SYNDROM VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNÍ PÉČE

Radmila Baierová

Bakalářská práce
2013

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Institut mezioborových studií Brno
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Radmila BAIEROVÁ**
Osobní číslo:	**H108006**
Studijní program:	**B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Sociální pedagogika**
Téma práce:	**Syndrom vyhoření u pracovníků sociální péče**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009), případně podle dalších materiálů. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovědního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.
S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena :
- na definici, vznik, průběh, projevy a příčiny syndromu vyhoření;
- na rizikové faktory a prevenci syndromu vyhoření;
- na zátěžové situace a jejich zvládání;
- na popis profese pracovníka sociální péče.
Součástí práce bude výzkum zaměřený na pracovníky sociální péče pracující s klienty s mentální retardací a se seniory a porovnání těchto skupin.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Jeklová, M., Reitmayerová, E. : Syndrom vyhoření. Praha : Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006.
Kallwass, A. : Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha : Portál, 2007.
Potterová, B.A. : Jak se bránit pracovnímu vyčerpání. Olomouc : Votobia, 1997.
Rush, D.M. : Syndrom vyhoření. Praha : Návrat domů, 2003.
Vágnerová M. : Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha : Portál, 2000.
Vágnerová M. : Základy psychologie. Praha : Karolinum, 2007.
Další literatura bude obsažena v projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během práce na tomto textu.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Olga Doňková**
Katedra psychologie

Datum zadání bakalářské práce: **16. března 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2013**

V Brně dne 16. března 2012

L.S.

prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu

INSTITUT MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ * MUNI IČO: 60555670 * Stud. administrativa *

doc. PhDr. František Vízdal, CSc.
vedoucí katedry

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 prezenčnímu 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 užít 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.

RADMILA ZAJEROVÁ
Jméno, příjmení studenta

V Brně 8. 4. 2013

Podpis

---

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 nevýdělečně 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 nahlížení 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 nezasahuje 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). Odpírá-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 užít 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 jím 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce je zaměřena na syndrom vyhoření u pracovníků sociální péče.

Teoretická část popisuje syndrom vyhoření – pojem a definice syndromu vyhoření, vznik, projevy, příčiny, vývoj a fáze syndromu vyhoření, rizikové faktory, zátěžové situace a jejich zvládání, prevenci syndromu vyhoření. Poslední kapitola popisuje profesi pracovníka sociální péče.

Praktická část je zaměřena na znalost a výskyt syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče a porovnání výskytu syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče pracujících se seniory a pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, rizikové faktory, zátěžové situace, prevence, pracovník sociální péče.

ABSTRACT

The thesis is focused on burnout among social care workers.

The theoretical part describes burnout – concept and definition of burnout, origin, symptoms, causes and development phases of burnout, risk factors, stressful situations and their management, prevention of burnout.

The practical part focuses on the knowledge and the incidence of burnout among social care workers and comparing burnout among social care workers working with seniors and social care workers working with clinets with mental retardation.

Keywords: burnout, risk factors, stressful situations, prevention, social care worker.

Touto cestou bych ráda poděkovala za odborné vedení a poskytnutí cenných rad a připomínek Mgr. Olze Doňkové.

Mé poděkování patří i mým rodičům a dceři Vendulce za maximální podporu, pomoc a trpělivost po celou dobu mého studia.

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

V Brně dne 8. 4. 2013 .....…….

OBSAH

ÚVOD **8**
I TEORETICKÁ ČÁST **9**
1 SYNDROM VYHOŘENÍ **10**
1.1 POJEM A DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ 10
1.2 VZNIK A PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ 11
1.3 PROJEVY SYNDROMU VYHOŘENÍ 13
1.4 VÝVOJ A FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ 14
1.5 RIZIKOVÉ FAKTORY 16
2 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ **18**
2.1 TYPY ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ 19
2.2 ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽOVÝCH SITUACÍ 21
3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ **24**
3.1 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ NA ÚROVNI JEDNOTLIVCE 25
3.2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ NA ÚROVNI ORGANIZACE 26
3.3 RADY A DOPORUČENÍ, JAK SE VYHNOUT SYNDROMU VYHOŘENÍ 27
4 PROFESE PRACOVNÍKA SOCIÁLNÍ PÉČE **29**
II PRAKTICKÁ ČÁST **31**
5 VÝZKUM SYNDROMU VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNÍ PÉČE **32**
5.1 CÍLE VÝZKUMU A STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK 32
5.2 POUŽITÉ METODY 32
5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU 33
5.4 PREZENTACE VÝSLEDKŮ 38
DISKUSE **50**
ZÁVĚR **53**
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY **55**
SEZNAM TABULEK **57**
SEZNAM PŘÍLOH **58**

ÚVOD

Bakalářská práce je zaměřena na syndrom vyhoření u pracovníků sociální péče. Profese pracovníka sociální péče patří do kategorie tzv. pomáhajících profesí, které jsou nejvíce ohroženy syndromem vyhoření. Toto téma jsem si zvolila proto, že profese pracovníka sociální péče klade na jedince vysoké nároky jak po stránce fyzické, tak i po stránce psychické. Syndrom vyhoření přímo ovlivňuje pracovníka, jeho postoje a přístup k práci i ke klientům a má velký vliv na kvalitu poskytovaných služeb, spolupráci v kolektivu, rodinné vztahy i vztahy s okolím.

Pracovníci sociální péče jsou v přímém kontaktu s klienty, sdílejí s nimi jejich radosti, ale také řeší různé starosti a problémy. Pomáhají klientům v běžném denním životě s jejich sebeobslužnou činností, pomáhají jim řešit jejich aktuální situaci a snaží se o smysluplné vyplnění jejich volného času.

S postupným zaváděním Standardů kvality sociální péče se změnil přístup ke klientům i celková práce s klientem, zvýšily se nároky na vzdělání pracovníků a přibylo byrokratických záležitostí. To vše způsobuje vyšší pracovní zátěž na pracovníky. Tato profese má také nízkou společenskou prestiž a není finančně dobře ohodnocena.

Teoretická část práce je zaměřena na popis a definice syndromu vyhoření, vznik, příčiny, projevy, vývoj a fáze syndromu vyhoření, rizikové faktory vedoucí k jeho vzniku, dále zátěžové situace a jejich zvládání, prevenci na úrovni jednotlivce i organizace a popis profese pracovníka sociální péče.

Praktická část práce je zaměřena na výzkum výskytu syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče, kteří pracují se seniory a s mentálně retardovanými klienty. Zkoumá, zda pracovníci sociální péče znají pojem syndrom vyhoření a dokáží jej vysvětlit, výskyt syndromu vyhoření u těchto pracovníků, porovnání míry syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče pracujících se seniory a pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací a vliv délky praxe na výskyt syndromu vyhoření.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SYNDROM VYHOŘENÍ

1.1 Pojem a definice syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření byl poprvé použit v literatuře psychologem H. Freudenbergem v časopise „Journal of Social Issues“ v roce 1974. V překladu „burn out“ znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout, což symbolizuje dohořívání až vyhaslost u jedince, který dříve projevoval zájem, aktivitu, nasazení a vysokou motivaci. (Kebza, 2005)

Definic syndromu vyhoření je celá řada, všechny však mají několik společných znaků:

- jsou přítomny negativní emocionální příznaky;
- nejčastěji je spojován s určitými druhy povolání;
- negativně vytvořené postoje způsobují menší efektivitu práce;
- syndrom vyhoření nesouvisí s psychickou patologií, postihuje psychicky zdravé jedince. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

Vyhoření lze definovat jako citové vyčerpání a frustraci v důsledku toho, že jedinec nedosahuje ve své činnosti výsledků, které očekává. (Rush, 2003)

Kallwas (2007) definuje syndrom vyhoření jako stav extrémního vyčerpání, dochází při něm k silnému poklesu výkonnosti, vnitřní distanci a psychosomatickým obtížím.

Syndrom vyhoření vzniká, pokud je energetická bilance jedince dlouhodobě záporná. (Kopřiva, 1997)

Jedná se o výsledný efekt dlouhodobého stresu v životě jedince a to jak v osobním, tak i pracovním. (Minirth et al., 2011)

Syndrom vyhoření nejčastěji vzniká u pracovníků pomáhajících profesí (profesionálů i dobrovolníků) jako důsledek nezvládnutého pracovního stresu. (Matoušek, 2008)

Jedná se o stav emocionálního vyčerpání, k jehož hlavním příčinám patří nadměrné psychické a emocionální nároky. Poprvé byl popsán u zaměstnanců, kteří pracují s jinými lidmi. (Kebza, 2005)

Autorská dvojice Pinesová a Aronson (1988, In Křivohlavý, 2001) jednotlivé druhy vyčerpání určila přesněji:

- fyzické vyčerpání – výrazné snížení energie, chronická únava a celková slabost;
- emocionální vyčerpání – pocity beznaděje a představa, že jedinci není pomoci;
- mentální vyčerpání – negativní postoj jedince k sobě samému i k práci a negativní postoj k životu a ke světu vůbec.

Podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí patří syndrom vyhoření mezi „Problémy spojené s obtížemi při vedení života“, řadí jej do kategorie Z 73.0 pod pojmem Vyhasnutí (vyhoření) a definuje jako stav životního vyčerpání. (www.uzis.cz/cz/mkn/index.html)

1.2 Vznik a příčiny syndromu vyhoření

Jak vyplývá z výše uvedených definic syndromu vyhoření, tento jev vzniká převážně v důsledku emocionálního vyčerpání a chronického stresu. Vyskytuje se převážně u jedinců, kteří jsou v častém či každodenním kontaktu s jinými lidmi, tj. u pracovníků pomáhajících profesí (zdravotníků, sociálních pracovníků, policistů apod.), ale může se objevit i u jedinců nezaměstnaných nebo žen na mateřské a rodičovské dovolené či v domácnosti.

K nejběžnějším příčinám vzniku syndromu vyhoření patří neschopnost přibrzdit, snaha udělat všechno sám, přehnaná pozornost k cizím problémům, soustředěnost na detaily, nereálná očekávání, příliš velká rutina, špatný tělesný stav, neustálé odmítání ze strany druhých, společnost (zejména její soutěživý charakter a převratné tempo jejího vývoje,

snaha nebýt pozadu za ostatními, tlak vyvíjený na ženy, které pracují na plný úvazek a musí se postarat o všechny domácí povinnosti a děti), zaměstnání (ne každý dosáhne svého cíle, rychlý technologický rozvoj, špatní manažeři a nadřízení), osobnostní povahové rysy (pevná vůle a odhodlanost, kdy lidé ve snaze něčeho dosáhnout často překračují hranice svých fyzických a emocionálních možností, sklony k soběstačnosti, vysoká sebedůvěra, cílevědomost a soutěživost, odpor k pravidlům a potřeba volnosti, potřeba mít vše pod kontrolou). (Rush, 2003)

Hennig a Keller (1996, In Baštecká, 2003) popisují příčiny syndromu vyhoření v těchto zdrojích – v jedinci, v organizaci a ve společnosti.

Příčiny syndromu vyhoření spočívající v jedinci mohou být na úrovni psychické i fyzické. Na úrovni psychické se jedná o negativní myšlení, jedinec již nevidí v každodenní práci smysl, neumí zvládat zátěžové situace a účelně hospodařit s časem. Na úrovni fyzické se jedná o nedostatek odolnosti vůči zátěži a nezdravý způsob života. (Baštecká, 2003)

Příčiny syndromu vyhoření spočívající v organizaci jsou dány především špatnými pracovními podmínkami, špatnou organizací práce, kdy nejsou vyjasněny pravomoci jednotlivých pracovníků, zaměstnanci jsou nedostatečně informováni o dění ve společnosti, chybí podpora ze strany vedení a možnost profesního růstu a špatná příprava na povolání. (Baštecká, 2003)

Příčiny syndromu vyhoření spočívající ve společnosti – s rozvojem společnosti dochází k větší náročnosti problémů u jedinců, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci, zvyšují se nároky na pomáhající pracovníky, ve společnosti dříve jednotné přibývá různých menšin, cizinců a přistěhovalců, nízká společenská prestiž pomáhajících profesí včetně špatného platového ohodnocení. (Baštecká, 2003)

Kopřiva (1997) uvádí tři různé cesty, které vedou k vyhoření, a to ztrátu ideálů, workoholismus a „teror příležitostí“.

Ztráta ideálů spočívá v prvotním nadšení, jedinec se těší na nové zaměstnání, práce jej baví, je smysluplná. Postupně však zjišťuje, že cíle, které si stanovil, jsou velmi obtížně dosažitelné a ztrácí důvěru ve vlastní schopnosti. (Kopřiva, 1997)

Workoholismus znamená závislost na práci. Nejedná se pouze o to, že někdo hodně pracuje, jde o nutkavou vnitřní potřebu pracovat, pocit, že jedinec je pro organizaci, ve které pracuje, nepostradatelný. (Kopřiva, 1997)

„Teror příležitostí“ je záležitost aktivních jedinců, kteří s každým úkolem, který přijmou, objeví několik dalších, kterými lze na původní úkol navázat. Je to pro ně lákavá příležitost, ale postupem času nedokáží dokončit všechny rozpracované úkoly a dostát svým závazkům. Nejsou však schopni a ochotni ze svého úsilí slevit. (Kopřiva, 1997)

Velký podíl na vzniku syndromu vyhoření má také neschopnost jedince odmítnout další úkol nebo odpovědnost, osobní vysoké nároky, snaha dosáhnout příliš mnoha cílů i dávání velké emocionální podpory. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

1.3 Projevy syndromu vyhoření

Stock (2010) uvádí tři základní symptomy vyhoření – vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti.

Znaky vyčerpání při burnout syndromu se projevují v rovině emoční jako sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání, pocity strachu, prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení; dále v rovině fyzické jako nedostatek energie, slabost, chronická únava, svalové napětí, bolesti zad, náchylnost k infekčním chorobám, poruchy spánku, poruchy paměti a soustředění. (Stock, 2010)

V důsledku odcizení má jedinec trpící burnout syndromem odosobněný, téměř lhostejný postoj ke své práci i ke svému okolí, počáteční nadšení střídá cynismus a klienti či zákazníci se pro něj stávají přítěží. Ztrácí schopnost navazovat a udržet společenské vztahy, zaujímá negativní postoj k sobě samému, k životu i k ostatním. Často trpí pocity vlastní nedostatečnosti a méněcennosti. (Stock, 2010)

Projevem poklesu výkonnosti je snížení produktivity práce, jedinec potřebuje ke zvládnutí svých úkolů více času a energie než dříve, prodlužuje se doba nutná k regeneraci organismu, ztráta motivace a nadšení. Jedinec přestává být spokojen s vlastním výkonem, vytrácí se původní nadšení a motivace. Často trpí pocitem selhání. (Stock, 2010)

Syndrom vyhoření můžeme rozčlenit podle úrovní, v nichž se projevují, a to na úrovní psychické, fyzické a úrovni sociálních vztahů. (Kebza, 2005)

Na úrovni psychické je dominantní pocit celkového duševního vyčerpání, jedinec necítí uspokojení ze své činnosti, dochází k utlumení celkové aktivity. Dostavují se deprese, pocity smutku, frustrace a beznaděje. Cítí se bezcenný, propadá sebelítosti, ztrácí zájem o svou profesi. Svou činnost redukuje na rutinní postupy. (Kebza, 2005)

Na úrovni fyzické se jedná o celkovou únavu organismu, jedinec se rychle vyčerpá. Mezi další tělesné obtíže patří bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, zažívací obtíže, dýchací obtíže, poruchy spánku, svalové bolesti. Vyskytuje se zde také zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu. (Kebza, 2005)

Na úrovni sociálních vztahů ztrácí jedinec zájem o druhé osoby i o svou profesi, snaží se redukovat veškeré kontakty. Snižuje se schopnost empatie a postupně narůstají konflikty. (Kebza, 2005)

Maslachová (1997, In Baštecká, 2003) uvádí jiný trojsložkový model, který se skládá:

- z citové únavy;
- z odosobnění;
- ze ztráty výkonnosti.

1.4 Vývoj a fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je stav, který se může vyvíjet řadu let, aniž by si vyhořívající jedinec uvědomoval potíže spojené s tímto jevem.

Jedním z prvních signálů vyhoření je nadměrná angažovanost, jedinec se zcela oddá své práci a nezbývá mu téměř žádný volný čas k regeneraci, relaxaci a odpočinku. Má pocit, že je nepostradatelný, bývá přesvědčený o vlastní dokonalosti, což mu postupně začíná působit potíže v kolektivu. K prvním varovným příznakům patří chronická únava a nechuť pouštět se do práce, dochází k omezení schopnosti regenerace. Na své okolí začíná působit

neosobně. V případě, že je jeho práce založena na mezilidských kontaktech a pomoci druhým lidem, většinou v nepříznivé životní situaci, začíná se cítit využívaný a nedoceněný. (Schmidbauer, 2008)

V pozdější fázi se vyskytuje agrese, kterou již jedinec postižený burnout syndromem není schopen zpracovat. Zaměřuje ji buď proti sobě nebo proti kolegům či klientům. Dalším stádiem syndromu vyhoření je slábnutí výkonnosti. Projevuje se sníženou koncentrací a lhostejností, mizí ochota podávat pracovní výkony. Jedinec není schopen snášet kritiku, k psychickým symptomům se přidávají symptomy fyzické. Vzrůstá nebezpečí vzniku různých závislostí. Krize začíná zasahovat i do neprofesních vztahů, do soukromého života jedince, kdy přichází o přátele i partnera. (Schmidbauer, 2008)

Závěrečná fáze vyhoření je extrémní případ, který nebývá příliš častý. Jedná se o případy kompenzovaného vyhoření, kdy pracovníci pracují dle předpisů, svou nedostatečnou angažovanost omlouvají různými výmluvami, v kolektivu působí negativně na ostatní členy, kteří následně také ztrácejí zájem o práci. (Schmidbauer, 2008)

Stock (2010) uvádí průběh syndromu vyhoření v těchto fázích: idealistické nadšení – stagnace – frustrace – apatie.

Jedinec na počátku svého profesního působení pracuje s nadprůměrným nasazením. Je plný ideálů a energie, avšak klade velké, až nereálné nároky na sebe i své okolí. Žije jen svým zaměstnáním a vše ostatní je pro něj druhořadé. Poté, co se několikrát zklame a seznámí se s realitou, přestává pro něj být práce stejně vzrušující jako na počátku. Do popředí jeho zájmu se dostává plat a možnosti kariérního růstu, jeho život se omezuje jen na práci. Postupem času zjišťuje omezenost svých schopností a začíná pochybovat o smyslu svého úsilí. Může zažívat nedostatek uznání ze strany nadřízených i klientů a pochybuje o výsledcích své práce a o významu pomoci druhým. Zjišťuje, jak velký je rozdíl mezi tím, co by chtěl dělat a realitou. Nastupuje vnitřní rezignace, postižený jedinec dělá jen to nezbytně nutné a snaží se vyhnout kontaktům s klienty i náročným úkolům. Přidává se pocit zoufalství a rezignace. (Stock, 2010)

A.Leangle (In Jeklová & Reitmayerová, 2006) člení proces vyhoření takto:

- fáze nadšení – jedinec vnímá svou práci jako smysluplnou, je jí nadšen, směřuje k vytyčenému cíli;
- fáze vedlejšího zájmu – jedinec je motivován prostředky vyplývajícími z jeho činnosti, původní nadšení se vytrácí;
- fáze popela – v této fázi je patrná ztráta úcty k ostatním lidem i k sobě samému, jedinec si neváží své snahy něčeho dosáhnout ztrácí smysl života.

1.5 Rizikové faktory

Určité profese jsou ke vzniku psychického vyhoření náchylnější. Existují ale i další rizikové faktory, které vyhoření přímo či nepřímo způsobují. Můžeme je rozdělit na vnější a vnitřní.

K vnějším faktorům patří dle Jeklové & Reitmayerové (2006):

- Zaměstnání a organizace práce – časté mezilidské kontakty, nedostatek personálu, času, finančních prostředků, příliš mnoho pracovních úkolů a nedostatek ocenění, náročné pracovní podmínky a dlouhodobé trvání nepříznivých podmínek, náročné pracovní termíny či požadavky, pracovní rutina, nemožnost se kreativně podílet na své práci, nadřízení s malou schopností vést lidi nebo tým pracovníků.
- Rodina – špatná finanční situace, bytové podmínky, partnerské konflikty a problémy.
- Společnost – vývoj společnosti vede jedince ke stanovování stále vyšších cílů, na které přestanou stačit jejich fyzické či emoční možnosti. Projevuje se také falešný obraz úspěchu, tedy že společensky uznávaný a úspěšný člověk je pouze ten, který má vysoké příjmy, prestižní zaměstnání, rodinu apod. Na ženy v domácnosti je vyvíjen tlak, aby nastoupily do zaměstnání. Ženy pak při plném pracovním úvazku musí ještě zvládnout péči o domácnost a děti. Také zvyšující se tempo naší společnosti a snaha udržet krok s ostatními činí vysoké nároky na jedince, který žije v této společnosti.

- Profesní podmínky vzniku syndromu vyhoření – jsou jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů vzniku syndromu vyhoření. Dle Matouška (2003) jsou riziková pracoviště, kde není věnována pozornost potřebám zaměstnanců, kde noví zaměstnanci nejsou dostatečně zacvičeni, neexistují plány osobního rozvoje a chybí supervize, špatná komunikace s nadřízenými, pracoviště, kde vládne soupeřivá atmosféra a vyskytují se často konflikty. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

Mezi vnitřní rizikové faktory patří velké nadšení pro práci, vysoká angažovanost, tendence soutěžit a srovnávat se s druhými. Jedinec silně vnímá svůj neúspěch a není schopen reálného vnitřního sebehodnocení. Snaží se vše udělat sám, neumí říci „NE“, cítí potřebu mít vše pod kontrolou. Klade na sebe příliš vysoké nároky, nadšení pro práci jej připravuje o volný čas určený k regeneraci, relaxaci a odpočinku. Se svým okolím mívá často konflikty, které nezvládá. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

Stock (2010) uvádí shrnutí rizikových faktorů v zaměstnání následovně:

- *„K nespecifickým externím spouštěčům burnout syndromu (rámcovým podmínkám) patří např. změny ve světě práce, globalizace, nejistota pracovních poměrů.*
- *Specifické externí spouštěcí faktory jsou zvýšená pracovní zátěž a zhuštění pracovní náplně, nedostatek samostatnosti a pravomocí, nedostatek uznání a nefunkční kolektiv v rámci pracovních skupin nebo mezi spolupracovníky.*
- *Dalším rizikovým faktorem je situace, v níž zaměstnanec vnímá systém rozdělování práce jako krajně nespravedlivý a neodpovídající výkonům.*
- *Ke spuštění syndromu vyhasnutí může dojít v případě, že se hodnoty a měřítka firmy výrazně odlišují od individuálních hodnot jedince, a ten pak musí jednat v rozporu se svým přesvědčením.“* (Stock, 2010, s. 40)

2 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE A JEJICH ZVLÁDÁNÍ

Zátěžovou situací rozumíme takovou situaci, která u jedince vyvolá stav nadměrného zatížení, je spojena s poklesem uspokojení a ohrožením tělesné i duševní pohody. Různé životní situace mohou u jedinců vyvolávat různorodé reakce. Jedinec své potíže a problémy prožívá určitým způsobem, podle kterého pak na danou situaci reaguje. (Vágnerová, 2007)

Zátěžovou situaci může jedinec zpracovat jako výzvu, kdy vyvíjí aktivitu sloužící k překonání potíží a dosažení vyššího výkonu. Uspokojivý výsledek pak posiluje sebejistotu a sebevědomí daného jedince. Pokud má však jedinec pocit, že daná zátěž je nezvládnutelná, může na ni reagovat únikovým jednáním. Takové jednání negativně ovlivňuje sebehodnocení a sebedůvěru, poté celkovou výkonnost a změnu postojů jedince. (Vágnerová, 2007)

Životní události a změny mohou na jedince z hlediska vzniku zátěžových situací působit jak pozitivně, tak i negativně. Významné je také množství životních změn – mnoho životních změn způsobuje u jedinců zhoršení jejich fyzického i psychického stavu. Negativně na jedince působí v nejvyšší míře úmrtí manžela či manželky, rozvod, smrt příslušníka rodiny, svatba, výpověď z práce, změna životních podmínek, změny v pracovní době nebo podmínkách, stěhování apod. Pozitivně může na jedince působit např. odjezd do lázní, kdy počáteční stres s přípravou později vyváží relaxace, odpočinek, léčebný efekt apod. (Míček, 1984)

Stupeň odolnosti vůči zátěžovým situacím označujeme termínem hardiness, je možo použít i termín resilience, tedy schopnost odolávat v průběhu času. Celkově se jedná o soubor faktorů, které pomáhají zvládat nepříznivé situace a zachovat přitom duševní rovnováhu, reagovat bez nepřiměřených reakcí, posilovat sebedůvěru při hledání přijatelného řešení situace. (Vágnerová, 2007)

2.1 Typy zátěžových situací

Nejčastějšími typy zátěžových situací jsou frustrace, konflikt, stres, trauma, krize a deprivace.

Frustrace

„Jako frustrující označujeme situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivně důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak bude. (Vágnerová, 2008, s. 48)

Jedinec při uspokojování svých potřeb očekává pozitivní výsledek, v případě neuspokojení potřeby může nastat zklamání až rezignace, ale i povzbuzení k další činnosti, snaze a hledání jiných řešení, jak svou potřebu uspokojit.

Konflikt

Konflikty patří mezi běžné potíže života každého jedince, spolu s frustrací patří mezi tzv. denní mrzutosti (daily hassles). Narušují celkový pocit pohody, pokud dojde k jejich kumulaci, stávají se pro jedince zátěžovou situací. (Vágnerová, 2008)

Stres

„Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.“ (Křivohlavý, 1994, s. 20)

Z hlediska působení stresu na člověka jej lze charakterizovat jako negativní či pozitivní:

- negativně působící stres, tzv. distres zahrnuje nepříznivé stresové situace, např. smrt blízkého člověka, rozvod, rodinné problémy, finanční potíže, ztrátu zaměstnání, snížení příjmů (výdělku) apod.

- pozitivně působící stres, tzv. eustres označuje kladné události emocionálního charakteru. Může se jednat na první pohled o příznivé změny a události v životě jedince, které však na něj mohou působit stresově, např. svatba, nástup do nového zaměstnání, narození dítěte, změna bydliště apod.

Trauma

„Psychické trauma lze definovat jako náhle vzniklou situaci, která má pro jedince výrazně negativní význam, vede k určitému poškození nebo ztrátě.“ (Vágnerová, 2008, s. 52)

Jedinec po prožitém traumatu ztrácí pocit jistoty a bezpečí, prožívá úzkost a smutek, je narušena jeho objektivita – stává se kritickým nesoudným a ovlivněným zejména svými citovými prožitky. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

Krize

„Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů, dosud užívané způsoby přestaly být funkční a člověk musí hledat jiné.“ (Vágnerová, 2008, s. 53)

Stav krize u jedince nastává při nárůstu problémů v životě (např. v zaměstnání, v rodinných vztazích), zažívá pocit bezmoci a bezradnosti, neschopnosti tuto situaci zvládnout. Krize může na jedince působit jak pozitivně (hledání nových cest k vyřešení situace, získávání nových zkušeností), tak negativně (různé formy závislostního chování). Může být chápána i jako podnět k nutné změně. (Vágnerová, 2008)

Deprivace

„Deprivace je stav, kdy některá z objektivně významných potřeb, biologických či psychických, není uspokojována v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ (Vágnerová, 2008, s. 53)

Deprivace patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům. Vágnerová (2008) uvádí různé typy deprivace:

- deprivace v oblasti biologických potřeb – neuspokojení základních lidských potřeb, jako je potřeba jídla, pití, spánku, přístřeší apod.;
- podnětová deprivace – strádání v oblasti stimulace, příčiny mohou být ve špatně fungující rodině či při zdravotním postižení, kdy se jedinci nedostává žádoucího množství podnětů;
- kognitivní deprivace – výchovné a výukové zanedbávání brzdí rozvoj dítěte;
- citová deprivace – citové strádání, vzniká v důsledku neuspokojení potřeby citového vztahu;
- sociální deprivace – důsledek omezení kontaktů s lidmi např. vlivem nemoci či postižení jedince. (Vágnerová, 2008)

2.2 Zvládání zátěžových situací

Způsob zvládání zátěžových situací závisí na vrozených předpokladech, na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech a celkovém stavu jedince. Se zátěžovými situacemi se jedinec vyrovnává různými způsoby ve snaze dosáhnout opět duševní rovnováhy.

Nejčastějšími způsoby obrany jsou:

- Útok – jedinec se snaží se situací, která jej ohrožuje, bojovat. Útočí přímo na zdroj ohrožení nebo na náhradní objekt.
- Agrese – může mít podobu verbálního i neverbálního násilí vůči sobě i svému okolí. Vyznačuje se buď negativními projevy, jako jsou obviňování a sebeobviňování, sebevražedné tendence, jedinec porušuje sociální normy, nebo projevy pozitivními, které mají charakter asertivity.
- Únik – jedinec se snaží ze situace, která se mu jeví jako neřešitelná, utéct či přenést odpovědnost za vyřešení situace na jiného člověka. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

Vágnerová (2007) uvádí rozdělení zvládání zátěžových situací podle toho, zda jsou vědomé či neuvědomované:

1. Coping, tj. zvládání – jedná se o vědomou volbu určité strategie. Jedinec se zaměří na specifický cíl a snaží se buď o dosažení pozitivní změny nebo se alespoň snaží smířit s tím, co změnit nelze. Varianty copingu:
    - coping zaměřený na řešení problému, kdy jedinec přijímá postoj, že situaci řešit lze a snaží se svého cíle dosáhnout;
    - coping zaměřený na udržení přijatelné subjektivní pohody, kdy jedinec mění svůj postoj a snaží se smířit s neřešitelností problému.
2. Obranné reakce, které nejsou plně uvědomované – lze je rozdělit podle toho, do jaké míry pomáhají jedinci vyrovnat se se zátěží. Andrews a jeho spolupracovníci (1993) rozlišují zralé obranné reakce, např. sublimace, zaměření do budoucnosti či humor, a nezralé formy obran, např. projekce, popření, izolace, racionalizace či somatizace.
    - popření – jedinec se brání tím, že se snaží popřít skutečnost, přejímá jen informace, které nepovažuje pro svou osobu za ohrožující;
    - potlačení a vytěsnění – jedinec se snaží zbavit myšlenek a pocitů, které jsou mu nepříjemné a jsou pro něj nepřijatelné;
    - fantazie – pomocí fantazie se jedinec snaží nahradit nepříjemné pocity a zážitky pozitivními představami a myšlenkami;
    - racionalizace – zkresluje skutečné dění, jedinec se pokouší logicky přehodnotit zátěžovou situaci, své selhání dává za vinu někomu jinému;
    - sublimace – jedinec nahrazuje neuspokojenou potřebu pomocí jiné aktivity;
    - regrese – únik na vývojově nižší úroveň chování, jedinec v nepříznivé situaci touží po tom, aby byl někým ochraňován, upíná se na nějakou autoritu, na které se může stát závislým;
    - identifikace – snaha jedince posílit své sebevědomí a snížit pocit nejistoty a méněcennosti tím, že se ztotožní s někým, koho obdivuje;
    - substituce – jedinec hledá náhradní cíl, kterým by bylo možno nahradit nedosažitelné uspokojení;

- projekce – tendence k přisuzování svých vlastních chyb někomu jinému;
- rezignace – jedinec se vzdává, neočekává již nic pozitivního, stává se pasivním a apatickým. (Vágnerová, 2007)

3 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Prevence syndromu vyhoření, stejně jako u jiných nemocí, je velmi důležitá. V první řadě je třeba, aby si jedinec uvědomil, že určité životní situace a změny mohou vyvolat psychické i fyzické potíže, které mohou vyústit až do syndromu vyhoření. Je jednodušší dbát včas na prevenci než pak složitě nacházet cestu ven z vyhoření.

Významnou součástí prevence je znalost svých omezení a snaha tato omezení nepřekračovat. Každý jedinec je schopen vykonávat nějakou činnost jen v určité míře a jen po určitou dobu. Dalším činitelem prevence je správný pohled na svou práci a udržování životní rovnováhy. Je nezbytné rozdělit čas na práci a odpočinek, uvědomit si, že nikdo není nepostradatelný a není třeba věnovat práci veškerý svůj čas. Každý jedinec by si měl zvolit nejdůležitější věci v každé ze svých životních oblastí, těm se věnovat a soustředit se na ně a upustit od těch, které mu téměř nic nepřinášejí. K dalším faktorům prevence patří pravidelné přehodnocování životních cílů a plánů, dbát při tom na vyváženost priorit, která zajišťuje životní rovnováhu. K udržení rovnováhy v životě přispívá také hodnotné trávení volného času, zvolit si záliby a koníčky, které budou přínosem a zároveň i zábavou a v neposlední řadě také umění užívat si život, neprožít jej jen v honbě za svými cíli. (Rush, 2003)

Dle Kopřivy (1997) patří k hlavním oblastem prevence vyhoření správný životní styl, ve kterém je zahrnut pohyb, výživa, spánek a prostor na zájmy, záliby a společenský život. Významné jsou mezilidské vztahy, správné a včasné řešení konfliktů. Podmínkou spokojeného života je přijetí sebe samého, svých skutečných vlastností a pozitivní přijetí od svého okolí.

Jako prevence syndromu vyhoření působí také správný profesní vývoj, pozitivní hodnocení své profesní činnosti a správně vyvinuté sebevědomí. Jedinci s takovým sebevědomím pracují na svých úkolech s realistickým očekáváním výsledků a nevzdávají svůj boj při prvním neúspěchu, hledají nové možnosti a způsoby, jak svůj úkol co nejlépe dokončit. (Schmidbauer, 2008)

3.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni jednotlivce

Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje velmi aktivní jedince, kteří staví svou práci nad všechno ostatní, mají pocit, že jsou nepostradatelní a bez nich by nic správně nefungovalo. Zapomínají při tom na své osobní volno, na určitý a vyvážený odpočinek a relaxaci, které jsou potřebné pro regeneraci organismu a psychických sil.

Každý jedinec by se měl věnovat ve svém volném čase činnosti, která je odlišná od jeho zaměstnání, a relaxaci k uvolnění napětí v organismu. Důležitá je také sociální opora, dobré vztahy s ostatními lidmi mají pozitivní vliv na psychickou pohodu a tím se snižuje riziko vyhoření. (Jeklová & Reitmayerová, 2006)

Jeklová & Reitmayerová (2006) také uvádějí konkrétní praktická opatření, která mohou pomoci každému jedinci potlačit vyhoření:

- snížení vysokých nároků na sebe;
- naučit se říkat „NE“;
- snažit se předcházet komunikačním problémům;
- naučit se vyjadřovat otevřeně své pocity;
- hledat oporu;
- pravidelně doplňovat energii;
- vyhledávat nové výzvy;
- zajímat se o své zdraví;
- nepropadat syndromu pomocníka;
- stanovit si priority;
- účelně plánovat;
- snažit se hledat emocionální podporu;
- vyvarovat se negativního myšlení;
- zachovávat rozvahu i v kritických okamžicích;

- neodmítat nabízenou pomoc;
- dělat pravidelné přestávky v činnosti.

3.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni organizace

Každý zaměstnavatel by měl dbát u svých zaměstnanců na prevenci syndromu vyhoření. Spokojený a psychicky vyrovnaný zaměstnanec pak přináší organizaci pozitivní výsledky své práce. Vývoj současné situace, kdy je málo pracovních příležitostí a zaměstnanec nemá jistotu udržení si současného zaměstnání, přispívá ke zvyšování stresu a vzniku syndromu vyhoření.

Dle Matouška (2008) je prevencí syndromu vyhoření:

- kvalitní příprava na profesi, která zahrnuje výcvik v sociálních dovednostech a adekvátní praxi;
- seznámení zaměstnance s posláním organizace, metodami práce a jeho pracovní náplní;
- zácvik nových pracovníků zkušeným kolegou;
- podpora vzdělávání pracovníků v oboru a programy osobního rozvoje;
- supervize;
- dostatečné personální zajištění;
- omezení administrativní zátěže;
- omezení pracovního úvazku;
- kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi.

Prevencí syndromu vyhoření je také dobře fungující tým, který spolupracuje, dokáže správně komunikovat a předávat si informace potřebné k pracovní činnosti. V týmu by měla existovat otevřenost vůči novým postřehům a nápadům, které mohou přispět ke zvyšování kvality práce a poskytovaných služeb. Správně fungující a komunikující tým by měl

mít oporu u nadřízených, neboť sehranost a kolegialita se odráží ve spokojenosti klientů s celkovým prostředím, ve kterém se nacházejí.

3.3 Rady a doporučení, jak se vyhnout syndromu vyhoření

„Obzvláště v pomáhajících vztazích je důležité dbát na svou „mezilidskou ekonomiku“. Dlouhodobá nevyváženost mezi „braním“ a „dáváním“ se mění v pocity vyčerpání, nezájmu, cynismu a rozvíjí se v profesním i osobním životě v podobě syndromu vyhoření.“ (Hájek, 2006, s.101)

V případě, že nás naše práce emočně vyčerpává, je třeba hledat zdroje, ze který čerpáme energii. Mohou mít podobu běžných denních radostí, kdy se nám něco podaří, můžeme dělat věci, které nás baví a nemyslíme při nich na své povinnosti. Zájmy a záliby nám přinášejí potřebné odreagování od pracovních a osobních starostí, pomáhají k odreagování a regeneraci organismu.

Stock (2010) uvádí jako prevenci syndromu vyhoření:

- zhodnocení soukromého i profesního života;
- identifikovat vnější i vnitřní stresové faktory;
- stanovit si cíle, které se týkají změn v chování a postojích, určit si priority a tím získat kontrolu nad současnou situací;
- změnit životní přístup v případě, že má jedinec tendenci se přetěžovat;
- připravit se na to, že změny nemusí být okolím pozitivně akceptovány;
- v případě velmi komplikované situace v zaměstnání místo opustit;
- vyvážené volnočasové aktivity, pravidelný odpočinek, funkční síť sociálních vztahů.

Důležité je také umět hospodařit s časem, vytvářet si plány a seznamy činností a úkolů s dostatečnou časovou rezervou, do plánů zahrnovat pravidelné přestávky. Měli bychom se

soustředit na podstatné věci a nenechat se rozptylovat zbytečnostmi. Podstatné je také soustředit se na určité úkoly a o ostatní se rozdělit s druhými, nesnažit se všechno zvládnout sám bez pomoci svého okolí. (Minirth et al., 2011)

Křivohlavý (2001) uvádí v rámci prevence vyhoření rady pro pečovatelky:

- být mírná, vlídná a laskavá nejen k druhým lidem, ale i sama k sobě;
- úkolem pečovatelky je pouze pomáhat druhým, ne je měnit;
- umět pochválit své spolupracovníky, snažit se být jim oporou a povzbuzením;
- snaha o změnu způsobu své práce, umění říci „NE“ či „nechci“ místo „nemohu“;
- posilování a povzbuzování sebe sama, soustředění se na něco dobrého, co se podařilo vykonat;
- během přestávek se vyhýbat rozhovorům o zaměstnání, hovořit o věcech mimo profesní život;
- pěstovat přátelské vztahy v pracovním kolektivu i mimo něj;
- dokázat si připustit skutečnost, že ve své práci dělám maximum, více se již dělat nedá;
- často se radovat, smát se, hrát si.

4 PROFESE PRACOVNÍKA SOCIÁLNÍ PÉČE

V katalogu Národní soustavy povolání je pracovník sociální péče uveden jako „pracovník přímé obslužné péče“.

„Pracovník v sociálních službách je ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb.(www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

Profese pracovníka sociální péče je fyzicky i psychicky náročná. Velmi důležitá je osobnost pomáhajícího. Pracovníci jsou v přímém kontaktu s klienty, pomáhají jim se zvládáním běžných denních činností, zajišťují pomoc a podporu při snaze o zachování co nejvyšší možné míry soběstačnosti, sdílejí s nimi jejich radostí a řeší starosti a obavy. Klienti mají často pocit, že jsou druhým na obtíž a přidělávají jim práci. Pracovník sociální péče by měl svým citlivým přístupem klienty motivovat a povzbuzovat k činnosti. Každý klient je individuální osobnost, a takto se k němu musí přistupovat. Je žádoucí každého klienta dle aktuálních možností dobře poznat a podle toho s ním pak jednat. Co jednoho rozesměje a uvolní, může u druhého působit negativně na jeho psychický stav.

Velmi důležitý je vztah mezi pomáhajícím a klientem. K jeho navázání jsou nezbytné komunikační dovednosti pomáhajícího. Patří k nim jak vyjadřovací schopnosti, tak umění naslouchat, vnímat a rozlišit i neverbální projevy klienta a dokázat poskytnout zpětnou vazbu tak, aby klient získal jistotu, že byl pochopen. Důležité je, aby pracovník na klienta působil důvěryhodně, klient pak lépe přijme jeho pomoc. (Matoušek, 2008)

Tato profese je velmi náročná na energii. Může ji dodávat, ale naopak i vysávat. Pracovníci v pomáhajících profesích by měli brát zřetel na hospodaření se svými silami a jejich obnovou. (Kopřiva, 1997)

Povinností pracovníka sociální péče je účast na dalším vzdělávání ve formě kurzů, seminářů a školení a seznamování se s novými poznatky ve svém oboru. Vzdělávání by mělo přispívat ke zlepšování kvality poskytovaných služeb a rozvíjet pracovníka v jeho znalostech, dovednostech a pracovních kompetencích.

Jako problematická se mi v současné době jeví vysoká nezaměstnanost, kdy lidé, hledající práci, absolvují rekvalifikační kurz pro pracovníky sociální péče a pak tuto práci vykonávají, aniž by měli bližší vztah k tomuto povolání či k lidem, o které se starají. Toto se zejména projevuje ve vztahu a přístupu ke klientům, v pochopení jejich starostí a ochotě vykonat pro ně něco i nad rámec svých povinností. Také týmová práce pak vykazuje nižší kvalitu, nejednotnost týmu má negativní vliv na celkovou atmosféru v daném zařízení.

I přes svou náročnost může toto povolání přinášet pracovníkům mnoho pozitivního. Je založené na pomoci druhým lidem, kteří se ve většině případů ocitli v nepříznivé životní situaci. Pokud má pracovník pro toto povolání určité předpoklady a cit, práce jej baví a jeho klienti jsou s ním spokojení a mají ho rádi, přináší pomáhajícímu pocit uspokojení z dobře vykonané práce a motivuje jej k dalšímu rozvoji.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 VÝZKUM SYNDROMU VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ SOCIÁLNÍ PÉČE

5.1 Cíle výzkumu a stanovení výzkumných otázek

Cílem výzkumného šetření je zjistit, zda pracovníci sociální péče ví o existenci syndromu vyhoření a dokáží popsat, co tento jev znamená, dále ve jaké je rozložení úrovní jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření, tj. emocionální vyčerpání, depersonalizace a osobní uspokojení, zda závisí na počtu odpracovaných let v této profesi a zda se vyskytuje ve stejné míře u obou skupin respondentů, tj. pracovníků sociální péče pracujících se seniory a pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací.

VÝZKUMNÉ OTÁZKY:

1. Znají pracovníci sociální péče pojem syndrom vyhoření a dokáží jej popsat?
2. Jaké je rozložení úrovní jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení) u pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací?
3. Jaké je rozložení úrovní jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení) u pracovníků sociální péče pracujících se seniory?
4. Vyskytují se ve srovnatelné míře příznaky syndromu vyhoření u skupiny pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací a u skupiny pracovníků sociální péče pracujících se seniory?
5. Vyskytují se u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi déle než 10 let příznaky syndromu vyhoření ve větší míře než u pracovníků sociální péče pracující v této profesi méně než 10 let?

5.2 Použité metody

Při výzkumném šetření byla použita metoda kvantitativního výzkumu prostřednictvím anonymních dotazníků (viz příloha č. 1). Dotazník je složen ze dvou částí – z osobního dotazníku, který zjišťoval základní informace o respondentech a jejich znalosti

syndromu vyhoření, druhou částí dotazníku je standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI).

Osobní dotazník je složen z otázek zaměřených na získání osobních informací o respondentech (pohlaví respondentů, jejich věk, nejvyšší ukončené vzdělání a délka jejich praxe jako pracovníků sociální péče), dále na jejich znalost syndromu vyhoření, zjištění zda na toto téma absolvovali nějaké školení, kurz či seminář a na kvalitu vztahů na jejich pracovišti.

Standardizovaný dotazník MBI je zaměřen na tři oblasti:

- emocionální vyčerpání
- depersonalizace
- stupeň osobního uspokojení.

Respondent hodnotí sílu svých pocitů škálou tvořenou číslicemi 0-7, přičemž 0 znamená, že tento pocit není prožíván vůbec a 7 znamená, že je tento pocit prožíván velmi silně.

Vyhodnocení dotazníku:

- stupeň emocionálního vyčerpání – součet bodů u otázek č. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

  Nízký stupeň 0 – 16 bodů, mírný 17 – 26 bodů, vysoký 27 a více bodů = vyhoření.
- stupeň depersonalizace – součet bodů u otázek č. 5, 10, 11, 15, 22.

  Nízký stupeň 0 – 6 bodů, mírný 7 – 12 bodů, vysoký 13 a více bodů = vyhoření.
- stupeň osobního uspokojení – součet bodů u otázek č. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

  Vysoký stupeň 39 bodů a více, mírný 38 – 32 bodů, nízký 31 – 0 bodů = vyhoření.

5.3 Charakteristika výzkumného souboru

Soubor respondentů tvoří 100 pracovníků sociální péče, přičemž 50 z nich pracuje se seniory a 50 pracuje s klienty s mentální retardací.

O spolupráci při výzkumu byly požádáni pracovníci sociální péče v těchto zařízeních:

- Domov sv. Kříže v Kroměříži;
- Domov pro seniory U Moravy v Kroměříži;
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka v Kroměříži;
- Domov pro osoby se zdravotním postižením ve Zborovicích.

V těchto zařízeních bylo předáno celkem 100 dotazníků, všechny se vrátily vyplněné zpět.

Podstatná část respondentů je tvořena ženami, a to v počtu 95 žen (95%) a 5 mužů (5%).

Se seniory pracuje 47 žen a 3 muži, s klienty s mentální retardací pracuje 48 žen a 2 muži.

Znázorněno v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1 – Přehled zastoupení mužů a žen

Pohlaví	**PSP pracující se seniory**	**PSP pracující s klienty s mentální retardací**	**Celkem**
Muži	3	2	5
Ženy	47	48	95

Z hlediska věku tvoří nejpočetnější skupinu respondentů věková skupina 36 – 45 let (37%) a skupinou s nejmenším počtem respondentů je věková skupina 18 – 25 let a 56 – 65 let (6%). U pracovníků pracujících se seniory tvoří nejpočetnější skupinu respondentů věková skupina 36 – 45 let (40%) a skupinu s nejnižším počtem respondentů pak věková skupina 56 – 65 let (6%). U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací je nejpočetnější skupinou věková skupina 46 – 55 let (42%) a skupinou s nejnižším počtem respondentů věková skupina 18 – 25 let (4%).

Bližší rozdělení je znázorněno v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2 – Rozdělení pracovníků dle věkových skupin

Věková skupina	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
18 – 25 let	4	2	6
26 – 35 let	12	7	19
36 – 45 let	20	17	37
46 – 55 let	11	21	32
56 – 65 let	3	3	6

Podle nejvyššího ukončeného vzdělání tvoří nejpočetnější skupinu respondenti se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou (52%), skupinu s nejnižším počtem respondentů tvoří pracovníci se základním vzděláním (1%). U pracovníků pracujících se seniory tvoří nejpočetnější skupinu respondenti se středoškolským vzděláním zakončeným maturitou (56%), u pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací pak vyučení (50%). Skupinu s nejnižším počtem respondentů tvoří u pracovníků pracujících se seniory pracovníci se základním vzděláním (2%) a u pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací pracovníci s vysokoškolským vzděláním (4%).

Znázorněno v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 – Přehled nejvyššího ukončeného vzdělání PSP

Nejvyšší dosažené vzdělání	PSP pracují se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Základní	1	0	1
Vyučen	19	25	44
Středoškolské	28	24	52
Vysokoškolské	2	1	3

Z hlediska počtu odpracovaných let na pozici pracovníka sociální péče tvoří nejpočetnější skupinu respondenti, kteří v této profesi pracují 0 - 5 let (47%), skupinu s nejnižším počtem respondentů pak skupina pracující v této profesi více než 20 let (1%). U pracovníků pracujících se seniory tvoří nejpočetnější skupinu pracovníci, kteří pracují v této profesi 0 – 5 let (64%), skupinu s nejnižším počtem respondentů pracovníci, kteří odpracovali 11 – 15 let (14%). Nejpočetnější skupinu u pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací tvoří pracovníci, kteří pracují v této profesi 6 – 10 let (32%), skupinu s nejnižším počtem respondentů tvoří pracovníci, kteří odpracovali v této profesi 21 a více let (2%).

Znázorněno v tabulce č. 4.

Tabulka č. 4 – Rozdělní pracovníků podle počtu odpracovaných let v této profesi

Počet odpracovaných let	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
0 – 5 let	32	15	47
6 – 10 let	11	16	27
11 – 15 let	7	12	19
16 – 20 let	0	6	6
21 a více let	0	1	1

Z hlediska hodnocení vztahů na pracovišti tvoří nejpočetnější skupinu respondenti hodnotící vztahy jako dobré (67%) a skupinu s nejnižším počtem respondentů pracovníci hodnotící vztahy jako špatné (1%). U pracovníků pracujících se seniory jsou nejpočetnější skupinou respondenti, kteří hodnotí vztahy na pracovišti jako dobré (56%), skupinou s nejnižším počtem respondentů jsou pracovníci, kteří hodnotí vztahy na pracovišti jako špatné (2%). U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací tvoří nejpočetnější skupinu pracovníci hodnotící vztahy na pracovišti jako dobré (78%) a skupinu s nejnižším počtem respondentů tvoří pracovníci hodnotící vztahy na pracovišti jako velmi dobré (10%). Žádná z těchto skupin nehodnotila vztahy na pracovišti jako velmi špatné.

Znázorněno v tabulce č. 5.

Tabulka č. 5 – Hodnocení vztahů na pracovišti

Vztahy na pracovišti	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Velmi dobré	13	5	18
Dobré	28	39	67
Snesitelné	8	6	14
Špatné	1	0	1
Velmi špatné	0	0	0

Další otázkou bylo, zda se pracovníci sociální péče zúčastnili nějakého kurzu, semináře či školení na téma „Syndrom vyhoření“. Z celkového počtu respondentů 78% odpovědělo kladně a 22% respondentů odpovědělo záporně. U pracovníků pracujících se seniory odpovědělo kladně 72% a záporně 28%. U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací odpovědělo kladně 84% a záporně 8%.

Znázorněno v tabulce č. 6.

Tabulka č. 6 – Účast na kurzu, semináři či školení na téma „Syndrom vyhoření“.

Účast na kurzu, semináři či školení	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Ano	36	42	78
Ne	14	8	22

5.4 Prezentace výsledků

Znalost respondentů o syndromu vyhoření

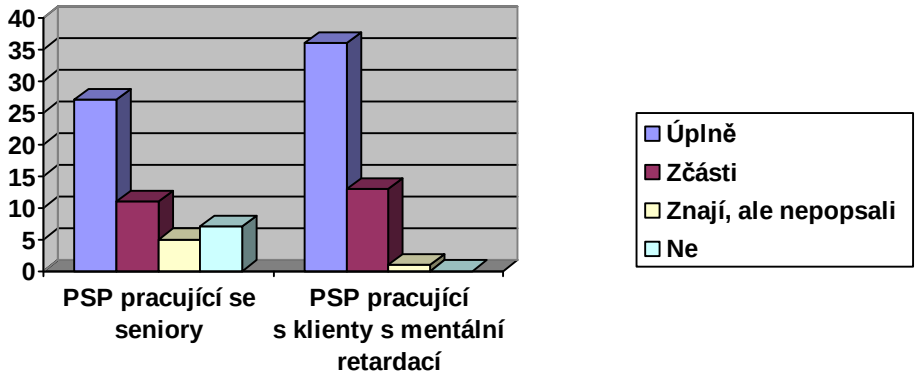
Z celkového počtu respondentů popsalo syndrom vyhoření úplně 63%, zčásti 24%, 6% tento jev zná, ale nepopsali jej, 7 % odpovědělo na otázku znalosti syndromu vyhoření záporně. U pracovníků pracujících se seniory popsalo syndrom vyhoření 54% úplně, 22% zčásti, 10% respondentů tento jev zná, ale nepopsali jej, 14% odpovědělo na otázku záporně. U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací popsalo syndrom vyhoření 72% úplně, 13% zčásti, 2% respondentů tento jev zná, ale nepopsali jej, záporně na otázku neodpověděl nikdo. Zajímavá byla odpověď v tomto znění : „Syndrom vyhoření znám, ale neuznávám. Syndrom vyhoření neexistuje“.

Znázorněno v tabulce č. 7 a grafu č. 1.

Tabulka č. 7 – Znalost termínu „syndrom vyhoření“

Znalost syndromu vyhoření	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Úplně	27	36	63
Zčásti	11	13	24
Znají, ale nepopsali	5	1	6
Ne	7	0	7

Graf č. 1 – Znalost termínu „syndrom vyhoření“



Stupeň emocionálního vyčerpání

Z celkového počtu respondentů se 51 nachází v nízkém stupni emocionálního vyčerpání, 32 respondentů v mírném a 17 ve vysokém stupni emocionálního vyčerpání.

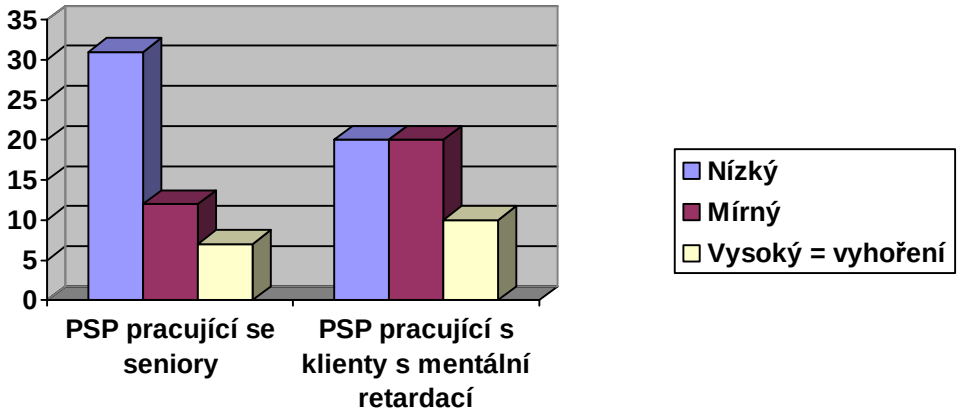
U pracovníků pracujících se seniory je v nízkém stupni emocionálního vyčerpání 31 respondentů (62%), v mírném stupni 12 respondentů (24%) a ve vysokém stupni emocionálního vyčerpání 7 respondentů (14%). U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací je v nízkém stupni emocionálního vyčerpání 20 respondentů (40%), v mírném stupni rovněž 20 respondentů (40%) a ve vysokém stupni emocionálního vyčerpání 10 respondentů (20%).

Znázorněno v tabulce č. 8 a grafu č. 2.

Tabulka č. 8 – Stupeň emocionálního vyčerpání

Stupeň vyčerpání	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Nízký	31	20	51
Mírný	12	20	32
Vysoký = vyhoření	7	10	17

Graf č. 2 – Stupeň emocionálního vyčerpání



Stupeň depersonalizace

Z celkového počtu respondentů 45 vykazuje nízký stupeň depersonalizace, 47 respondentů mírný a 8 respondentů vysoký stupeň depersonalizace.

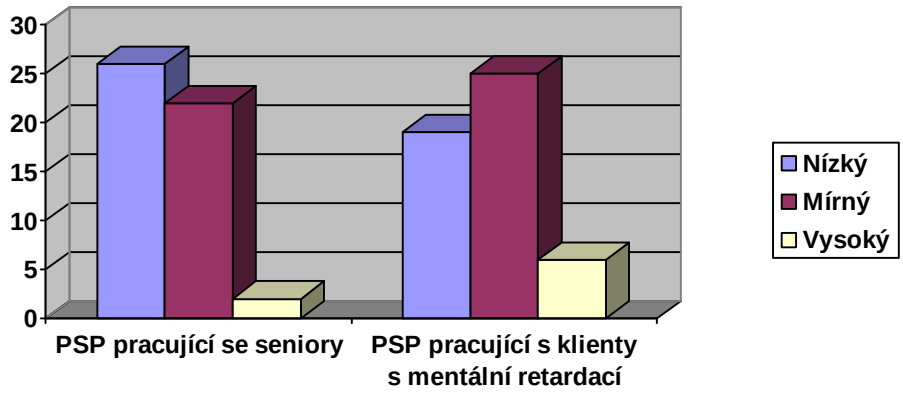
U pracovníků pracujících se seniory se pak jedná o 26 respondentů v nízkém stupni depersonalizace (52%), v mírném stupni 22 respondentů (44%) a ve vysokém stupni depersonalizace pak 2 respondenti (4%). U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací 19 respondentů vykazuje nízký stupeň depersonalizace (38%), mírný stupeň 25 respondentů (50%) a vysoký stupeň depersonalizace 6 respondentů (12%).

Znázorněno v tabulce č. 9 a grafu č. 3.

Tabulka č. 9 – Stupeň depersonalizace

Stupeň depersonalizace	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Nízký	26	19	45
Mírný	22	25	47
Vysoký	2	6	8

Graf č. 3 – Stupeň depersonalizace



Stupeň osobního uspokojení

Z hlediska osobního uspokojení byl zjištěn z celkového počtu respondentů vysoký stupeň osobního uspokojení u 23 respondentů, mírný stupeň rovněž u 23 respondentů a nízký stupeň osobního uspokojení u 54 respondentů.

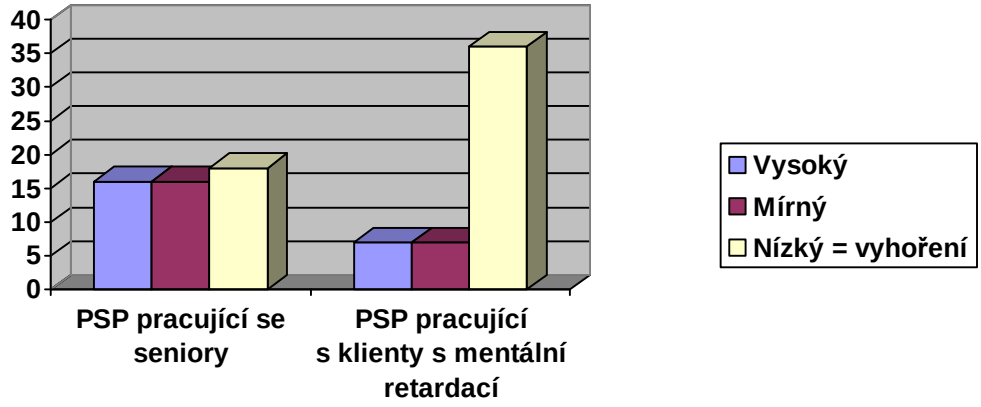
U pracovníků pracujících se seniory byl zjištěn vysoký stupeň osobního uspokojení u 16 respondentů (32%), mírný stupeň rovněž u 16 respondentů (32%) a nízký stupeň osobního uspokojení u 18 respondentů (36%). U pracovníků pracujících s klienty s mentální retardací byl zjištěn vysoký stupeň osobního uspokojení u 7 respondentů (14%), mírný stupeň rovněž u 7 respondentů (14%) a nízký stupeň osobního uspokojení u 36 respondentů (72%).

Znázorněno v tabulce č. 10 a grafu č. 4.

Tabulka č. 10 – Stupeň osobního uspokojení

Stupeň osobního uspokojení	PSP pracující se seniory	PSP pracující s klienty s mentální retardací	Celkem
Vysoký	16	7	23
Mírný	16	7	23
Nízký = vyhoření	18	36	54

Graf č. 4 – Stupeň osobního uspokojení



Rozložení jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících s klienty s mentální retardací

Z hlediska emocionálního vyčerpání byl zjištěn u pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací nízký stupeň u 20 respondentů (40%), mírný stupeň rovněž u 20 respondentů (40%) a vysoký stupeň (tedy vyhoření) u 10 respondentů (20%).

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn nízký stupeň u 19 respondentů (38%), mírný stupeň u 25 respondentů (50%) a vysoký stupeň (tedy vyhoření) u 6 respondentů (12%).

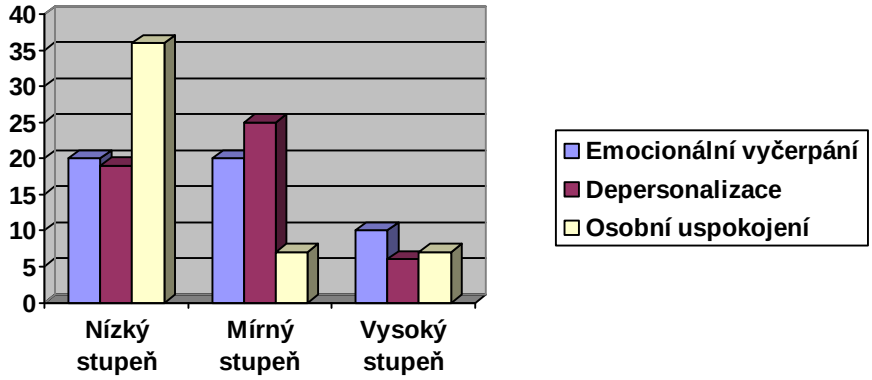
V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn vysoký stupeň u 7 respondentů (14%), mírný stupeň rovněž u 7 respondentů (14%) a nízký stupeň (tedy vyhoření) u 36 respondentů (72%).

Znázorněno v tabulce č. 11 a grafu č. 5.

Tabulka č. 11 – Rozložení dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících s klienty s mentální retardací

	Nízký stupeň	Mírný stupeň	Vysoký stupeň
Emocionální vyčerpání	20	20	10
Depersonalizace	19	25	6
Osobní uspokojení	36	7	7

Graf č. 5 – Rozložení dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících s klienty s mentální retardací



<u>Rozložení jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících se seniory</u>

Z hlediska emocionálního vyčerpání byl zjištěn nízký stupeň u 31 respondentů (62%), mírný stupeň u 12 respondentů (24%) a vysoký stupeň (tedy vyhoření) u 7 respondentů (14%).

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn nízký stupeň u 26 respondentů (52%), mírný stupeň u 22 respondentů (44%) a vysoký stupeň (tedy vyhoření) u 2 respondentů (4%).

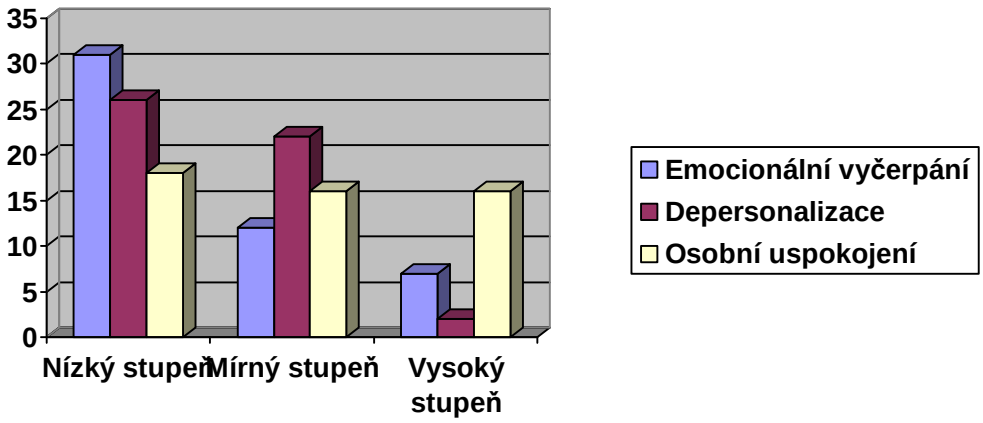
V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn vysoký stupeň u 16 respondentů (32%), mírný stupeň rovněž u 16 respondentů (32%) a nízký stupeň (tedy vyhoření) u 18 respondentů (36%).

Znázorněno v tabulce č. 12 a grafu č. 6.

Tabulka č. 12 – Rozložení dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících se seniory

	Nízký stupeň	Mírný stupeň	Vysoký stupeň
Emocionální vyčerpání	31	12	7
Depersonalizace	26	22	2
Osobní uspokojení	18	16	16

Graf č. 6 – Rozložení dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících se seniory



<u>Výskyt příznaků syndromu vyhoření u pracovníků pracujících v této profesi více než 10 let a méně než 10 let</u>

Skupinu pracovníků sociální péče pracujících v této profesi více než 10 let tvoří 35 respondentů a skupinu pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let tvoří 65 respondentů. K porovnání výskytu příznaků syndromu vyhoření u těchto skupin bylo použito výpočtu aritmetického průměru.

V dimenzi emocionálního vyčerpání byl zjištěn u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi více než 10 let průměr 20,11, tedy mírný stupeň vyhoření a u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let průměr 14,15, tedy nízký stupeň vyhoření.

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi více než 10 let byl zjištěn průměr 7,51, tedy mírný stupeň vyhoření, a u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let průměr 5,88, tedy nízký stupeň vyhoření.

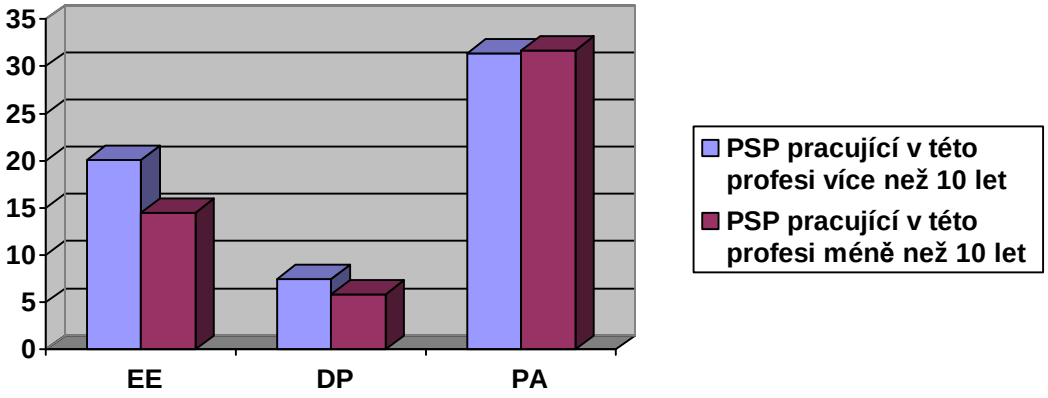
V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi více než 10 let průměr 31,4, tedy nízký stupeň, což již značí vyhoření v této dimenzi a u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let průměr 31,69, tedy mírný stupeň vyhoření.

Znázorněno v tabulce č. 13 a grafu č. 7

Tabulka č. 13 – Výskyt příznaků syndromu vyhoření u PSP pracujících v této profesi déle než 10 let a PSP pracujících v této profesi méně než 10 let

	EE	DP	PA
PSP pracující v této profesi více než 10 let	20,11	7,51	31,4
PSP pracující v této profesi méně než 10 let	14,5	5,88	31,69

Graf č. 7 – Výskyt příznaků syndromu vyhoření u PSP pracujících v této profesi déle než 10 let a PSP pracujících v této profesi méně než 10 let



ZÁVĚRY VÝZKUMU

Znalost a výskyt syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče byla zjišťována prostřednictvím anonymního dotazníku složeného z osobního dotazníku a standardizovaného dotazníku MBI. Při výzkumu byly použity výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1 :

Znají pracovníci sociální péče termín syndrom vyhoření a dokáží jej popsat?

Z celkového počtu 100 respondentů jich 63 termín syndrom vyhoření zná a popsali jej správně, 24 respondentů termín syndrom vyhoření zná a popsali jej zčásti, 6 respondentů uvedlo, že termín syndrom vyhoření zná, ale nepopsali jej, 7 respondentů uvedlo, že tento termín neznají.

Výzkumná otázka č. 2 :

Jaké je rozložení úrovní jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení) u pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací?

V dimenzi emocionálního vyčerpání byl zjištěn z celkového počtu 50 pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací nízký stupeň u 20 respondentů, mírný stupeň rovněž u 20 respondentů a vysoký stupeň – vyhoření u 10 respondentů.

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn nízký stupeň u 19 respondentů, mírný stupeň u 25 respondentů a vysoký stupeň – vyhoření u 6 respondentů.

V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn vysoký stupeň u 36 respondentů, mírný stupeň u 7 respondentů a nízký stupeň – vyhoření u 7 respondentů.

Výzkumná otázka č. 3 :

Jaké je rozložení úrovní jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení) u pracovníků sociální péče pracujících se seniory?V dimenzi emocionálního vyčerpání byl zjištěn z celkového počtu 50 pracovníků sociální péče pracujících se seniory nízký stupeň u 31 respondentů, mírný stupeň u 12 respondentů a vysoký stupeň – vyhoření u 7 respondentů.

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn nízký stupeň u 26 respondentů, mírný stupeň u 22 respondentů a vysoký stupeň – vyhoření u 2 respondentů.

V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn vysoký stupeň u 18 respondentů, mírný stupeň u 16 respondentů a nízký stupeň osobního uspokojení – vyhoření u 16 respondentů.

Výzkumná otázka č. 4 :

Vyskytují se ve srovnatelné míře příznaky syndromu vyhoření u skupiny pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací a skupiny pracovníků sociální péče pracujících se seniory?

V dimenzi emocionálního vyčerpání byl zjištěn nízký stupeň u 20 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 31 PSP pracujících se seniory. Mírný stupeň emocionálního vyčerpání byl zjištěn u 20 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 12 PSP pracujících se seniory. Vysoký stupeň emocionálního vyčerpání (vyhoření) byl zjištěn u 10 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 7 PSP pracujících se seniory.

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn nízký stupeň u 19 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 26 PSP pracujících se seniory. Mírný stupeň depersonalizace byl zjištěn u 25 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 22 PSP pracujících se seniory. Vysoký stupeň depersonalizace (vyhoření) byl zjištěn u 6 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 2 PSP pracujících se seniory.

V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn vysoký stupeň u 36 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 18 PSP pracujících se seniory. Mírný stupeň osobního uspokojení byl zjištěn u 7 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 16 PSP pracujících se seniory. Nízký stupeň osobního uspokojení (vyhoření) byl zjištěn u 7 PSP pracujících s klienty s mentální retardací a u 16 PSP pracujících se seniory.

V oblasti emocionálního vyčerpání byl zjištěn nejvýraznější rozdíl v nízkém stupni a nejnižší rozdíl ve vysokém stupni, tedy vyhoření. V oblasti depersonalizace byl zjištěn nejvýraznější rozdíl v nízkém stupni a nejnižší rozdíl v mírném stupni této dimenze. V oblasti osobního uspokojení byl zjištěn nejvýraznější rozdíl u vysokého stupně této dimenze, mírný a nízký stupeň se vyskytují ve srovnatelné míře.

Výzkumná otázka č. 5 :

Vyskytují se u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi déle než 10 let příznaky syndromu vyhoření ve větší míře než u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let?

V dimenzi emocionálního vyčerpání byl zjištěn u PSP pracujících v této profesi déle než 10 let průměr 20,11 a u PSP pracujících v této profesi méně než 10 let průměr 14,5.

V dimenzi depersonalizace byl zjištěn u PSP pracujících v této profesi déle než 10 let průměr 7,51 a u PSP pracujících v této profesi méně než 10 let průměr 5,88.

V dimenzi osobního uspokojení byl zjištěn u PSP pracujících v této profesi déle než 10 let průměr 31,4 a u PSP pracujících v této profesi méně než 10 let průměr 31,69.

Z uvedených výsledků vyplývá, že nejvýraznější rozdíl mezi pracovníky sociální péče pracující v této profesi déle než 10 let a mezi pracovníky sociální péče pracující v této profesi méně než 10 let je v dimenzi emocionálního vyčerpání, kdy pracovníci sociální péče pracující v této profesi více než 10 let vykazují mírný stupeň emocionálního vyčerpání a pracovníci sociální péče pracující v této profesi méně než 10 let vykazují nižší stupeň emocionálního vyčerpání. Nejnižší rozdíl byl zjištěn v dimenzi osobního uspokojení, obě skupiny vykazují mírný stupeň. V dimenzi depersonalizace vykazují pracovníci sociální péče pracující v této profesi více než 10 let mírný stupeň a pracovníci sociální péče pracující v této profesi méně než 10 let nízký stupeň depersonalizace.

U pracovníků sociální péče pracujících v této profesi déle než 10 let byl zjištěn vyšší průměr u emocionálního vyčerpání a depersonalizace než u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let. V dimenzi osobního uspokojení byl mezi těmito skupinami pracovníků zjištěn rozdíl pouze nepatrný.

DISKUSE

Výzkum jsem prováděla ve čtyřech zařízeních sociálních služeb. V Domově sv. Kříže a v Domově u Moravy v Kroměříži žijí senioři, v Domově pro osoby se zdravotním postižením Barborka v Kroměříži a v Domově pro osoby se zdravotním postižením ve Zborovicích žijí klienti s mentální retardací.

Pracovníci sociální péče jsou v přímém kontaktu s klienty, setkávají se na každé službě se stejnými lidmi. Ve většině případů o ně pečují až do konce jejich života.

Na zkoumaných pracovištích jsou jako pracovníci sociální péče zaměstnány zejména ženy. Z celkového počtu 100 respondentů pracuje jako PSP pouze 5 mužů, z toho 3 muži pracují se seniory a 2 muži pracují s klienty s mentální retardací.

Vztahy na pracovišti jsou hodnoceny nejčastěji jako dobré, a to u 67 respondentů. Pouze 1 pracovník sociální péče hodnotí vztahy na pracovišti jako špatné. Dobrý kolektiv a týmová práce je velmi důležitá pro kvalitu poskytovaných služeb. Záleží na osobnosti každého jedince a jeho schopnosti začlenit se do kolektivu a podílet se na týmové práci, na druhé straně stojí schopnost a ochota kolektivu přijmout mezi sebe nového člena, pomoci mu v jeho pracovních začátcích a zapojení do kolektivní činnosti.

72% z dotázaných respondentů se zúčastnilo nějakého kurzu, semináře či školení na téma „Syndrom vyhoření“. V rámci povinného vzdělávání pracovníků sociální péče, které činí 24 hodin ročně a musí být akreditováno MPSV, by bylo vhodné účastnit se jak kurzů přispívajících ke zvyšování kvality poskytovaných služeb, tak i takových, které učí jedince pečovat o sebe, o své duševní zdraví, zvládat psychicky náročné a rizikové situace a předcházet syndromu vyhoření. Psychicky vyčerpaný jedinec nemůže klientům poskytovat kvalitní péči, zrovna tak jako pracovník, který je sice v psychické pohodě, ale nemá přehled o novinkách, nových pomůckách a přístupech v tomto oboru. Pracovníci by se měli snažit volit takové vzdělávací programy, které jsou pro práci v jejich oboru prospěšné a dbát na kvalitu vzdělávacích středisek, která zprostředkovávají vzdělávání pro pracovníky sociální péče.

Při vyhodnocení výsledků výzkumu jsem zjistila, že 93 pracovníků zná pojem „syndrom vyhoření“, přičemž 63 respondentů jej dokázalo popsat úplně, 24 zčásti a 6 respondentů uvedlo, že tento pojem zná, ale nepopsali jej. Pouze 7 respondentů uvedlo, že tento pojem nezná. Hofmanová (2009) ve svém výzkumu zjistila, že 81% respondentů zná

pojem syndrom vyhoření, 13% respondentů nedokáže posoudit význam tohoto termínu a 6% respondentů uvedlo, že neví, co tento termín znamená. Kutěj (2007) ve své, výzkumu zjistil, že pojem syndrom vyhoření zná 91% respondentů, 9% respondentů o něm nemá žádné povědomí. Ze srovnání výzkumů vyplývá, že mezi pracovníky sociální péče je informovanost o syndromu vyhoření na vysoké úrovni. Informace o syndromu vyhoření by měli pracovníci sociální péče získávat v rámci povinného vzdělávání a také v rámci rekvalifikačního kurzu pro pracovníky sociální péče, jehož absolvování je nezbytné pro výkon této profese.

Z hlediska vlivu délky praxe na míru syndromu vyhoření jsem zjistila, že pracovníci sociální péče pracující v této profesi déle než 10 let vykazují vyšší hodnoty v oblasti emocionálního vyčerpání a depersonalizace než pracovníci sociální péče pracující v této profesi méně než 10 let. V oblasti osobního uspokojení jsou zjištěné hodnoty téměř totožné. Matušková (2009) ve své práci také tento jev zkoumala a její výzkum nepotvrdil mezi těmito skupinami pracovníků významný rozdíl. Kutěj (2007) ve své práci zjistil, že souvislost mezi délkou praxe a mírou vyhoření spolu souvisí, v prvních letech zaměstnání jsou hodnoty vyhoření vysoké a následně pozvolna klesají, u pracovníků s nejdelší dobou praxe opět vyhoření dosahuje vysokých hodnot. Tento jev může být způsoben tím, že pracovník sociální péče nastupuje do zaměstnání plný ideálů a představ, brzy však zjistí, že realita je poněkud jiná. Musí se přizpůsobit práci v kolektivu a dle pracovního harmonogramu daného zařízení, často není ze strany kolektivu ochota a zájem o změny, byť by mohly přispět ke zvyšování kvality poskytovaných služeb a spokojenosti klientů. Postupem času se kolektivu a týmové práci přizpůsobí a přestane se snažit o jakékoliv inovace v rámci provozu.

Ve svém výzkumu jsem zjistila u 54% respondentů vyhoření v oblasti osobního uspokojení. Práce je zaměřena na výskyt syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče, ale již nezkoumá, proč k tomuto jevu dochází a zda pracovníci sociální péče dostatečně dbají o svou duševní hygienu a prevenci. Další výzkum by mohl směřovat do této oblasti, snažit se zjistit proč tomu tak je, zda pracovníci sociální péče nejsou spokojeni se svou prací, podmínkami na pracovišti, či se do této oblasti promítla jejich životní nespokojenost apod. Bylo by vhodné zaměřit výzkum na to, jak respondenti vnímají pracovní rizikové faktory (např. obavy ze ztráty zaměstnání, nejasně rozdělené úkoly a kompetence, nedocenění a špatné ohodnocení, problémy s klienty, příbuznými, nadřízenými nebo kolegy, nevhodné rozvržení pracovních směn), dále zda prožívají nějaké osobní problémy v životě (např. mají zdravotní problémy, rodinné vztahy a celková situace v rodině, problémy

s dětmi, finanční problémy) nebo zda trpí zdravotními obtížemi (např. bolesti hlavy, zažívací potíže, celková únava, poruchy soustředění a spánku, bolesti zad).

Další výzkum v této oblasti by mohl být zaměřen na to, jak pracovníci sociální péče dbají o svou duševní hygienu a předcházejí syndromu vyhoření, zda prožívají spokojený život, mají dostatek přátel, zájmů a koníčků. Neméně podstatná je prevence syndromu vyhoření, měli bychom vědět, jak tomuto jevu předcházet, znát určité postupy a techniky přispívající k prevenci syndromu vyhoření.

Dále by bylo vhodné zjistit, zda se zaměstnavatelé zajímají o prevenci syndromu vyhoření u svých zaměstnanců a jakým způsobem se na ní podílejí. Každý zaměstnavatel by si měl uvědomit, že spokojený a správně motivovaný zaměstnanec podává vyšší výkony a jeho práce je mnohem kvalitnější. To vše se promítá do celkové atmosféry na pracovišti, správné týmové práce a v důsledku toho i do spokojenosti klientů. A o spokojenost klientů by mělo jít pracovníkům i nadřízeným v první řadě.

ZÁVĚR

Tuto práci s názvem Syndrom vyhoření u pracovníků sociální péče tvoří dvě části - teoretická a praktická.

V teoretické části byl popsán pojem a definice syndromu vyhoření, jeho vznik, příčiny, projevy vývoj a fáze, rizikové faktory podílející se na vzniku syndromu vyhoření, zátěžové situace a jejich zvládání a prevence syndromu vyhoření.

Praktická část je zaměřena na výzkum syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče. Výzkum byl proveden pomocí anonymních dotazníků obsahujících osobní část a standardizovaný dotazník MBI. Výzkumu se zúčastnilo 100 pracovníků sociální péče, přičemž 50 pracuje s klienty s mentální retardací a 50 se seniory.

Pomocí osobního dotazníku jsem zjistila poměr mužů a žen mezi respondenty, jejich věk, vzdělání, délku praxe, znalost termínu syndrom vyhoření a kvalitu vztahů na jejich pracovišti.

Standardizovaný dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) sloužil ke zjištění rozložení úrovní jednotlivých dimenzí syndromu vyhoření (emocionální vyčerpání, depersonalizace, osobní uspokojení) u pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací a u pracovníků sociální péče pracujících se seniory a porovnání míry syndromu vyhoření u těchto skupin pracovníků a ke zjištění, zda se u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi déle než 10 let vyskytuje syndrom vyhoření ve vyšší míře než u pracovníků sociální péče pracujících v této profesi méně než 10 let.

Zjistila jsem, že většina z respondentů pojem syndrom vyhoření zná a dokáže jej zcela nebo alespoň zčásti popsat.

Dále jsem zjistila, že u skupiny pracovníků sociální péče pracujících s klienty s mentální retardací vykazuje z celkového počtu 50 respondentů syndrom vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání 10 pracovníků, v dimenzi depersonalizace 6 pracovníků a v dimenzi osobního uspokojení 7 pracovníků. U skupiny pracovníků sociální péče pracujících se seniory vykazuje z celkového počtu 50 respondentů syndrom vyhoření v dimenzi emocionálního vyčerpání 7 pracovníků, v dimenzi depersonalizace 2 pracovníci a v oblasti osobního uspokojení 16 pracovníků.

Nejvýraznější vliv délky praxe byl zjištěn u emocionálního vyčerpání, nejmenší rozdíl byl zjištěn v dimenzi osobního uspokojení.

Povolání pracovníka sociální péče je velmi náročné na fyzickou i psychickou stránku jedince. Každý pracovník by se měl zajímat o své duševní zdraví, dle možnosti absolvovat nějaký seminář, kurz či školení na toto téma. Na prevenci syndromu vyhoření by měla dbát i organizace zaměstnávající pracovníky sociální péče. Pracovník, který je v psychické pohodě má větší zájem o práci a o klienty a může vykonat mnoho dobré práce. Naproti tomu pracovník, který vykazuje příznaky syndromu vyhoření, či nezvládá dobře zátěžové situace, neodvádí kvalitní práci a může svým jednáním a postoji ublížit klientům i pracovnímu týmu, důsledkem pak může být výrazné zhoršení kvality poskytovaných služeb. Klienti, kteří tyto sociální služby využívají, potřebují pomoc, podporu a citlivý přístup personálu. Pocit, že jsou někomu na obtíž jim může ublížit a také se negativně projevit v komunikaci mezi klientem a personálem.

Teoretické i praktické poznatky prezentované v této práci by mohly přispět k lepší informovanosti o syndromu vyhoření a ke snížení rizika vzniku tohoto jevu u pracovníků. Práce „pečujícího“ je náročná a málo oceněná, proto i o něj by mělo být určitým způsobem pečováno.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. Baštecká Bohumila a kol. : Klinická psychologie v praxi, Praha: Portál s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-735-3
2. Hájek Karel : Práce s emocemi pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7376-107-7
3. Hofmanová, R. (2009) : Syndrom vyhoření u zdravotnického personálu v domově důchodců. Nepublikovaná diplomová práce. Zlín : Univerzita Tomáše Bati
4. Jeklová Marta, Reitmayerová Eva : Syndrom vyhoření. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1
5. Kallwas Angelika : Syndrom vyhoření v práci a osobním životě. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7376-299-7
6. Kebza Vladimír : Psychosociální determinanty zdraví. Praha: Academia, 2005. ISBN 978-80-2001-307-1
7. Kebza Vladimír, Šolcová Iva : Syndrom vyhoření. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7
8. Kopřiva Karel : Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9
9. Křivohlavý Jaro : Jak zvládat stres. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6
10. Křivohlavý Jaro : Psychologie zdraví. Praha: Portál s.r.o., 2001. ISBN 80-7178-551-2
11. Kutěj, A. (2007) : Syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí. Nepublikovaná diplomová práce. Brno: Masarykova univerzita.
12. Matoušek Oldřich a kol. : Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8
13. Matušková, L. (2009) : Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením. Nepublikovaná diplomová práce. Zlín : Univerzita Tomáše Bati.
14. Míček Libor : Duševní hygiena. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. ISBN 14-400-84
15. Minirth Frank, Hawkins Don, Meier Paul, Flournoy Richard : Jak překonat vyhoření. Praha: Návrat domů, 2011. ISBN 978-80-7255-252-8

16. Potterová A. Beverly : Jak se bránit pracovnímu vyčerpání. Olomouc: Votobia, 1997. ISBN 80-7198-211-3
17. Rush D. Murén : Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8
18. Schmidbauer Wolfgang : Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9
19. Schmidbauer Wolfgang : Syndrom pomocníka. Praha: Portál s.r.o., 2008. ISBN 978-80-7367-369-7
20. Stock Christian – Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3553-5
21. Vágnerová Marie : Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4
22. Vágnerová Marie : Základy psychologie. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-0841-9

INTERNETOVÉ ZDROJE:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf [cit. 15.03.2013]

http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html [cit. 15.03.2013]

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Přehled zastoupení mužů a žen.

Tabulka č. 2 – Rozdělení pracovníků dle věkových skupin.

Tabulka č. 3 – Přehled nejvyššího ukončeného vzdělání pracovníků sociální péče.

Tabulka č. 4 – Rozdělení pracovníků podle počtu odpracovaných let v této profesi.

Tabulka č. 5 – Hodnocení vztahů na pracovišti.

Tabulka č. 6 – Účast na kurzu, semináři či školení na téma „Syndrom vyhoření“.

Tabulka č. 7 – Znalost termínu „syndrom vyhoření“.

Tabulka č. 8 – Stupeň emocionálního vyčerpání.

Tabulka č. 9 – Stupeň depersonalizace.

Tabulka č. 10 – Stupeň osobního uspokojení.

Tabulka č. 11 – Rozložení dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících s klienty s mentální retardací.

Tabulka č. 12 – Rozložení dimenzí syndromu vyhoření u PSP pracujících se seniory.

Tabulka č. 13 – Výskyt příznaků syndromu vyhoření u PSP pracujících v této profesi déle než 10 let a u PSP pracujících v této profesi méně než 10 let.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 – Dotazník pro pracovníky sociální péče.

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY SOCIÁLNÍ PÉČE

Dobrý den,

jmenuji se Radmila Baierová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Sociální pedagogika. Součástí mé bakalářské práce na téma Syndrom vyhoření u pracovníků sociální péče je provedení průzkumu s cílem zjistit výskyt syndromu vyhoření u pracovníků sociální péče.

Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který mi pomůže s objasněním výskytu tohoto jevu. Děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění tohoto dotazníku.

1. Pohlaví:

○ muž

○ žena

2. Váš věk : _____

3. Nejvyšší ukončené vzdělání :

○ základní

○ vyučen

○ střední s maturitou

○ vysokoškolské

4. Jak dlouho pracujete jako pracovník sociální péče : _____

5. Znáte pojem „syndrom vyhoření“ a víte, co znamená? Pokud ano, uveďte prosím krátké vysvětlení tohoto jevu : _____

_____

_____

6. Absolvoval/a jste nějaké školení, kurz či seminář na téma „Syndrom vyhoření“?

○ ano

○ ne

7. Jaké jsou vztahy na vašem pracovišti?

○ velmi dobré

○ dobré

○ snesitelné

○ špatné

○ velmi špatné

V této části doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 velmi silně

1	Práce mne citově vysává.	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3	Když ráno vstává a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivý k lidem.	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12	Mám stále hodně energie.	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14	Mám pocit, že plním svoje úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal hodně dobrého.	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	