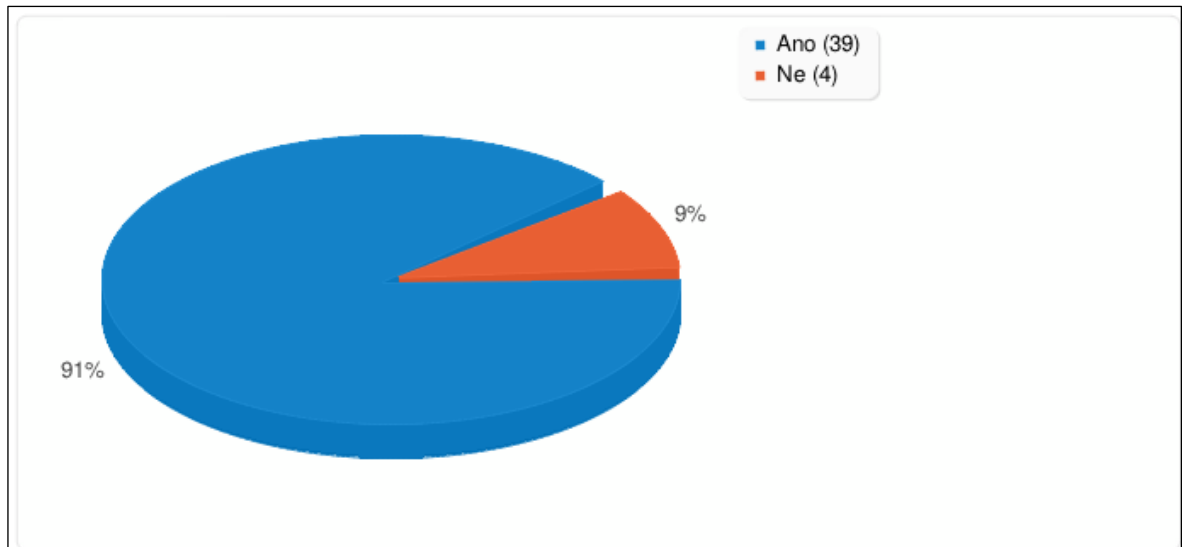
Graf č. 14: O syndromu vyhoření jsem se dozvěděl/a.

Na dotaz, jakým způsobem se pracovníci dozvěděli o syndromu vyhoření, bylo odpovězeno z celkového počtu 43 dotazovaných pracovníků takto: 2 pracovníci (5 %) se dozvěděli o syndromu vyhoření z internetu, možnost z televize neuvědl ani jeden pracovník, z publikací (knih, časopisů) se o syndromu vyhoření dozvědělo 5 pracovníků (12 %), v rámci studia se o syndromu vyhoření dozvědělo 20 pracovníků (47 %). Na dotaz zda se o výše uvedené problematice dozvěděli od kolegů a od přátel neodpověděl ani jeden pracovník. Na školeních a seminářích se o syndromu vyhoření dozvědělo 16 pracovníků (37 %) z celkového počtu 43 dotazovaných. To znamená, že nejvíce sociálních pracovníků a to celkem 20 z počtu 43 pracovníků se o syndromu vyhoření dozvědělo v rámci studia.

Otázka č. 21 - Ovlivňuje Vaše pracovní zatížení negativně Váš soukromý život?

Graf č. 15: Ovlivňuje Vaše pracovní zatížení negativně Váš soukromý život?

Z následujícího průzkumu vyplývá, že z celkového počtu 43 dotazovaných respondentů na dotaz, zda ovlivňuje pracovní zatížení negativně jejich soukromý život, odpovědělo 34 pracovníků (79 %) ano a 9 pracovníků (21 %) odpovědělo ne. To znamená, že pracovní zatížení ovlivňuje negativně soukromý život 34 pracovníkům z celkového počtu 43 dotazovaných.

Otázka č. 22 - Přemýšlíte ve svém volném čase nad pracovními problémy?

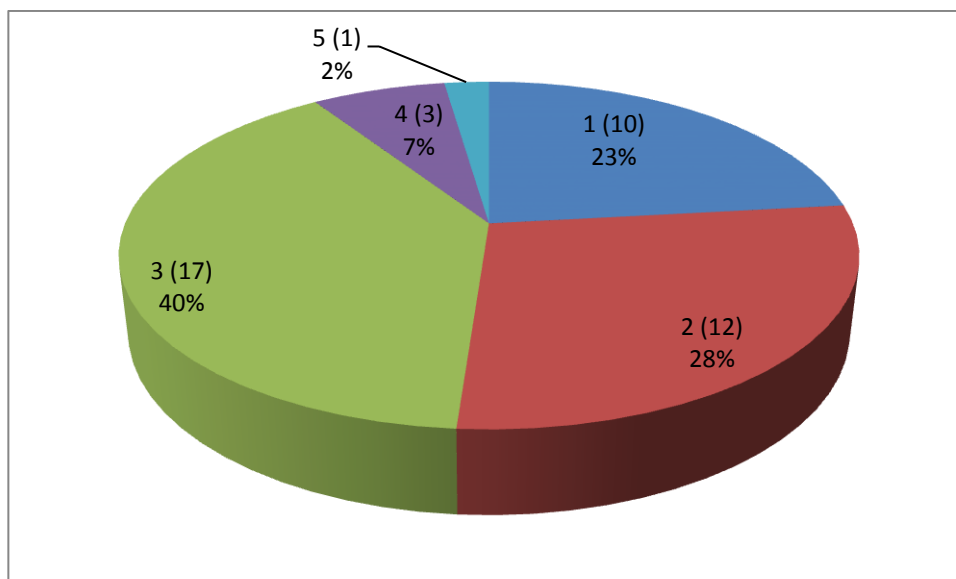
Graf č. 16: Přemýšlíte ve svém volném čase nad pracovními problémy?

Na základě zjištěných informací můžeme konstatovat, že nad pracovními problémy přemýšlí ve svém volném čase 39 pracovníků (91%) z celkového počtu 43 pracovníků. Jen 4 pracovníci (9%) označili jako možnost variantu ne u výše uvedeného dotazu. To znamená, že větší počet pracovníků přemýšlí ve svém volném čase nad pracovními problémy a to 39 pracovníků z celkového počtu 43 pracovníků.

Otázka č. 23 - Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje /na stupnici označuje číslo 1 minimální projevy zatížení v uvedených oblastech a číslo 5 maximální projevy zatížení v uvedených oblastech/ - zhoršená komunikace s dětmi nebo partnerem, zhoršená komunikace s přáteli, zhoršení stávajících nemocí, nástup nových nemocí:

Tabulka č. 9: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s dětmi nebo partnerem.

Odpověď na stupnici 1-5	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	10	23.26%
2	12	27.91%
3	17	39.53%
4	3	6.98%
5	1	2.33%
Celkem	43	100.00%



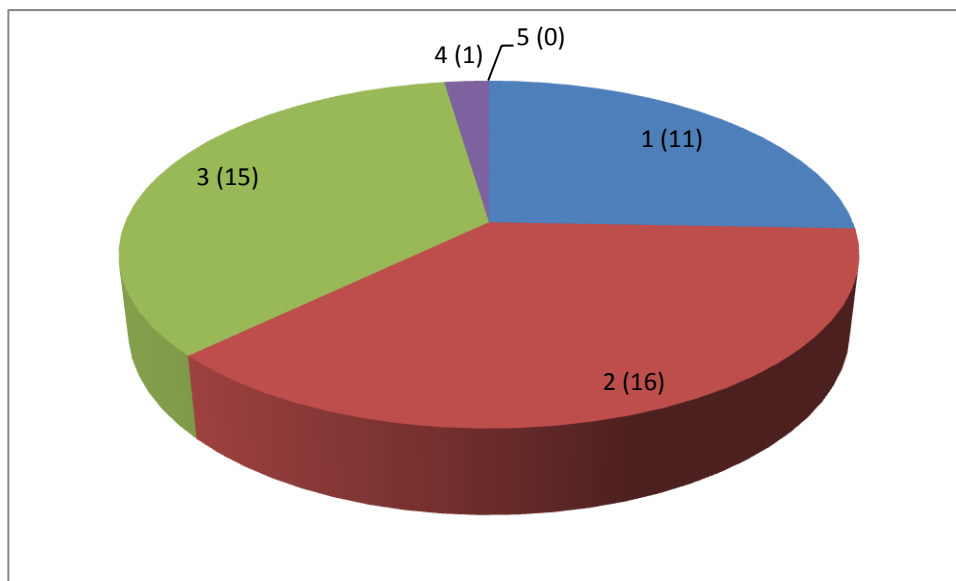
Graf č. 17: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s dětmi nebo partnerem.

V otázce č. 23 byla v dotazníku uvedena škálová stupnice, která se týkala čtyř oblastí, ve kterých by se mohlo projevit pracovní zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví pracovníků. K otázce č. 23 tedy formou tabulek (celkem 4 tabulky) a grafů (celkem 4 grafy) analyzujeme následující čtyři oblasti: zhoršená komunikace s dětmi nebo partnerem, zhoršená komunikace s přáteli, zhoršení stávajících nemocí a nástup nových nemocí. Na stupnici od 1 do 5 označovali pracovníci při výzkumu u každé z uvedených oblastí tak, že číslo 1 na stupnici představovalo minimální projevy zatížení v uvedených oblastech a číslo 5 představovalo maximální projevy zatížení v uvedených oblastech.

Z vyhodnocení tabulky č. 9 a grafu č. 17 vyplývá, že na stupnici číslo 1 (minimální projevy zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví) označilo zhoršenou komunikaci s dětmi a partnerem 10 pracovníků (23 %) z počtu 43 dotazovaných, 12 pracovníků (28 %) označilo na stupnici 2, celkem 17 pracovníků (40 %) označilo na uvedené stupnici číslo 3. Na této stupnici číslo 4 označili 3 pracovníci (7 %). Maximální projevy, tedy číslo 5 na stupnici, označil pouze 1 pracovník (2 %). Z uvedeného vyplývá, že největší počet sociálních pracovníků z počtu 43, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, označilo a to celkem 17 pracovníků na škálové stupnici číslo 3 při dotazu na zhoršenou komunikaci s dětmi a partnerem jako jeden z projevů pracovního zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví.

Tabulka č. 10: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s přáteli.

Odpověď na stupnici 1-5	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	11	25.58%
2	16	37.21%
3	15	34.88%
4	1	2.33%
5	0	0.00%
Celkem	43	100.00%

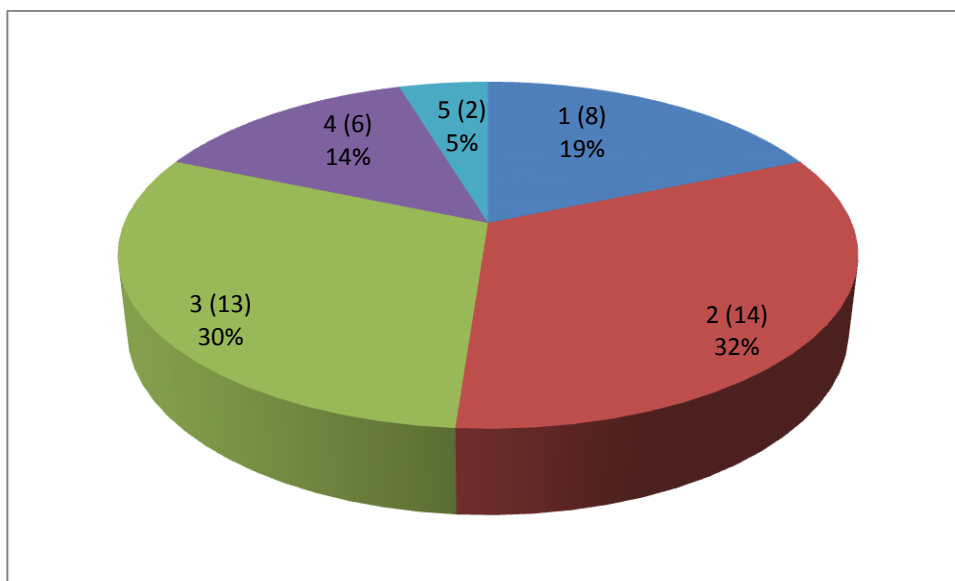


Graf č. 18: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s přáteli.

Z vyhodnocení tabulky č. 10 a grafu č. 18 vyplývá, že na stupnici číslo 1 (minimální projevy zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví) označilo zhoršenou komunikaci s přáteli, z celkového počtu dotazovaných 43 pracovníků, 11 pracovníků (26 %), na stupnici číslo 2 označilo 16 pracovníků (37 %), na stupnici číslo 3 označilo 15 pracovníků (34 %). Číslo 4 na škálové stupnici zaznačil pouze 1 pracovník (2 %) a číslo 5 neoznačil ani jeden z dotazovaných pracovníků. Z čehož vyplývá, že největší počet sociálních pracovníků z počtu 43, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, označilo v počtu celkem 16 pracovníků na škálové stupnici číslo 2 při dotazu na zhoršenou komunikaci s přáteli jako jeden z projevů pracovního zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví.

Tabulka č. 11: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršení stávajících nemocí.

Odpověď na stupnici 1-5	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	8	18.60%
2	14	32.56%
3	13	30.23%
4	6	13.95%
5	2	4.65%
Celkem	43	100.00%



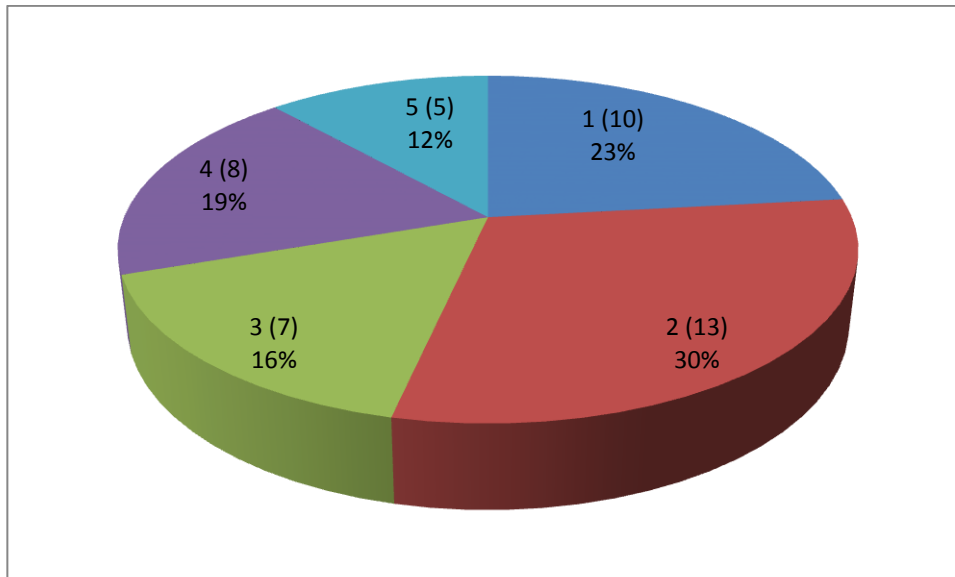
Graf č. 19: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršení stávajících nemocí.

Z vyhodnocení tabulky č. 11 a grafu č. 19 vyplývá, že na stupnici číslo 1 (minimální projevy zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví) označilo zhoršení stávajících nemocí, z celkového počtu dotazovaných 43 pracovníků, 8 pracovníků (19 %), na stupnici číslo 2 označilo 14 pracovníků (33 %), na stupnici číslo 3 označilo 13 pracovníků (30 %),

na stupnici číslo 4 označilo 6 pracovníků (14 %). Maximální projevy, tedy číslo 5 na stupnici, označili 2 pracovníci (5 %). Z uvedeného vyplývá, že největší počet sociálních pracovníků z počtu 43, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, označilo v počtu celkem 14 pracovníků na škálové stupnici číslo 2 při dotazu na zhoršení stávajících nemocí jako jeden z projevů pracovního zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví.

Tabulka č. 12: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – nástup nových nemocí.

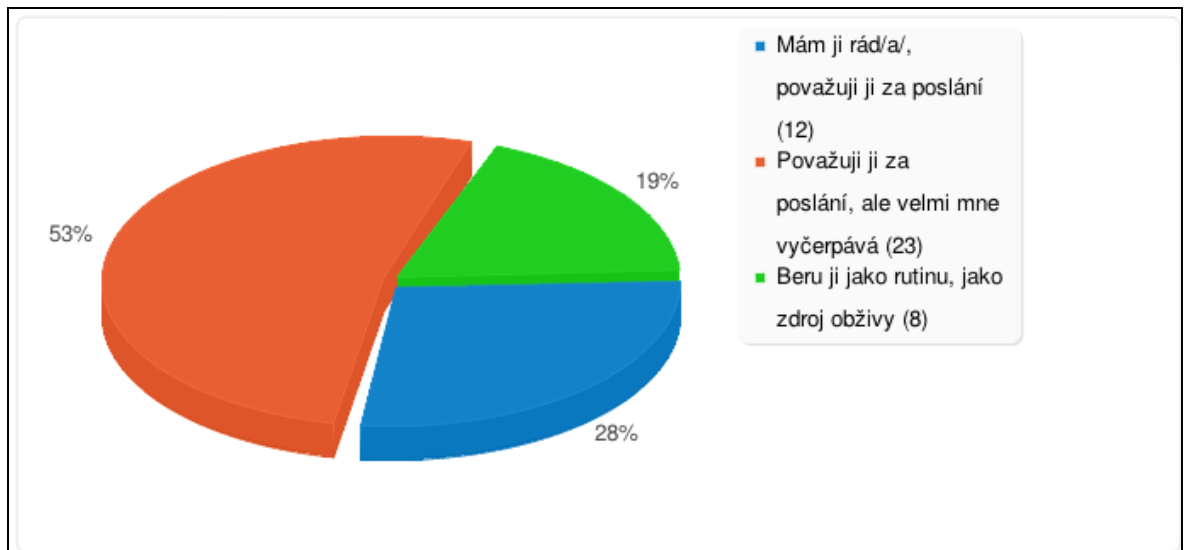
Odpověď na stupnici 1-5	Absolutní četnost	Relativní četnost
1	10	23.26%
2	13	30.23%
3	7	16.28%
4	8	18.60%
5	5	11.63%
Celkem	43	100.00%



Graf č. 20: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – nástup nových nemocí.

Z vyhodnocení tabulky č. 12 a grafu č. 20 vyplývá, že na stupnici číslo 1 (minimální projevy zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví) označilo nástup nových nemocí, z celkového počtu dotazovaných 43 pracovníků, 10 pracovníků (23 %), na stupnici číslo 2 označilo 13 pracovníků (30 %), na stupnici číslo 3 označilo 7 pracovníků (16 %), na stupnici číslo 4 označilo 8 pracovníků (19 %). Maximální projevy, tedy číslo 5 na stupnici, označilo 5 pracovníků (12 %). Z uvedeného vyplývá, že největší počet sociálních pracovníků z počtu 43, kteří se zúčastnili našeho výzkumu, označilo a to celkem 13 pracovníků na škálové stupnici číslo 2 při dotazu na nástup nových nemocí jako jeden z projevů pracovního zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví.

Otázka č. 24 - Vyjádřete svůj vztah k profesi, kterou vykonáváte:



Graf č. 21: Vyjádřete svůj vztah k profesi, kterou vykonáváte.

Z výzkumu vyjádření jednotlivých pracovníků svého vztahu k profesi, kterou vykonávají – profesi sociálního pracovníka jsme zjistili, že svou profesi má rádo a považuje ji za poslání 12 pracovníků (28 %) z celkového počtu 43 dotazovaných, svou profesi považuje za poslání, ale velmi vyčerpává 23 pracovníků. Při výzkumu odpovědělo 8 pracovníků (19 %) z celkového počtu 43 pracovníků, že svou profesi bere jako rutinu, jako zdroj obživy. Na poslední variantu, že svou profesi nesnáší a často uvažuje o změně oboru, neodpověděl žádný z dotazovaných pracovníků. Bylo tedy zjištěno, že největší počet pracovníků, a to 23 pracovníků (53 %) , považuje svou profesi za poslání, ale velmi je vyčerpává.

6 INTERPRETACE DAT

V následující části budeme interpretovat data získaná empirickým výzkumem a budeme se tedy věnovat jednotlivým stanoveným dílčím cílům a dílčím otázkám výzkumu. Dotazník pro výzkum byl rozeslán elektronickou formou 72 respondentům. Průzkumu se zúčastnilo z tohoto počtu 43 respondentů, což je návratnost 59,7 %. To, že se neúčastnili ostatní respondenti, přisuzujeme velkému pracovnímu nasazení a vypětí pracovníků v sociální oblasti, jejich časové tísně nebo také neochotě.

Výzkumu se zúčastnilo z počtu 43 pracovníků 42 žen a 1 muž. Největší věkovou zastupitelnost z těchto pracovníků má skupina ve věku 41-50 let a to 17 pracovníků (40 %). Bylo také zjištěno, že největší počet z dotazovaných pracovníků a to celkem 18 (42 %) pracuje v tomto oboru již 10 a více let. Největší počet pracovníků a to 25 (58 %) pracuje nejčastěji s osobami se zdravotním postižením.

Cíl č. 1: Identifikování nejčastějších příčin zátěže a stresu sociálních pracovníků.

Výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou nejčastější příčiny zátěže a stresu sociálních pracovníků?

Jak vypovídají výsledky výzkumu, zátěž pracovníkům přináší při výkonu profese v sociální oblasti nejčastěji zpracování dávek a vedení spisové agendy. Pokud měli sociální pracovníci rozhodnout, zda zátěž při výkonu profese pocítují jako reálnou, mezní /limitní/ nebo extrémní, nejvyšší počet z dotazovaných odpověděl, že mezní /limitní/ zátěž a to celkem 20 pracovníků (47 %), což je téměř polovina dotazovaných. Bylo zjištěno, že největší zátěží pro zkoumané sociální pracovníky (41 pracovníků – 95 %) je velký objem administrativy a s tím související časová tíseň.

Zajímalo nás, jaké skutečnosti působí na sociálního pracovníka při provádění sociálního šetření negativně na jeho psychiku, což se odráží následně v psychické zátěži. Výzkumem bylo zjištěno, že nejvíce pracovníkům, v negativním slova smyslu, psychiku ovlivňuje při výkonu sociálního šetření, nemoc nebo zdravotní postižení klienta (18 pracovníků – 42 %). Bylo zjištěno, že v případě skutečností, které pocítují při psychickém zatížení nebo stresu jsou to nejčastěji – únava a pokles pracovního výkonu a opět vnitřní neklid a nervozita.

Cíl č. 2: Identifikování důsledků zátěže a stresu sociálních pracovníků

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků?

Z výsledků šetření vyplývá, že 23 pracovníků z celkového počtu 43 se při výkonu své profese cítí ohroženo stresem často. V otázce vybírali pracovníci z možností – nikdy, výjimečně, často a neustále. Největší četnost reakce při stresu byla naměřena u 34 pracovníků, kteří sdělili, že reagují při stresu podrážděně. Bylo zjištěno, že z projevů zdravotních symptomů se u nich projevují nejvíce únava, poté bolesti hlavy, nespavost a potíže pohybového aparátu, bolesti páteře.

V teoretické části jsme se zabývali depresí a syndromem vyhoření jako důsledky zátěže a stresu. V našem pedagogickém výzkumu jsme se na tyto skutečnosti mimo jiné zaměřili a zjistili jsme, že u 15 pracovníků (35 %), z dotazovaných v počtu 43 pracovníků, přešel stres ze zaměstnání do depresivních stavů. Někteří pracovníci řeší depresi alternativně formou přírodní léčby, jiní zase návštěvou odborného lékaře, popřípadě užívání psychofarmak. Celkem 7 pracovníků, z dotazovaných 43 pracovníků, přítomnost deprese u své osoby nijak neřeší.

Z výsledků je zřejmé, že o problematice syndromu vyhoření jsou informováni všichni dotazovaní pracovníci. Nejvíce pracovníků s počtem 20 (47 %) se o syndromu vyhoření dozvědělo v rámci studia. Pracovníkům byly nabídnuty k označení, v jedné z otázek dotazníku, některé z příznaků syndromu vyhoření a to časté bolesti hlavy, vnitřní napětí a nervozita, nezáměr o práci, nezáměr o další vzdělávání, vyčleňování se z kolektivu, celková únava organismu, myšlenky na odchod z oboru a nezáměr o problémy kolegů. Ze zkoumaných dat bylo zjištěno, že největší počet sociálních pracovníků a to 32 (74 %) z dotazovaných pocítuje celkovou únavu organismu, dále na druhém místě bylo uvedeno vnitřní napětí a nervozita a na třetím místě časté bolesti hlavy. Bylo zjištěno, že v případě skutečností, které pocítují při psychickém zatížení nebo stresu jsou to nejčastěji – únava a pokles pracovního výkonu a opět vnitřní neklid a nervozita.

Výzkumem bylo zjištěno, že z dotazovaných 43 pracovníků uvedlo 21 pracovníků (49 %), že zaměstnavatel prevenci rizika syndromu vyhoření neřeší. To, že by u pracovníků řešil zaměstnavatel prevenci rizika syndromu vyhoření formou supervize, neuvedl ani jeden z dotazovaných pracovníků. Což považujeme za velmi alarmující skutečnost právě

v případě pomáhající profese. Celkem 40 pracovníků (93 %), ze 43 dotazovaných, uvedlo, že prevence rizika syndromu vyhoření je nedostatečná.

Cíl č. 3: Zkoumání vlivu zaměstnání v sociální oblasti na kvalitu osobního života a zdraví sociálních pracovníků.

Výzkumná otázka č. 3: Jak ovlivňuje zaměstnání v sociální oblasti kvalitu osobního života a zdraví sociálních pracovníků?

Na základě zjištěných informací lze konstatovat, že u 34 sociálních pracovníků (79 %) z celkového počtu 43 respondentů ovlivňuje jejich pracovní zatížení negativně soukromý život. Z celkového počtu přemýšlí nad pracovními problémy 39 pracovníků (91 %), což pro nás není zanedbatelný údaj.

Při empirickém výzkumu bylo použito pro účely zkoumání skutečnosti, jak se projevuje pracovní zatížení v soukromém životě a oblasti zdraví škálové stupnice, kdy pracovníci označovali od 1 – 5 (1 minimální projevy a 5 maximální projevy) ve čtyřech oblastech. V oblasti zhoršené komunikaci s dětmi nebo partnerem označilo nejvíce pracovníků na stupnici číslo 3. V oblasti zhoršené komunikace s přáteli označilo nejvíce pracovníků na stupnici číslo 2. V oblasti zhoršení stávajících nemocí se objevila nejvyšší četnost u stupnice s číslem 2 a v nástupu nových nemocí by nejvyšší četnost označení taktéž u stupnice 2. Z čehož vyplynulo, že nejvíce je ohrožena oblast komunikace s dětmi nebo partnerem. Přepřacovanost, psychické zatížení a stres se odráží v kvalitě osobního života sociálních pracovníků.

6.1 Testování hypotézy

V našem empirickém výzkumu jsme formulovali nulovou a alternativní hypotézu, kdy pomocí testu dobré shody chí-kvadrát máme rozhodnout, zda mezi jednotlivými částmi výkonu profese, které považují pracovníci za nejvíce zátěžové, jsou statisticky významné rozdíly.

H_0 Mezi jednotlivými částmi výkonu profese, které považují sociální pracovníci za nejvíce zátěžové, nejsou statisticky významné rozdíly.

H_A Mezi jednotlivými částmi výkonu profese, které považují sociální pracovníci za nejvíce zátěžové, jsou statisticky významné rozdíly.

Nulovou hypotézu budeme testovat na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Tabulka č. 13: Testování hypotézy.

Část výkonu profese	Pozorovaná četnost P	Očekávaná četnost O	P - O	$(P - O)^2$	$\frac{(P - O)^2}{O}$
Jednání s klienty na pracovišti	10	14,3	-4,3	18,49	1,293
Zpracování dávek a vedení spisové agendy	25	14,3	10,7	114,49	8,006
Provádění sociálního šetření	8	14,3	-6,3	39,69	2,776
	$\Sigma 43$	$\Sigma 43$			$\Sigma 12,075$

$$\chi^2 = \sum \frac{(P-O)^2}{O} = 12,075$$

Vypočítaná hodnota je ukazatelem rozdílu mezi pozorovanou a očekávanou četností. Při rozhodování o platnosti nulové hypotézy jsme postupovali tak, že vypočítanou hodnotu testového kritéria jsme srovnali s tzv. kritickou hodnotou, kterou lze nalézt ve statistických tabulkách. Příslušnou kritickou hodnotu jsme hledali pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 a počet stupňů volnosti 2. Stupně volnosti byly zjištěny dle vzorce $f=(r-1) \times (s-1)$. Použili jsme statistické tabulky v knize *Metody pedagogického výzkumu* od autora prof. PhDr. Miroslava Chráska, CSc.

Zjistili jsme, že ve statistických tabulkách pro hladinu významnosti 0,05 a stupně volnosti 2 je kritická hodnota chí-kvadrát 5,991. Vypočítaná hodnota testového kritéria je

$\chi^2 = 12,075$. Je zřejmé, že vypočítaná hodnota testového kritéria je větší než hodnota kritická, a proto jsme museli odmítnout nulovou hypotézu a byla přijata hypotéza alternativní. To znamená, že mezi jednotlivými částmi výkonu profese, které považují sociální pracovníci za zátěžové, jsou statisticky významné rozdíly. Bylo zjištěno, že za nejvíce zátěžovou část výkonu své profese považují sociální pracovníci zpracování dávek a vedení spisové agendy.

6.2 Doporučení pro praxi

Sociální pracovníci byli v závěru výzkumného dotazníku osloveni, aby vyjádřili svůj vztah k profesi, kterou vykonávají. 23 pracovníků (53 %) z celkového počtu 43 pracovníků považuje svou profesi za poslání, ale velmi je vyčerpává. Na druhém místě bylo uvedeno s počtem 12 pracovníků, že mají profesi rádi a považují ji za poslání. Pouze 8 z dotazovaných 43 pracovníků bere svou profesi jako rutinu, jako zdroj obživy. Na základě těchto skutečností lze konstatovat, že pracovníci, kteří jsou nesmírně vyčerpaní velkým objemem agendy, vysokým počtem zpracování dávek, administrativy, častými změnami legislativy, stále tuto profesi považují za své poslání, za pomoc potřebným. Zátěž a stres na pracovníky útočí s pravidelnou každodenností. Vyčerpání se odráží v jejich soukromém životě i oblasti jejich zdraví.

Na základě poznatků provedeného empirického výzkumu doporučujeme, že by bylo nanejvýš vhodné zaměřit se na oblast duševní hygieny. Člověk, který se léta zabývá angažovaností v pomáhající profesi, by měl přemýšlet nad skutečností, že právě aby mohl pomáhat druhým, musí být především v pořádku on sám. Měl by se zabývat otázkami odpočinku, relaxace a životosprávy. V případě problému, kdy by stres gradoval do takových veličin, že by přecházel do depresivních stavů, by měl situaci řešit.

Je téměř alarmující, že prevence rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je nedostatečná. Pracovníci absolvují na toto téma málo seminářů nebo vůbec žádné semináře a o syndromu vyhoření se z větší části dozvídají při studiu, kterým si zvyšují svou odbornou kvalifikaci. Ani v jednom případě nebylo uvedeno, že by na pracovištích probíhala sociální podpora pracovníků formou supervize.

„Supervize představuje výchovný proces, který je pro sociální práci důležitý a jehož účelem je pomoci sociálním pracovníkům, aby dosahovali dobrých výkonů odpovídajícím způsobem. Hlavním prvkem supervize je vzdělávání (studie, popis rolí, principy, techniky), ale supervize má také prvky administrativní a podpůrné.“ (Maroon, 2012, s. 109).

Podle Maroona se supervizor soustředí zejména na vědomosti, dovednosti a techniky sociální práce. Úkolem supervize je zabránit vzniku vyhoření a posílit pocit profesní kompetence a dobré výkonnosti. (Maroon, 2012, s. 118)

Jako řešení pro využití v praxi bychom na základě vyhodnocení výsledků empirického výzkumu této práce doporučili, aby se zaměstnavatel formou všech pro něj dostupných prostředků (školení, seminářů, antistresových programů, supervize) snažil více o pracovníky pečovat a snažil se co nejvíce eliminovat psychická úskalí v pomáhající profesi nebo alespoň zmírnit rizika jejich vzniku.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsme determinovali jednotlivá psychická úskalí v pomáhajících profesích obecně a poté se zaměřením na konkrétní sociální pracovníky, kteří se zabývají výkonem agendy příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením. Zátěž a stres představují jeden ze závažných fenoménů, které dokáží ovlivňovat zdraví a kvalitu osobního života sociálních pracovníků, ale mimo jiné dokáží ovlivňovat následně i jejich produktivitu a kvalitu práce. Pracovníci jsou přetíženi množstvím klientů, o které se mají postarat, mnohdy však nemají pro svou práci dobré podmínky a také je vyčerpává soucit s životem klienta, jeho nemocí nebo zdravotním postižením, stavem jeho domácnosti či rodinného zázemí. Vzhledem k náročnosti profese sociálního pracovníka by měl jedinec především dbát na svůj životní styl, na dostatek výživy a spánku, měl by zůstat i prostor na společenský a kulturní život. Pro pomáhajícího je velmi významné, jaké má ve svém osobním životě rodinné zázemí, jak komunikuje se svou rodinou, jak řeší konflikty.

Cílem empirického výzkumu bylo zjistit příčiny a důsledky zátěže a stresu sociálních pracovníků. Zabývali jsme se zkoumáním nejčastějších příčin zátěže a stresu přímo z hlediska jednotlivých částí výkonu profese, dále jejich důsledky a tím, jak ovlivňuje zaměstnání v sociální oblasti kvalitu osobního života a zdraví sociálních pracovníků. Pro výzkum bylo použito dotazníku, v němž byly otázky formulovány tak, aby se zaměřili právě na konkrétní skupinu sociálních pracovníků a na výkon jejich profese. Domníváme se, že stanovených cílů bylo dosaženo. Výzkumem bylo zjištěno, co způsobuje nejčastější příčiny zátěže a stresu, bylo zjištěno, že angažovanost v pomáhající profesi přináší skutečně pracovníkům přemíru zátěže a stresu, nejčastěji při zpracování dávek a vedení spisové agendy a při neustálé narůstající administrativě. Výzkum nám přinesl zjištění, že zkoumaná psychická úskalí se skutečně odráží na kvalitě života sociálních pracovníků a také v oblasti jejich zdraví. Z těchto důvodů uvádíme v předcházející kapitole některá doporučení s využitím v praxi. Potěšující však bylo zjištění, že většina z dotazovaných pracovníků bere svou profesi jako poslání. Přicházející klient potřebuje mít pocit důvěry, cítit bezpečí a přijetí. Pokud by byl narušen tento vztahový rámec, stává se pro pomáhajícího jeho práce jen výkonem svěřených pravomocí. Důležitým faktem zůstává, což se také potvrdilo naším výzkumem, že pomáhání je pro sociální pracovníky činností nepochybně smysluplnou.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení: I. Část*. 3. přepracované vydání. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1393-2.

ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení: II. Část – Sociální pomoc a sociální služby*. 3. rozšířené vydání. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-802-4618-524.

BECK, Petr et al. *Dávky pomoci v hmotné nouzi a dávky pro osoby se zdravotním postižením*. Olomouc: Anag, 2012. ISBN 978-80-7263-744-7.

BEDRNOVÁ, Eva et al. *Management osobního rozvoje: duševní hygiena, sebeřízení a efektivní životní styl*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.

GRÜN, Anselm. *Deprese jako šance: Spirituální impulzy*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-608-7.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: Základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada – Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak zvládat depresi*. 2. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0575-3.

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.

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

NOVÁK, Tomáš. *Jak bojovat se stresem*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0695-4.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.

RENAUD, Jacqueline. *Stres: Co je stres a jak se mu vyhnout: Testy a antistresové programy*. Praha: Práce, 1993. ISBN 80-208-0297-5.

SOCIÁLNÍ ZABEZPEČENÍ: státní sociální podpora, dávky pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby, pomoc v hmotné nouzi, životní a existenční minimum. Ostrava: Sagit, 2012. ISBN 978-80-7208-900-0.

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Délka praxe v oboru.

Tabulka č. 2: Pracuji na kontaktním pracovišti ÚP.

Tabulka č. 3: Při zpracování dávek a vedení spisové agendy je pro mě největší zátěží.

Tabulka č. 4: Které z následujících zdravotních symptomů se u Vás projevují při zvýšené zátěži nebo stresu?

Tabulka č. 5: Pokud jsem ve stresu, zvyšuje se u mne spotřeba.

Tabulka č. 6: Vyberte skutečnosti, které pociťujete při psychickém zatížení nebo stresu.

Tabulka č. 7: Pociťujete u své osoby některé z následujících příznaků syndromu vyhoření?

Tabulka č. 8: Jak se Váš zaměstnavatel snaží o prevenci rizika syndromu vyhoření?

Tabulka č. 9: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s dětmi nebo partnerem.

Tabulka č. 10: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s přáteli.

Tabulka č. 11: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršení stávajících nemocí.

Tabulka č. 12: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – nástup nových nemocí.

Tabulka č. 13: Testování hypotézy

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Pohlaví.

Graf č. 2: Věk.

Graf č. 3: Nejčastěji pracuji s tímto typem klientů.

Graf č. 4: Kterou část výkonu své profese považujete za nejvíce zátěžovou nebo stresující?

Graf č. 5: Zátěž při výkonu své profese pociťuji nejčastěji jako.

Graf č. 6: Při provádění sociálního šetření na mou psychiku negativně působí.

Graf č. 7: Při výkonu své profese se stresem cítím ohrožen/a.

Graf č. 8: Které z následujících zdravotních symptomů se u Vás projevují při zvýšené zátěži nebo stresu?

Graf č. 9: Při stresu nejčastěji reaguji.

Graf č. 10: Pokud jsem ve stresu, zvyšuje se u mne spotřeba.

Graf č. 11: Dostal/a jste se do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů?

Graf č. 12: V případě vzniku deprese jsem ji řešil/a nebo v současnosti řeším.

Graf č. 13: Máte pocit, že prevence rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?

Graf č. 14: O syndromu vyhoření jsem se dozvěděl/a.

Graf č. 15: Ovlivňuje Vaše pracovní zatížení negativně Váš soukromý život?

Graf č. 16: Přemýšlíte ve svém volném čase nad pracovními problémy?

Graf č. 17: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s dětmi nebo partnerem.

Graf č. 18: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršená komunikace s přáteli.

Graf č. 19: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – zhoršení stávajících nemocí.

Graf č. 20: Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projevuje – nástup nových nemocí.

Graf č. 21: Vyjádřete svůj vztah k profesi, kterou vykonáváte.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Dotazník

PŘÍLOHA Č. 1: DOTAZNÍK

Dotazník

1. Pohlaví:

- Muž
- Žena

2. Věk:

- 20-30 let
- 31-40 let
- 41-50 let
- Více než 50 let

3. Délka praxe v oboru sociálního pracovníka:

- Do 5 let
- 6-10 let
- 10 a více let

4. Pracuji na kontaktním pracovišti ÚP:

- Bystřice pod Hostýnem
- Holešov
- Karolinka
- Kroměříž
- Otrokovice
- Rožnov pod Radhoštěm
- Slavičín
- Uherské Hradiště
- Uherský Brod
- Valašské Klobouky
- Valašské Meziříčí
- Vsetín
- Zlín

5. Nejčastěji pracuji s tímto typem klientů:

- Osoby dlouhodobě nemocné
- Osoby se zdravotním postižením
- Senioři

6. Kterou část výkonu své profese považujete za zátěžovou nebo stresující? / můžete označit více odpovědí/

- Jednání s klienty na pracovišti
- Zpracování dávek a vedení spisové agendy
- Provádění sociálního šetření v domácnostech klientů

7. Zátěž při výkonu své profese pociťuji nejčastěji jako: /označte jednu odpověď/

- Reálnou
- Mezní /limitní/
- Extrémní

8. Při zpracování dávek a vedení spisové agendy je pro mě největší zátěží: /označte jednu odpověď/

- Časté změny legislativy
- Velký objem administrativy a s tím související časovou tíseň
- Pracovní prostředí a nedostatek základních pracovních pomůcek
- Jiné-

9. Při provádění sociálního šetření na mou psychiku negativně působí: /označte jednu odpověď/

- Nemoc nebo zdravotní postižení klienta
- Domácnost klienta /nepořádek, špína, zápach/
- Možnost nákazy virovým nebo infekčním onemocněním
- Jiné -

10. Při výkonu své profese se stresem cítím ohrožen/a/: /označte jednu odpověď/

- Nikdy
- Výjimečně
- Často
- Neustále

11. Které zdravotní symptomy se u Vás projevují při zvýšené zátěži nebo stresu? /můžete označit více odpovědí/

- Bolesti hlavy
- Únava
- Vysoký krevní tlak
- Bušení srdce, arytmie
- Potíže trávicího ústrojí
- Potíže pohybového aparátu, bolesti páteře
- Nespavost

12. Při stresu nejčastěji reagují: /označte jednu odpověď/

- Apaticky
- Plačtivě
- Podrážděně
- Agresivně

13. Pokud jsem ve stresu, zvyšuje se moje spotřeba/označte více odpovědí/

- Kávy
- Cigaret
- Sladkostí
- Alkoholu
- Léků
- Žádná z uvedených možností

14. Vyberte všechny skutečnosti, které pociťujete při psychickém zatížení nebo stresu :

- Obtížně se soustředuji
- Pociťuji únavu a pokles pracovního výkonu
- Trpím úzkostí a depresí
- Nedokážu se radovat ze své práce
- Nemám chuť pomáhat problémovým klientům
- Pociťuji sklíčenost
- Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy
- Trápí mě poruchy spánku
- Pociťuji vnitřní neklid a nervozitu
- Trpím nedostatkem uznání a ocenění
- Pochybuji o svých profesionálních schopnostech
- Přemýšlím o odchodu z oboru

15. Dostal/a jste se do situace, kdy stres ze zaměstnání přešel do depresivních stavů?

- Ano
- Ne

16. V případě vzniku deprese jsem ji řešil/a nebo v současnosti řeším: /označte jednu odpověď/

- Alternativně /přírodní léčitelství/
- Návštěvou odborného lékaře, užívání psychofarmak
- Mám depresi, ale nijak tento stav neřeším
- Nemám problémy s depresí

**17. Pociťujete u své osoby některé z následujících příznaků syndromu vyhoření?
/můžete označit více odpovědí/**

- časté bolesti hlavy
- vnitřní napětí a nervozita
- nezájem o práci
- nezájem o další vzdělávání
- vyčleňování se z kolektivu
- celková únava organismu
- myšlenky na odchod z oboru
- nezájem o problémy kolegů

18. Jak se Váš zaměstnavatel snaží o prevenci rizika syndromu vyhoření ?/označte jednu odpověď/

- Školení a semináře
- Supervize
- Prevenci neřeší
- Jiné

19. Máte pocit, že prevence rizika syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele je dostatečná?

- Ano
- Ne

20. O syndromu vyhoření jsem se dozvěděl/a: /označte jednu odpověď/

- Z internetu
- Z televize
- Z publikací /knihy, časopisy/
- V rámci studia
- Od kolegů
- Od přátel
- Na školeních a seminářích v rámci zaměstnání

21. Ovlivňuje Vaše pracovní zatížení negativně Váš soukromý život?

- Ano
- Ne

22. Přemýšlíte ve svém volné čase nad pracovními problémy?

- Ano
- Ne

23. Mé pracovní zatížení se v soukromém životě a oblasti zdraví projeví :/označte na stupnici 1-5, přičemž 1 je minimální projev a 5 maximální projev/

- Ve zhoršené komunikaci s dětmi nebo partnerem 1 2 3 4 5
- Zhoršení stávajících nemocí 1 2 3 4 5
- Zhoršení stávajících nemocí 1 2 3 4 5
- Nástup nových nemocí 1 2 3 4 5

24. Vyjádřete svůj vztah k profesi, kterou vykonáváte: /označte jednu odpověď/

- Mám ji rád/a, považuji ji za poslání
- Považuji ji za poslání, ale velmi mne vyčerpává
- Beru ji jako rutinu, jako zdroj obživy
- Nesnáším ji, často uvažuji o změně oboru