

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

# **Diplomová práce**

Bc. Lucie Váňová

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

Burnout syndrome in social workers working with people with a mental  
illness

Praha 2021

Vedoucí práce: MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D.

**Poděkování:**

Mé poděkování patří panu MUDr. Ondřeji Pěčovi, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, pomoc a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 10. srpna 2021

Lucie Váňová

**Klíčová slova (česky)**

*Syndrom vyhoření, sociální pracovník, duševní onemocnění, Shirom-Melamedova škála vyhoření, supervize*

**Klíčová slova (anglicky):**

*Burnout syndrome, social worker, mental illness, Shirom-Melamed burnout measure, supervision*

## **Abstrakt (česky)**

Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Teoretická část předkládá poznatky o syndromu vyhoření, jeho symptomech, rizikových faktorech, léčbě, obecné prevenci a o supervizi jako konkrétní prevenci syndromu vyhoření. Dále pojednává o syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a o zátěžových faktorech práce s lidmi s duševním onemocněním. Praktická část je zaměřena na kvantitativní výzkum, ve kterém je u respondentů pomocí dotazníkového šetření Shirom-Melamedovy škály vyhoření zjišťována míra výskytu syndromu vyhoření a pomocí doplňujících otázek potřebné údaje o respondentech. Praktická část obsahuje i doplňující kvalitativní část výzkumu.

Hlavním cílem práce je zmapovat, zda se syndrom vyhoření u této skupiny sociálních pracovníků objevuje ve větší míře než u lidí, kteří pracují v jiných oborech. Dílčí cíle mají ukázat, zda existuje statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a věkem, pohlavím, absencí supervizí, počtem klientů, spokojeností v pracovním kolektivu a délkou setrvání v aktuálním zaměstnání respondentů. Kvalitativní část výzkumu má za úkol zjistit největší zdroj stresu v zaměstnání sociálních pracovníků.

## **Abstract (in English):**

The diploma thesis deals with the burnout syndrome in social workers who work with people with a mental illness. The theoretical part presents knowledge about burnout syndrome, its symptoms, risk factors, treatment, general prevention, and supervision as a specific prevention of burnout syndrome. It also discusses the burnout syndrome in social workers and the stressors of working with people with a mental illness. The practical part is focused on quantitative research, in which the respondents use the Shirom-Melamed burnout measure to determine the incidence of burnout and the necessary data on the respondents using supplementary questions. The practical part also contains an additional qualitative part of the research.

The main goal of this work is to determine whether the burnout syndrome occurs in this group of social workers to a greater extent than in people who work in other fields. The sub-objectives are to show whether there is a statistically significant correlation between burnout syndrome and age, gender, absence of supervision, number of clients, satisfaction in the workforce and length of stay in the current employment of respondents. The qualitative

part of the research aims to identify the biggest source of stress in the employment of social workers.

## OBSAH

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	11
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1 DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....</b>	<b>11</b>
<b>1.2 SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ .....</b>	<b>12</b>
1.2.1 <i>Fáze syndromu vyhoření.....</i>	<i>14</i>
<b>1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY SYNDROMU VYHOŘENÍ .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 <i>Stres a syndrom vyhoření.....</i>	<i>17</i>
<b>2 SYNDROM VYHOŘENÍ U SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ.....</b>	<b>19</b>
2.1 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK A SOCIÁLNÍ PRÁCE .....	19
2.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	20
2.2.1 <i>Duševní onemocnění.....</i>	<i>20</i>
2.3 ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	21
<b>3 LÉČBA A PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....</b>	<b>23</b>
3.1 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	23
3.2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	23
3.2.1 <i>Osobnostní prevence.....</i>	<i>24</i>
3.2.2 <i>Prevence na pracovišti .....</i>	<i>24</i>
3.3 SUPERVIZE JAKO PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ .....	25
3.3.1 <i>Definice supervize.....</i>	<i>25</i>
3.3.2 <i>Cíle supervize.....</i>	<i>26</i>
3.3.3 <i>Formy supervize.....</i>	<i>27</i>
3.3.4 <i>Supervize interní a externí .....</i>	<i>28</i>
3.3.5 <i>Supervize individuální, skupinová a týmová.....</i>	<i>29</i>
<b>EMPIRICKÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
<b>4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>30</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMU .....	30
4.2 STANOVENÍ HYPOTÉZ.....	30

<b>4.3</b>	<b>VÝZKUMNÉ METODY.....</b>	<b>31</b>
4.3.1	<i>Česká verze Shirom-Melamedovy škály vyhoření.....</i>	32
<b>4.4</b>	<b>VÝZKUMNÝ VZOREK.....</b>	<b>33</b>
<b>4.5</b>	<b>REALIZACE VÝZKUMU.....</b>	<b>33</b>
4.5.1	<i>Analýza dat.....</i>	35
4.5.2	<i>Doplňující kvalitativní šetření.....</i>	35
<b>4.6</b>	<b>VÝSLEDKY.....</b>	<b>35</b>
4.6.1	<i>Srovnání experimentálního a kontrolního vzorku.....</i>	36
4.6.2	<i>Demografické charakteristiky experimentální a kontrolní skupiny....</i>	37
4.6.3	<i>Výsledky dotazníkového šetření – doplňující otázky.....</i>	39
4.6.4	<i>Výsledky kvalitativní části výzkumu.....</i>	40
4.6.5	<i>Testování hypotéz.....</i>	46
4.6.6	<i>Shrnutí hypotéz.....</i>	50
<b>5</b>	<b>DISKUZE.....</b>	<b>52</b>
<b>6</b>	<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>56</b>
<b>7</b>	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ODBORNÝCH PRAMENŮ.....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>63</b>
<b>9</b>	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>64</b>
<b>10</b>	<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>I</b>
10.1	<b>PŘÍLOHA I – DOTAZNÍK EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA.....</b>	<b>I</b>
10.2	<b>PŘÍLOHA II – DOTAZNÍK KONTROLNÍ SKUPINA.....</b>	<b>III</b>



## Úvod

Diplomová práce je zaměřena na problematiku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním. Cílem diplomové práce je zmapovat výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků, kteří pracují s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním a pokusit se odpovědět na to, s čím by mohl syndrom vyhoření v našem výzkumném vzorku souviset.

Inspirací pro výběr tohoto tématu mi byly odborné praxe, které jsem absolvovala v průběhu studia ve dvou nestátních neziskových organizacích, které se zaměřují na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním. Nahlédla jsem do toho, co vše obsahuje práce s klienty s psychiatrickou diagnózou, a s čím vším se musejí sociální pracovníci potýkat. Z pozorování jsem odvodila, že by se u této skupiny sociálních pracovníků mohl vyskytovat syndrom vyhoření ve větší míře než u pracovníků jiných oborů. Důvodem mé domněnky bylo to, že práce s touto cílovou skupinou se mi zdála být pro sociální pracovníky celkem psychicky náročná. Zároveň jsem nenašla žádný výzkum, který by se zaměřoval právě na syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním v české populaci. Syndrom vyhoření v současné moderní západní společnosti zaměřené na výkon je již poměrně dobře znám, a to nejen u pracovníků pomáhajících profesí. Co se týká výběru cílové skupiny lidí s duševním onemocněním, ta mě zajímala již během studií, proto jsem se rozhodla absolvovat dvě odborné praxe zacílené na duševně nemocné, abych získala i praktickou zkušenost a rozšířila si teoretické poznatky o této skupině. V bakalářské práci jsem se také věnovala psychiatrické problematice, a to depresivnímu onemocnění, kde jsem ve výzkumu zjišťovala výskyt depresivních obtíží u pedagogů na základních školách.

Práce se skládá z teoretické a empirické části.

Teoretická část obsahuje 3 kapitoly. První se zabývá definicí syndromu vyhoření, jeho symptomy, fázemi a rizikovými faktory, které k syndromu vyhoření mohou vést. V podkapitole se věnujeme i stresu a syndromu vyhoření. Druhá kapitola je o syndromu vyhoření u sociálních pracovníků. Obecně popisuje, kdo je sociální pracovník a co obnáší sociální práce. Pozornost je věnována sociálním pracovníkům s lidmi s duševním onemocněním a tomu, co znamená duševní onemocnění a jak se klasifikuje podle MKN-10. V druhé kapitole nalezneme zátěžové faktory, které jsou specifické pro sociální pracovníky, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Třetí kapitola je o léčbě a prevenci syndromu

vyhoření. Zařazena je zde podkapitola o supervizi, jelikož je to významný faktor prevence zaměstnanců před syndromem vyhoření.

Praktická část se zaměřuje na výzkumné šetření. Jsou v ní stanoveny cíle výzkumu, hypotézy a výzkumné metody, které byly použity. V práci se využil kvantitativní výzkum. Zvolila se technika dotazníkového šetření. Výzkum byl doplněn o kvalitativní rozbor otázky na zdroj stresu v zaměstnání sociálních pracovníků. Využita byla standardizovaná česká verze dotazníku Shirom-Melamedovy škály vyhoření a doplňující otázky ke zjištění potřebných údajů o respondentech. V dalších podkapitolách empirické části je popsán výzkumný vzorek, realizace výzkumu a výsledky výzkumného šetření.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je dnes obecně známý jev. Je to stav, kdy je člověk extrémně vyčerpán, vnitřně se distancuje, silně mu klesla výkonost a má různé psychosomatické potíže. Oficiálně to však dosud není nemoc (Kallwass, 2007). Podle MKN-10 je syndrom vyhoření zařazen v kapitole Z00-Z99 – Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami. Konkrétně v podkapitole Z73 – Problémy spojené s obtížemi při vedení života (mkn10.uzis.cz).

Jak uvádí Ch. Stock (2010), podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc. To znamená, že mohou být lidé trpící syndromem vyhoření znevýhodněni, neboť jejich zdravotní potíže nejsou považovány za nemoc, což se pak může v krajním případě projevit tak, že pojišťovny pacientům nehradí léčbu.

Syndrom vyhoření se projevuje ztrátou energie a idealismu, které vedou ke stagnaci, frustraci a apatii. I když nepostihuje jen lidi pracující v pomáhajících profesích, právě u nich se projevuje nejčastěji a nejnápadněji. Někteří autoři spojují vysokou úroveň psychické zátěže s takovými charakteristikami jedinců, jako jsou zvýšená senzitivita, zranitelnost, idealismus, nadměrné přebírání odpovědnosti či vlastní nevyřešené konflikty. Jiní zvyšující se profesní nároky či nároky společnosti kladenými na jedince (Jeklová, 2006).

*„Syndrom vyhoření je bolestná zkušenost, ale pokud se včas rozpozná, dá se mu vyhnout či omezit škody. Tato zkušenost může být pro postiženého prvním krokem k tomu, aby začal lépe vnímat sám sebe, učinil rozhodující změny ve svém životě a posílil svou osobnost“* (Maroon, 2012, s. 13). Je bezpochyby, že syndrom vyhoření je vážný stav, který je potřeba řešit. V následující kapitole se syndrom vyhoření pokusím definovat.

### 1.1 Definice syndromu vyhoření

Definice syndromu vyhoření lze nalézt v literatuře několik a neexistuje žádná obecně ustálená. Jako první pojem burnout použil Herbert J. Freudenberger ve svém vědeckém článku „Staff burnout“ v časopise Journal of Social Issues (Freudenberger, 1974). Jak uvádí J. Křivohlavý (2012), burnout je odborný termín, který se objevil v psychologii a psychoterapii v sedmdesátých letech 20. století. Použil jej poprvé H. Freudenberger. Označil jev, který byl dobře znám, avšak Freudenberger ho pojmenoval, a mnoho dalších psychologů začalo tento jev soustavně studovat. S fenoménem celkového vyčerpání, tj. vyčerpání

tělesné, psychické i duchovní energie se lze setkat již například v Bibli. Termín burnout (vyhoření) byl původně používán pro označení stavu lidí, kteří propadli alkoholu a ztratili o vše ostatní zájem. Později se začal používat i pro narkomany a lidi, kteří jsou dnes označováni jako workoholici.

Freudenberger popisoval syndrom vyhoření mimo jiné takto: „*Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)*“ (Freudenberger in Křivohlavý, 2012, s. 65). V. Kebza a I. Šolcová (2003) uvádí, že vyhoření bývá popisováno jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu syndromu vyhoření se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres.

Přestože definic burnout syndromu lze nalézt mnoho, tak dle J. Křivohlavého (2012), mají některé charakteristiky společné. Jsou to například negativní emocionální příznaky charakteristické pro emocionální vyčerpání, únavy či deprese. Burnout je uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání. Příznaky se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí. Snížená výkonnost a nižší efektivita práce při burnout souvisí s negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním, ne s nižší kompetencí nebo pracovní schopností a dovedností. A důraz je kladen více na příznaky a chování lidí než na fyzické (tělesné) příznaky vyhoření.

Dalo by se shrnout, že: „*Během několika desetiletí se objevily různé definice syndromu vyhoření, které se shodují na tom, že se jedná především o psychický stav charakterizovaný vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu, a vyskytuje se hlavně u osob, jež pracují s lidmi*“ (Pešek a Praško, 2016, s.16).

## **1.2 Symptomy syndromu vyhoření**

V. Kebza a I. Šolcová (2003) popsali tři úrovně příznaků syndromu vyhoření: Symptomy na psychické úrovni, fyzické úrovni a na úrovni sociálních vztahů. Na **psychické úrovni** se jedná například o dominující pocit, že dlouhé a nadměrné úsilí trvá příliš dlouho a efektivita snažení je v porovnání se snahou nepatrná. Člověk má pocit duševního, emocionálního a kognitivního vyčerpání spolu s poklesem až ztrátou motivace. Dochází k utlumení celkové aktivity. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, beznaděje a marnosti. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti. Mezi projevy patří též negativismus, cynismus a hostilita vůči osobám, jež jsou součástí

profesionální práce s lidmi (klienti, pacienti, zákazníci). Dochází k poklesu až naprosté ztrátě zájmu o témata související s profesí, často i k negativnímu hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána. Projevuje se sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání, zvýšená podrážděnost a někdy i interpersonální senzitivita. Činnost se redukuje na rutinní postupy. Na **fyzické úrovni** se objevuje celkový stav únavy, vyčerpání, apatie a rychlé unavitelnosti dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení. Mezi vegetativní potíže lze zařadit bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy. Dále například bolesti hlavy, poruchy spánku, bolesti ve svalech, přetrvávající celková tenze, poruchy krevního tlaku a zvýšené riziko vzniku závislostí všeho druhu. Na **úrovni sociálních vztahů** si můžeme všimnout výrazné tendence redukovat kontakt s klienty, kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi. Objevuje se zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí. Nízká empatie, postupné narůstání konfliktů a nezájem o hodnocení ze strany druhých osob též patří k symptomům syndromu vyhoření.

Freudenberger (1980) uvádí deset typických příznaků: vyčerpání, odcizení a izolace, prázdnota a cynismus, netrpělivost a vznětlivost, dojem mimořádných schopností, nedůvěra, paranoia, ztráta cílevědomosti, psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy a deprese s množstvím aspektů (Freudenberger in Maroon, 2012, s. 32-33).

Je důležité zmínit, že syndrom vyhoření se definuje změnou chování pracovníka. Pokud se někdo ke klientům chová již od začátku své pracovní kariéry tak, jak se chovají pracovníci se syndromem vyhoření, nejde u něj o reakci na pracovní stres, ale o stálý postoj. Syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od nástupu do zaměstnání. U disponovaných jedinců vystavených nepříznivým podmínkám již za několik týdnů až měsíců. Typickými příznaky jsou neangažovanost ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi, případně mohou nastat i konflikty. Pracovník lpí na standardních a zavedených postupech a ztrácí citlivost k potřebám klientů. Ztrácí schopnosti tvořivě přistupovat k práci. Práci věnuje minimum energie a preferuje administrativní činnosti před činnostmi, jež vyžadují kontakt s klienty. U pracovníka převládá skepse v úvahách o účinnosti služby nebo budoucnosti klientů. Syndrom vyhoření se může projevit i častou pracovní neschopností, žádostí o neplacené volno nebo i těhotenstvím. Komunikace s kolegy je též omezená a někdy vyústí i v konflikty s nimi. Pracovník má pocity depersonalizace a vyčerpání (Matoušek, 2013). Dle literatury se příznaky syndromu vyhoření projevují v určitých fázích. Shrnutí těchto fází je v následující podkapitole.

### 1.2.1 Fáze syndromu vyhoření

Většina autorů popisuje vývoj syndromu ve fázích, čímž je vyhoření vnímáno jako dlouhodobý proces. Postižený může fázemi procházet postupně, do určité míry je však možné některé z nich přeskočit. Nejjednodušší model se skládá ze tří a nejsložitější z dvanácti stádií, jež se vzájemně překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit (Stock, 2010).

R. Čapek (2018) uvádí: „*Po zobecnění různých koncepcí získáme následující přehled. Na samém počátku se vyskytuje **iniciační fáze**, která zahrnuje prvotní nadšení a zapálení pro věc. Následuje **prozření**, tedy zjištění nerealizovatelnosti ideálů v jejich plném rozsahu. Poté přichází období **první frustrace**, zklamání profesí spojené s negativním vnímáním klientů. Po této fázi následuje **apatie**, jejíž součástí je nepřátelství nejen ke klientům, ale i k dalším osobám a všem činnostem, které jsou ve spojení s danou profesí. Konečná fáze zahrnuje **vyčerpání**, samotné vyhoření, cynismus, odosobnění, ztrátu lidskosti, sociální uzavření.*“

J. Musil (2010) popisuje podobné fáze: Nejdříve se objevuje předchorobí – **fáze nadšení**, kde chce jedinec pracovat co nejlépe, touží po úspěchu a má vysoké ideály, které chce naplňovat i za cenu chronického pracovního přetěžování. Úspěch však nepřichází. Přichází **fáze frustrace**. Úkoly se kupí, jedinec je stále hůř zvládá, dostává se do časové nouze a dostávají se prožitky zklamání a neúspěchu. Ve **fázi apatie a stagnace** je již jedinec neurotizován, neurotické příznaky jej však neodrazují od toho, aby stále něco nedělal. Jeho činnost začíná být chaotická, jedinec polevuje ve svém úsilí a volí rutinní postupy. V poslední **fázi celkového vyčerpání**, jedinec zjišťuje, že práci vykonává z nutnosti, začíná vzdorovat a stavět se proti původním záměrům kriticky. Vytrácí se jeho dřívější entuziasmus, nadšení a zájem. Narůstají potíže ve všech oblastech života, neúspěšná začíná být i snaha o regeneraci sil. V této fázi je již nezbytné obrátit se na pomoc druhých, nejlépe profesionálů. Naopak A. Kallwass (2007) pracuje pouze se třemi fázemi vyhoření. První fází dle ní je prohlubující se **vyčerpání**, druhou fází **lhostejnost** či znečitlivění a třetí fází **izolace a snížení výkonnosti**.

I když jsou v odborných zdrojích popisovány fáze vývoje syndromu vyhoření různě, lze je v podstatě zjednodušeně popsat jako fáze nadšení, fáze frustrace, fáze apatie a stagnace a fáze celkového vyčerpání (Švingalová, 2006).

### 1.3 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Je důležité vědět, jaké rizikové faktory mohou hrát roli při vzniku burnout syndromu, jelikož je pak snazší se před těmito faktory chránit, případně je řešit nebo se jim vyhnout.

„Nejčastější příčiny vzniku syndromu vyhoření pocházejí z pracovní oblasti. Náročné podmínky, soutěživé prostředí nebo strach o pozici vedou u mnoha postižených ke stresu“ (Stock, 2010, s. 31). Ch. Stock (2010) uvádí jako pracovní rizikové faktory vzniku burnout syndromu zvýšenou pracovní zátěž, trvalé působení rušivých vlivů, nedostatek samostatnosti, neustálou kontrolu, bezohlednost kolegů, nespravedlnost nadřízených a nesoulad mezi hodnotami pracovníka a firmy. Autor zmiňuje, že při vzniku syndromu vyhoření většinou nehrají roli jen situační faktory, ale i charakterové vlastnosti, jako jsou určité vzorce chování, určitý základní postoj ke světu a k vlastnímu životu nebo schopnost zvládnání zátěže a krizových situací. R. Honzák (2018) považuje za jednu z příčin syndromu vyhoření, která by se dala zařadit do postojevých vlastností osobnosti, touhu spasit svět. Tato touha vede cestou frustrace zákonitě k vyhoření, jelikož je nerealizovatelná. Podle autora je jednou z možných příčin vyhoření v této roli přecenění vlastních sil.

Podle V. Kebzy a I. Šolcové (2003) existuje několik faktorů syndromu vyhoření. Vybrala jsem příklady a rozdělila je do dvou skupin. V první skupině se jedná především o vliv zaměstnání jako je příslušnost k profesi obsahující kontakt s lidmi, nutnost čelit chronickému stresu, vysoké až nadměrné požadavky na výkon, monotonie práce. V druhé skupině se jedná spíše o vlastnosti a postoje člověka jako je původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost a zaujetí pro věc, původně střední až vysoká senzitivita a vysoká empatie, obětavost a zájem o druhé. Neschopnost relaxace, depresivní ladění, úzkostné, fobické a obsedantní rysy, nízká asertivita, původně vysoký perfekcionismus a odpovědnost, nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení, stabilně prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese (jako chování, v němž dochází k vyjádření obojího). Neméně důležité je chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese.

Ch. Maslachová identifikovala šest základních charakteristik v pracovním prostředí, které mohou v interakci s osobností pracovníka predikovat vyšší riziko vyhoření (Maslachová in Honzák, 2019, s. 153):

- Nadměrné množství práce
- Nespravedlivé poměry a praktiky v pracovním prostředí
- Nedostatek sociální podpory
- Malé kompetence v pracovním procesu
- Práce v prostředí konfliktů hodnot
- Nedostatečná odměna ve smyslu ekonomickém nebo psychosociálním

Rizikové faktory, které mohou v zaměstnání působit na vznik syndromu vyhoření jsou podle A. Kallwass (2007) nedostatečná zpětná vazba a situace, kdy nejsou jasně rozděleny úkoly a kompetence. Poté konkurenční situace v pracovním prostředí, špatné pracovní podmínky a jednotvárná práce.

M. Jeklová (2006) dělí rizikové faktory na vnitřní a vnější. Vnější se týkají zaměstnání a organizace práce (např. příliš náročné pracovní podmínky, špatný management a vedení), rodiny (např. partnerské problémy a konflikty, nemoc či jiná zátěž v rodině) a společnosti (např. zrychlující tempo společnosti). Vnitřní faktory jsou pak nějaké osobnostní charakteristiky jedince, stav organismu, především fyzický stav a způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec používá (např. nezvládání konfliktů, vnitřní tendence k soutěživosti, potřeba mít vše pod kontrolou atd.).

K rozvoji syndromu vyhoření přispívají pracoviště, kde není věnována pozornost potřebám personálu, kde noví členové nejsou zacvičeni personálem zkušeným a kde neexistují plány osobního rozvoje. Tam, kde chybí supervize a pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s nimi o možných řešeních. Riziková jsou i pracoviště, kde vládne soupeřivá atmosféra, rivalizuje zde několik zneprátelených skupin pracovníků nebo zde převládá silná byrokratická kontrola chování personálu, případně klientů. U pracovníka, který nemá prostor pro tvořivost, zejména pokud jde o jedince s tvořivými ambicemi, to může být dostačující podmínka pro vznik syndromu vyhoření. Další riziko je, pokud pracovník očekává od práce plnou seberealizaci nebo dokonce ztotožní své soukromí a práci. U pracovníků, kteří od své práce očekávají minimum nároků na sebe a je pro ně hlavní například mzda nebo příležitost k sociálním kontaktům s kolegy, kladou na organizaci nároky menší a syndrom vyhoření je může postihnout až tehdy, když se ani tato jejich očekávání nenaplnují (Matoušek, 2013). I. Maroon (2012) potvrzuje, že vyhoření urychluje nedostatečná příprava na profesní roli a nejasnosti týkající se vlastní pozice a pracovní oblasti. Na pracovištích, kde se role přesně nevyjasní a kde noví sociální pracovníci nejsou do pozice postupně uváděni, se vyhoření vyskytuje častěji než v institucích, které mají programy pro nováčky a orientují se na zaměstnance. Autor uvádí, že nedostatek informací o povinnostech a hodnotících kritériích zhoršuje pochopení profesní role a vyvolává v zaměstnanci nespokojenost.

Většina autorů pracuje s tím, že největší faktory vzniku syndromu vyhoření pochází z pracovního prostředí a poté z nějakých osobnostních charakteristik. Avšak doktorka M. Priess (2015, s. 18) pracuje s teorií, že k syndromu vyhoření u jejích pacientů nevedlo



ani pracovní, ani jiné přetížení, ale cituji: „*Důvodem vyhoření jsou negativní nebo chybějící pozitivní vztahy k okolí a neporozumění sobě samému.*“ Autorka v knize píše, že všichni pacienti, které léčila a měli syndrom vyhoření, se nacházeli ve velmi konfliktních a napjatých vztazích, anebo už neměli sociální kontakty žádné, případně jen povrchní. Málokdo z nich měl ještě zdravý partnerský vztah a nikdo z těch, kdo se přišel léčit se syndromem vyhoření, už neměl dobrý vztah sám k sobě. Stres, který je podle ní automaticky vnímán jako hlavní příčina vyhoření, se nejvíce vyskytuje ve vztazích: ve vztahu k sobě nebo k okolí. M. Priess (2015, s. 17) poukazuje na to, že: „*Za příčinu onemocnění syndromem vyhoření se neustále považuje zejména přetížení a nadměrné vyčerpání. Ovšem ignorují se otázky, proč vůbec k přetížení dochází, proč člověk řadu let překračuje vlastní hranice a čím se vlastně stále více lidí vyčerpává.*“ Tento názor je zajímavý, jelikož je to zcela odlišný pohled na věc, než se lze setkat u jiných autorů.

### 1.3.1 Stres a syndrom vyhoření

„*Do stresu se může dostat každý člověk, avšak burnout se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací. Mají vysoké cíle, vysoká očekávání a výkonovou motivaci. Kdo takovouto vysokou motivaci (nadšení) nemá, ten se může dostat do stresu, ne však do stavu burnout (vyhoření)*“ (Křivohlavý, 2012, s. 69). M. Priess (2015) uvádí, že pojmem stres se obecně rozumí subjektivní stav, ve kterém má dotyčný pocit, že je vystavený obtížné situaci nebo nepříjemným okolnostem, kterým se nemůže vyhnout ani je nemůže ovlivnit ve svůj prospěch, protože mu k jejich zvládnutí chybí schopnosti nebo dostatečné zdroje. Reakce na stresové podněty jsou velmi individuální a do značné míry závisí na našem posouzení dané situace. Lidé v podobných situacích nereagují stejně, jelikož vždy záleží na tom, zda v nich konkrétní situace vyvolává stres či nikoli. I zde existují určité hranice, kdy člověk, který se dokáže se zátěžovými situacemi vyrovnat velmi dobře, může podlehnout stresu. Jedná se například o chronický stres, kde stresory působí na člověka nepřetržitě po delší dobu, aniž by dotyčný měl možnost se dostatečně zotavit. Čím je stresový faktor intenzivnější, tím nižší je schopnost jej zvládat (Stock, 2010).

R. Pešek a J. Praško (2016) shrnují, že stres je stav zatížení organismu, při kterém cítíme napětí v těle a různé emoce. Stresová reakce vede organismus do stavu pohotovosti a připravenosti k boji, nebo útěku. Přiměřený stres je pro organismus užitečný, nedostatek stresu může vést k syndromu znučení (boreout) a dlouhodobý a intenzivní stres může vést k syndromu vyhoření (burnout). Stresory můžeme rozdělit na fyzické, psychické a sociální.

To, jak moc a dlouho se budeme stresovat, záleží na intenzitě a délce působení stresorů, na způsobu našeho myšlení a na našich možnostech a dovednostech.

Podíváme-li se na příznaky vyhoření, najdeme tam ty stresové úplně všechny. Hlavní je únava spojená s celotělovými bolestmi, ale i bolest hlavy, dolních zad, břicha a dalších míst. Lékaři to přirovnávají k chřipkovým stavům a stejně jako u nic může člověka rozrážet horko a vzápětí zima. Střídají se nálady, od úzkostí a depresí s plačtivostí po agresivitu a podezíravost (Honzák, 2019). Vyčerpání vycházející ze syndromu vyhoření obvykle souvisí s příznaky stresu jako jsou bolesti hlavy, chronická únava, svalové napětí, hypertenze nebo poruchy spánku. Obdobně byla nalezena zjištění týkající se souvislosti mezi syndromem vyhoření a různými formami zneužívání návykových látek (Maslach a Leiter, 2007).

## 2 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků

Pomáhající profese patří do rizikové skupiny profesí, ve kterých se může syndrom vyhoření objevit. Sociální pracovníci jsou tedy syndromem vyhoření ohroženi ve větší míře. Z. Kašpárková (2013) soudí, že ve srovnání s jinými profesemi je vyhoření v sociální práci o to náročnější, že se v této profesi projevuje vysoká emoční zátěž a pocity zoufalství, jelikož sociální pracovníci přicházejí v pracovní době do kontaktu s problémy druhých a jsou nuceni snášet těžké mentální břemeno. Často navíc bez zpětné vazby a s negativními důsledky. O. Matoušek (2013) potvrzuje, že syndrom vyhoření u pracovníků pomáhajících profesí vzniká v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Podle autora syndrom vyhoření nevyhnutelně patří k pomáhajícím profesím a prakticky každý sociální pracovník má po určité době některé jeho projevy, jelikož na pracovníka jsou kladeny zvláštní nároky v důsledku intenzivního kontaktu s lidmi využívajícími sociální služby.

### 2.1 Sociální pracovník a sociální práce

Pokud člověk potřebuje pomoc, vyhledává ji obvykle nejdříve u těch nejbližších, tedy v rodině, u příbuzných, přátel, spolužáků nebo kolegů. V případech, kdy člověku chybí blízké osoby, resp. jsou právě oni zdrojem problémů, nebo v případech, kdy svépomoc nestačí k řešení problémů, nastává prostor pro odbornou pomoc. Odborná pomoc je člověku poskytována profesionály. Pokud převládají problémy sociálního charakteru, pomoc je vyhledávána u sociálních pracovníků. Při psychických problémech nemocný vyhledává psychologa nebo psychoterapeuta (Mátel, 2019).

Podle zákona o sociálních službách (108/2006 Sb., § 109): „*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.*“ Podle tohoto zákona je předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, kterou se rozumí buď vyšší odborné vzdělání v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském

studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109).

## **2.2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

V péči o duševně nemocné dochází k prolínání několika oborů. V týmech, které pracují s lidmi s duševním onemocněním by měli být zástupci různých profesí, kteří disponují alespoň základními znalostmi oborů příbuzných. Prvním krokem je mít co nejvíce základních informací a něco o duševních nemocech a jejich diagnostice vědět. U lidí s duševním onemocněním musí sociální pracovník přijmout nemoc jako takovou i se všemi jejími projevy. Sociální pracovník se snaží podpořit ve svém klientovi to zdravé a pokouší se dosáhnout jeho sociálního fungování (Mahrová, 2008). Sociální pracovník potřebuje znát a rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch, provádět základní diagnostické úvahy, mapovat sociální síť, vliv sociálních faktorů, spolupracovat a komunikovat s ostatními odborníky, komunikovat s klienty a jejich blízkými, plánovat, provádět a vyhodnocovat efektivitu intervencí. Orientace v základních příznacích duševních potíží se může sociálnímu pracovníkovi hodit, i pokud nepracuje přímo s psychiatrickou klientelou, jelikož se s lidmi, které mohou trpět duševní nemocí mohou setkat i u jiných cílových skupin, například u práce s lidmi bez přístřeší, se seniory, emigranty nebo s lidmi s duální diagnózou (Probstová a Pěč, 2014).

Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc jako jsou informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského, rodinného, pracovního práva atd., případně specifické intervence, jako je poradenství nebo rodinná psychoterapie (Probstová, 2010). Práce s lidmi s duševním onemocněním je tedy velmi rozmanitá.

Pracovník tráví většinou minimum času v kanceláři, a naopak většinu času v terénu. Sociální pracovníci se mohou uplatnit v několika oblastech. Patří sem psychiatrická rehabilitace (oblast bydlení, práce), sociální rehabilitace, psychoedukace, případové vedení – case management a psychoterapie (Probstová, 2010).

### **2.2.1 Duševní onemocnění**

Abychom mohli definovat psychickou „poruchu“, je potřeba definovat psychické zdraví, což může být obtížné. Hranice mezi zdravím a patologií je v případě duševních

poruch někdy zcela jednoznačná, ale jindy naopak velmi neostrá. Z tohoto důvodu se nikdy nevyhneme diagnostickým systémům a klasifikacím (Orel a kol., 2020). Světová zdravotnická organizace (WHO) vydává Mezinárodní klasifikaci nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN), kde se klasifikují i duševní poruchy. Poruchy duševní a poruchy chování se v MKN-10, která se používá i v České republice, klasifikují pod označením F00 – F99. Jedná se o organické duševní poruchy včetně symptomatických, poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek, schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, afektivní poruchy (poruchy nálady), neurotické, stresové a somatoformní poruchy, syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, poruchy osobnosti a chování u dospělých, mentální retardace, poruchy psychického vývoje, poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání a neurčená duševní porucha (mkn10.uzis.cz).

### **2.3 Zátěžové faktory sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**

P. Scarnera a kol. (2008) ve své studii zjistili, že ovládnutí technik, které pomáhají ke zvládnutí mezilidských vztahů jako je například pracování se svými negativními emocemi a myšlenkami, které se objevují v interakci s klienty a jejich rodinami, se ukázalo jako účinné v prevenci proti syndromu vyhoření. Tento výzkum probíhal v Itálii u lidí, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním ve veřejném i soukromém sektoru. Ukazuje se, že zátěžovým faktorem pro burnout by mohlo být tedy právě nezvládnutí vlastních emocí, které se mohou objevit při komunikaci s klienty s duševním onemocněním. V tomto ohledu by se jako pomoc mohla nabízet supervize, která (pokud je dobře vedena), může poskytnout jiné pohledy na vztah pracovníka s klientem.

W. Rössler (2012) ve svém článku uvádí, že riziko syndromu vyhoření se výrazně zvyšuje zejména u zdravotních pracovníků, protože na ně působí specifické stresové faktory jako je práce v emocionálně náročném prostředí. Dle autora na pracovníky pracující s lidmi s duševním onemocněním působí podobné pracovní stresory a stejné faktory jako na zdravotníky. Několik studií identifikovalo stresory, které jsou pro práci s psychiatrickými klienty jedinečné. Jedná se zejména o stigmatizaci profese, o vztahy s náročnými klienty, o pocit ohrožení při jednání s agresivními klienty a o náročnou komunikaci s ostatními odborníky na duševní zdraví v multidisciplinárních týmech. Dalšími zdroji stresu jsou nedostatek pozitivní zpětné vazby, nízké mzdy a špatné pracovní prostředí. Největším stresorem je sebevražda u klientů, kde většina pracovníků, kteří se s tím u svých klientů setkali, vykazuje symptomy posttraumatické stresové poruchy (Rössler, 2012).

Dalším zjištěním je, že pracovníci v oblasti duševního zdraví, kteří u svých klientů nevidí zlepšení situace a pokroky ve své práci, vykazují větší riziko syndromu vyhoření. Což souvisí s nižší spokojeností se zaměstnáním, s nižší angažovaností v práci, horší atmosférou na pracovišti a tendencí k vyšší fluktuaci zaměstnanců. Z toho plyne, že by bylo výhodné mít taková pracoviště, která se soustředí na porozumění a zmírnění rizika syndromu vyhoření související s prací s klienty a pocitu neschopnosti pomoci těmto klientům (Hippel a kol., 2019).

### 3 Léčba a prevence syndromu vyhoření

Následující kapitola se věnuje léčbě a prevenci syndromu vyhoření. Jako v každé jiné profesi, je důležitá prevence před syndromem vyhoření. U sociálních pracovníků by měl být důraz na prevenci kladen ještě ve větší míře. Pokud sociální pracovník dojde až do fáze vyhoření, je třeba započít vhodnou léčbu. Obecně platí, že prevence je velmi důležitá a méně nákladná, než následné řešení vzniklých problémů a případná léčba. Mezi prevencí syndromu vyhoření patří supervize, která je v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním naštěstí již běžná a neměla by v této oblasti chybět, proto jí je v diplomové práci věnován větší prostor.

#### 3.1 Léčba syndromu vyhoření

Základem léčby syndromu vyhoření je psychoterapie. Účinnost psychoterapie závisí na úsilí jedince, který trpí syndromem vyhoření, spolupracovat s terapeutem v posilování samostatnosti při setkání s těžko zvladatelnými situacemi (Musil, 2010). „*Uzdravit se vždy znamená převzít odpovědnost, jak v rámci léčení, tak v pracovním procesu i v soukromí. Člověk se může vymanit z pocitu bezmoci, udělat ve svém životě potřebné změny a uzdravit se, jen pokud uzná svůj (ohromný) podíl na tom, proč onemocněl, a je ochotný převzít za to odpovědnost*“ (Priess, 2015, s.149). M. Jeklová (2006) považuje za důležité, aby si člověk, který se dostal do tohoto stavu uvědomil, že něco není v pořádku a že trpí syndromem vyhoření. Poté je dle ní také důležité, aby trpící člověk chtěl sám se svým stavem něco dělat a převzal osobní zodpovědnost za zotavující proces.

#### 3.2 Prevence syndromu vyhoření

„*Nejdůležitějším faktorem prevence syndromu vyhoření je práce jedince na sobě samém. K tomu patří posilování sebevědomí, sebehodnocení a potřeby ve svém povolání. Důležitou roli hrají vedoucí pracovníci, kteří musí zabezpečit vhodné pracovní podmínky pro své zaměstnance. Musí zabezpečit bezpečnost práce, nastavit jasná pravidla kariérního růstu a odměn pracovníků, zajistit pracoviště dostatečným množstvím materiálu potřebného pro výkon práce, pracovat se zaměstnanci v sociální oblasti (Team Building), podporovat důvěru zaměstnanců a být vhodným příkladem pro ostatní*“ (Blahutková a kol., 2010, s. 68).

Podle D. Švingalové (2006) může významnou úlohu při prevenci syndromu vyhoření plnit vysokoškolská příprava pracovníků pomáhajících profesí. Domnívá se, že v této oblasti má naše vysoké i střední školství velké rezervy. I v oblasti výuky psychohygieny lze nalézt

mezery, zejména ve výcviku konkrétních dovedností a návyků, jelikož jim není zatím věnována taková pozornost, jakou by si zasluhovala.

### 3.2.1 Osobnostní prevence

Následující doporučení souvisí především s prevencí a opatřeními, kterou si může ve většině případů člověk zajistit a dopřát sám, tedy jsou na úrovni osobní. Existuje úzký vztah mezi stresem a vyhořením. Stres je považován za jednoho ze spouštěčů procesu vyhoření. Stres vzniká, pokud je větší nepoměr mezi stresory (tj. zátěžové situace) a salutory (tj. strategie zvládnání stresových situací). Proto je důležitým prvkem prevence odpočinek, relaxace a pohyb. Odpočinkem se rozumí činnost diametrálně odlišná od činnosti vykonávané v zaměstnání. Relaxace je cílené uvolňování napětí v organismu. Existuje několik technik, které se lze naučit. Zadruhé je důležitá sociální opora a dobré vztahy s bližším i vzdálenějším okolím člověka. V neposlední řadě lze usilovat o to, aby pracovní podmínky v zaměstnání byly jasné, srozumitelné a pro zaměstnance přijatelné. Spadá sem například ujasnění si pracovních úkolů se zaměstnavatelem, hlídání si vlastních hranic, individuální úprava vlastního pracovního místa s dostatkem soukromí. S pracovními úkoly souvisí i to, aby zaměstnanec disponoval dostatečnými kompetencemi, dovednostmi a znalostmi, které si pracovní úvazek žádá, jelikož v opačném případě musí vynakládat mnohem větší úsilí, aby úkoly splnil dobře (Jeklová, 2006).

Je potřebné umět si udělat čas na svůj život, svoje koníčky a „své“ lidi. Člověk, který po práci zapomíná na svůj život, postupně ho ztrácí. To se může přihodit někdy na začátku pracovní kariéry, kdy velké nadšení, osobní angažovanost v kombinaci se zajímavou prací a dobrým kolektivem může zaměstnání na nějakou dobu postavit na první místo v životě člověka. Další preventivní opatření je nenosit si práci domů. Někdy bývá těžké oddělit se od těžkých lidských osudů s koncem pracovní doby. Pro koho je to obtížné, měl by si najít nějaký pomocný rituál, jak předělit svoje fungování v práci a naladit se na domov. Například procházka se psem, osprchování se doma nebo koupel, které mají fakticky i obrazně „odplavit nánosy“ z práce (Bartošíková, 2006).

### 3.2.2 Prevence na pracovišti

Existují také preventivní opatření, které může zajistit zaměstnavatel nebo vedoucí zaměstnanci. Podle I. Bartošíkové (2006) mohou vedoucí pracovníci udělat hodně pro prevenci syndromu vyhoření u svých podřízených. V prevenci se zdůrazňuje především vliv sociální opory, především opory poskytované stejně postavenými spolupracovníky. Proto se



autorce jeví důležité doporučit vedoucím pracovníkům podporovat týmovou spolupráci.

Do těchto opatření je možno zařadit též odborné supervize. To potvrzuje i M. Jeklová (2006), která považuje supervizi za pravidelnou korekci profesionálního chování a zároveň zajišťování prevence v rámci syndromu vyhoření. Supervizi popisuje jako systematickou pomoc (individuální či skupinovou), která řeší profesionální problémy v neohrožující atmosféře, která dovolí pochopit osobní, zejména emoční podíl člověka na jeho profesním problému. O. Matoušek (2013) řadí průběžnou supervizi též za jeden z nástrojů prevence syndromu vyhoření. Dále za prevenci považuje například omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby, omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty, případně omezení pracovního úvazku.

### **3.3 Supervize jako prevence syndromu vyhoření**

Supervize je jednou z forem sociální podpory, což znamená, že patří k preventivním opatřením syndromu vyhoření. Podle G. Mahrové a M. Venglářové (2008) je supervize v sociální práci již poměrně běžnou metodou profesního rozvoje pracovníků a řešení náročných situací v práci s klienty, podporuje spolupráci v týmu a je významná pro prevenci vyhoření. M. Venglářová (2013) ve své knize potvrzuje, že supervize patří mezi zdroje profesionální podpory. Supervize může pomoci stmelit, zefektivnit pracovní tým a pomoci zprůchodnit komunikaci. Slouží zároveň jako kvalitní prevence profesního vyhoření, k náhledu a reflexi profesních postojů, a jako příležitost zpracování emocionálního konfliktu spojeného s výkonem zaměstnání. Důležitý je fakt, že supervizor nemůže nikoho potrestat, vyhodit nebo sesadit (Horecký, 2008).

#### **3.3.1 Definice supervize**

Vymezit jednoduše pojem supervize není snadné, jelikož termín „supervize“, který vznikl dříve než realizace pomoci, podpory jednotlivců či týmu při práci s klienty má mnoho významů. Ty se často odvíjejí od profesních zájmů určité skupiny, která pojem používá (Broža, 2009). V odborné literatuře se setkáváme s mnoha definicemi a pohledy na základní principy supervize. Supervizi nenacházíme pouze v oblasti pomáhajících profesí, ale i v jiných oblastech. Je to proces, jehož účastníkem je tým, skupiny pracovníků či jednotlivec. Tento proces je zaměřen na reflexi profesní role, činností a aktivit spojených s pracovní pozicí. Využívá se zejména v profesích zaměřených na práci s lidmi jako je zdravotnictví,

sociální služby, řízení lidských zdrojů, oblast vzdělávání a výchovy (Venglářová, 2013). Účel supervize je vždy spojen s pracovním kontextem a kvalitou práce (Havrdová, 2008).

Pojem supervize vychází z latiny, slovo *super* znamená výše nebo přes a *visio* znamená pohled. Stejně tak lze rozumět významu supervize, která se postupně rozšiřovala a obohacovala o rozměr kvality a měřitelnosti efektivity profesněporadenské práce. O termínu supervize svědčí fakt, že jeho obsah je zatím nejasný, protože v sobě obsahuje škálu prvků jako je výuka, vedení, řízení a poradenství. Pokud by se supervize přiblížila k jednomu z uvedených prvků více, ztratila by svůj originální význam (Svobodová, 2015).

*„Supervize je systematická odborně vedená reflektivní interakce lidí směřující k prohloubení kvality práce v určité pracovní oblasti. Je uskutečňována na bázi kontraktu mezi zadavateli supervize, supervizorem a účastníky supervize a z něj se odvíjejícího pracovního spojení. Zaměřuje se na konkrétní možnosti vyladění pracovních postojů, postupů a vztahů s realizací profesionálních hodnot a cílů v pracovní situaci“* (Havrdová, 2013, s. 514). R. Pešek a J. Praško (2016) uvádějí, že supervize je forma podpory a poradenství pro lidi v pomáhajících profesích. Může mít formu individuální a skupinovou. Může se zaměřovat na případ určitého klienta nebo na vztahy s kolegy a na atmosféru v týmu.

### 3.3.2 Cíle supervize

I. Maroon (2012) uvádí několik cílů supervize, kde se jedná především o rozvíjení specifických terapeutických dovedností, které se vztahují k odkrývání emocí a ochoty přijímat péči, ke stanovování cílů, zaznamenávání veškerých fází péče a rozvíjení schopnosti používat různé metody práce. Dále o rozvíjení kritického myšlení, hodnot a schopnosti převádět teorii do praxe, schopnosti určit si vlastní směr a samostatně si osvojovat vědomosti. Patří sem i rozvoj řídicích vlastností, schopnosti komunikovat a angažovat se ve vztahu ke klientům a sociálním změnám. Pracovník čerpá poznatky, jak pracovat s klienty, jak navrhovat plány a zvládat velké množství práce, nebo jak rozvíjet administrativní dovednosti a schopnosti sebehodnocení.

Obecným účelem supervize v sociální práci je prohlubovat nebo udržovat dobrou kvalitu sociální práce a sociálních služeb ve prospěch konkrétních klientů. To může být realizováno buď supervizí zaměřenou přímo na průběh práce se sociálními případy (případovou supervizí), nebo nepřímo, supervizí zaměřenou na pracovníky a jejich hodnoty, postoje, chování vůči klientům, emoční zvládnání práce a vztahů s kolegy. Případně supervizí organizace či projektu, která zahrnuje supervizi těch, kdo se podílejí na zvládnání řídicích

procesů, rozhodují o rozdělení kompetencí a pracovních úkolů, provádějí personální práci a plánují a hodnotí činnosti (Havrdová, 2013). Z. Havrdová a M. Hajný (2008) považují za obecný účel supervize jako profesionální aktivity zlepšení či udržení kvality služby. Takového účelu lze dosáhnout různými cestami podle situace, do níž je supervize zasazena.

Prioritou supervize je profesionální rozvoj pracovníka, zejména v těchto oblastech (Horecký, 2008):

- Rozšiřování a získávání nových dovedností
- Pomoc při řešení obtížných případů
- Zvládání emočně náročných a stresujících situací
- Vzdělávací funkce, především u začínajících pracovníků

Podle J. Horeckého (2008) mezi cíle supervize patří zlepšení pracovní situace, pracovní atmosféry, organizace práce a kompetencí odpovídajících specifickým úkolům.

*„Supervize nabízí sociálnímu pracovníkovi nebo studentovi sociální práce především zastavení a reflektující odstup od toho, co v komplexních vztazích a situacích ve své profesi prožívá, dělá a učí se. Z tohoto odstupu jej vede ke zpětnému zaměření na proběhlé pracovní události, k jejich kognitivnímu i emočnímu zpracování a sdílení vnitřní zkušenosti ve společenství se supervizorem, popř. dalšími účastníky supervize. Pracovník má tak možnost se ve své situaci lépe orientovat, získat podporu a zpětnou vazbu, ujasnit si možnosti, vlastní priority, hodnoty profese i zaměstnavatelské organizace a vzájemně je podle reálných možností sladit, resp. nacházet kompromisy, které nejméně škodí a nejvíce prospívají klientům. Získaná orientace mu také pomáhá se zaměřit na případné změny jednání v budoucnu, konzultovat jejich varianty či si je v supervizi modelově vyzkoušet“* (Havrdová, 2013, s. 358-359).

### 3.3.3 Formy supervize

Dle literatury nepanuje shoda v jednotné členění supervize, a proto je obtížné určité formy zobecnit. Autoři uvádějí různé druhy supervize podle toho, z jakých úhlů, resp. faktorů na ně pohlížejí.

V anglosaské a německé supervizní literatuře lze rozlišit tři hlavní formy uspořádání supervize. První z nich se rozvinula v souvislosti se vzděláváním sociálních pracovníků a další dvě se týkají hotových odborníků a jsou odvozeny od postavení a role supervizora vůči organizaci (Havrdová, 2013). V Českém prostředí se jedná o vzdělávací, interní a externí supervizi (Havrdová a Hajný in Matoušek, 2013, s. 363).

Podle Z. Havrdové (2008) v kontinentální Evropě převládá model externí supervize. Rozděluje druhy supervize podle toho, KDO supervizi provádí (externí, interní), S KÝM je supervize prováděna (individuální, skupinová, týmová), O ČEM supervize je (případová, poradenská, programová), JAK je supervize prováděna (administrativní, výuková, podpůrná) a KDY je supervize prováděna (pravidelná, příležitostná, krizová).

J. Horecký (2008) rozlišuje supervize na autovize, individuální, skupinové, týmové supervize a supervize sítí. V následujících podkapitolách jsou vysvětleny některé vybrané formy.

### 3.3.4 Supervize interní a externí

Jedna varianta interní supervize je, že supervizor je zároveň vedoucí zaměstnanec organizace, v níž působí. Tento model je rozšířen zejména v anglicky hovořících zemích, v českém prostředí ho obvykle nazýváme jako manažerská supervize. Druhá varianta je situace, kdy supervizor není nadřízeným supervidovaných pracovníků, ale je zaměstnancem organizace, kde provádí supervizi (Havrdová, 2013). Výhodou interní supervize je to, že supervizor zná prostředí dané organizace, její poslání a služby a je pro organizaci méně nákladný než externí supervizor. Ale to, co je výhodou, může být současně i nevýhodou. Může zde být vyšší riziko osobní angažovanosti v některých problémech a konfliktu rolí v případě, že na pracovišti vykonává i jinou činnost. Externí supervizor není svázan s organizací jinak než supervizní smlouvou, takže splňuje předpoklad odstupu od problému. Současně to však samozřejmě znamená, že disponuje menší znalostí prostředí, což může být na jednu stranu znesnadňující, ale na druhou stranu k němu mají obvykle pracovníci větší důvěru. Služby externího supervizora jsou pro organizaci nákladnější (Mojžíšová, 2008).

Podle Z. Havrdové (2013) je hlavní nevýhodou externí formy supervize to, že supervizor nemůže garantovat kvalitu praxe a je zcela odkázán pouze na to, co supervizanti sami do supervize přinesou a jak s případnými poznatky dále naloží. E. Smékalová (2008) uvádí, že v našich podmínkách se za supervizi považuje pouze externí forma a uvnitř organizace je možné provádět tzv. intervizi, což znamená společné setkání pracovníků nad nějakým problémem nebo s cílem zhodnotit dosavadní práci, kde pověřený pracovník setkání moderuje a dohlíží na efektivní průběh. Též uvádí, že supervize vedená vedoucím pracovníkem u nás není příliš uznávaná, jelikož neumožňuje pocit bezpečí a pro vedoucího pracovníka může být obtížné přijmout dvojí roli – vedoucího a vyžadujícího na jedné straně a chápajícího a podporujícího na straně druhé.

### 3.3.5 Supervize individuální, skupinová a týmová

Podle J. Horeckého (2008) spočívá individuální supervize ve strukturovaném kontaktu supervizora pouze s jedním pracovníkem a je zaměřena na individuální výkon profesionální role, zatímco skupinovou supervizi se rozumí supervize skupiny pracovníků, kteří netvoří pracovní tým. To znamená, že nepocházejí z jednoho pracoviště, ani nepracují na řešení stejného úkolu. Často se však jedná o skupiny pracovníků stejné profese nebo ze stejných typů zařízení (např. kontaktní centra, azylové domy). J. Horecký považuje za výhodu individuální supervize to, že pozornost supervizora může být plně věnována jednomu člověku, proces je přehlednější a snadněji se řídí. Nevýhodou je finanční stránka a závislost kvality supervize na dovednostech supervizora. Autor zmiňuje jako výhodu skupinové supervize, narozdíl od individuální supervize, možnost obsáhnout větší množství supervidovaných a za slabé místo považuje malou míru pozornosti věnovanou pasivním účastníkům, soupeření supervidovaných mezi sebou nebo problém důvěry.

Skupinová supervize může využívat prvky balintovských skupin, pro kterou je charakteristická vysoká míra strukturovanosti. Obsahuje pět na sebe navazujících fází, jejichž pořadí je předem jasně dáno, takže každý účastník ví, jak bude supervize probíhat a co se od něj v které fázi očekává (Mojžíšová, 2008).

Týmová supervize se provádí s celým týmem pracovníků, kteří pracují ve stejném zařízení a zaměřuje se na rozvoj týmu, nebo na řešení problematických situací a případů. Podle toho se může dělit na rozvojovou nebo případovou supervizi (Smékalová, 2008). Týmová supervize se zaměřuje na činnost týmu jako celku a jeho efektivitu. V případě potřeby je možné provést i individuální případovou supervizi některého ze člena týmu. Týmovou supervizi provádí externí supervizor (Mojžíšová, 2008). Nevýhody supervize týmové jsou podobné jako u supervize skupinové, tj. menší ochota otevírat se mezi více lidmi nebo obava z kritiky apod., ale pokud je v týmu dobrá atmosféra, tak se tyto obavy mohou překonat snadněji než ve skupině zcela cizích lidí. Výhody jsou rozvíjení týmu, společné řešení problémů a s tím související lepší zvládnání úkolů týmu (Smékalová, 2008).

## **EMPIRICKÁ ČÁST**

### **4 Výzkumné šetření**

V praktické části diplomové práce byl pomocí kvantitativní metody zjišťován výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním. Jako výzkumný nástroj byla použita česká verze dotazníku Shirom-Melamedovy škály vyhoření (SMBM), kterou přeložili PhDr. Iva Šolcová, Ph.D., a profesor PhDr. Vladimír Kebza, CSc. Jelikož původní odkaz, kde měl být dotazník volně dostupný nefungoval, obrátili jsme se přímo na PhDr. I. Šolcovou, Ph.D., která nám dotazník poskytla.

#### **4.1 Cíle výzkumu**

V diplomové práci byl stanoven hlavní cíl výzkumu a dílčí cíle. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, v jaké míře se u sociálních pracovníků v komunitních službách objevuje syndrom vyhoření, a jestli se objevuje ve vyšší míře než u pracovníků jiných profesí. Dílčím cílem bylo pokusit se odpovědět na to, zda by syndrom vyhoření u respondentů mohl korelovat s pohlavím, věkem, pracovním kolektivem, délkou setrvání v aktuálním zaměstnání, absencí supervizí v zaměstnání nebo počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka. Vycházelo se především z teoretické části této práce (Hippel a kol., 2019; Kašpárková, 2013; Matoušek, 2013; Rössler, 2012; Scarnera a kol., 2008; Jeklová, 2006; Bartošíková, 2006; Stock, 2010). Dílčí cíle nelze brát univerzálně, jelikož příčin syndromu vyhoření může být více a jedná se o velmi individuální záležitost, kterou nelze z dotazníku vyčíst. Ke zjištění souvislostí syndromu vyhoření by byl vhodný dodatečný rozhovor s respondenty, kterým vyšlo vyšší skóre, což v tomto výzkumu nebylo možné, jelikož dotazník byl zcela anonymní, proto respondenty s vyššími výsledky nebylo možné dohledat. Dalším cílem bylo zjistit, jaké nejčastější důvody považují sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním za zdroje stresu v jejich zaměstnání.

#### **4.2 Stanovení hypotéz**

H1: Sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vykazují vyšší míru syndromu vyhoření než pracovníci jiných profesí.

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a pohlavím sociálních pracovníků.

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a věkem sociálních pracovníků.

H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi nespokojeností sociálních pracovníků v jejich pracovním kolektivu a syndromem vyhoření.

H5: Existuje statisticky významná souvislost mezi délkou setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání a syndromem vyhoření.

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka.

### **4.3 Výzkumné metody**

V diplomové práci byl ke zjištění údajů použit kvantitativní výzkum a výzkumným nástrojem byl standardizovaný dotazník Shirom-Melamedovy škály vyhoření v české verzi obsahující 14 položek v rozmezí sedmi stupňové škály. Každá odpověď má určité bodové ohodnocení, které se sčítá. Body se sčítaly podle odpovědí u všech 14 otázek. V každé otázce byly sečteny skóry bodů dle stanovených pravidel. Nejvyšší možný skór za jednu odpověď byl 7 a nejmenší 1. Z těchto bodů byl aritmetickým průměrem stanoven výsledek. Čím vyšší skór vyjde, tím vyšší je úroveň syndromu vyhoření (Ptáček, 2017).

Do výzkumu byla zařazena experimentální a kontrolní skupina. Každé skupině respondentů byl rozeslán dotazník Shirom-Melamedovy škály vyhoření. Dotazníky se odlišovaly v úvodních otázkách, které zjišťovaly potřebné údaje o respondentech.

Dotazník, který byl rozeslán sociálním pracovníkům pracujícím s lidmi s duševním onemocněním, se skládal ze dvou částí. První část dotazníku byla vytvořena za účelem zjištění důležitých údajů o respondentech, které sloužily k dosažení dílčích cílů. Jednalo se o uzavřené či otevřené otázky, které zjišťovaly věk, pohlaví, spokojenost v pracovním kolektivu, délku praxe v organizaci, největší zdroj stresu v zaměstnání, přítomnost supervizí v organizaci a počet klientů na jednoho pracovníka. Druhou část dotazníku tvořila již zmíněná česká verze Shirom-Melamedovy škály vyhoření.

V první části dotazníku jsme se ptali na největší zdroj stresu sociálních pracovníků v jejich zaměstnání. Jelikož se jednalo o otevřenou otázku a odpovědi byly velmi rozmanité, k vyhodnocení jsme použili techniku otevřeného kódování. R. Švaříček a K. Šeďová (2007) uvádí, že kódování jsou operace, pomocí nichž lze údaje rozebrat, konceptualizovat a složit novým způsobem. Analyzovaný text nejprve rozdělíme na jednotky (slovo, sekvence slov, věta, odstavec) a každé takto vzniklé jednotce přidělíme nějaký kód (jméno, označení). Postupujeme tak, že do datového záznamu vepisujeme značky pro ohraničení jednotek a názvy kódů. Postupně zjišťujeme, že se informace v různých modifikacích opakují a

označujeme je kódy, které jsme vytvořili již dříve. Ke kódům se postupně vracíme a přejmenováváme je dle potřeby. Nakonec kódy seskupujeme dle podobností do kategorií. Tímto způsobem, popisovaným R. Švaříčkem a K. Šedřovou, jsme postupovali i v našem výzkumu, s tím rozdílem, že jsme si jednotky v datovém záznamu označili různými barvami a každému kódu jsme přiřadili barvu. Ve výsledných tabulkách v podkapitole 4.6.4 jsme pro zajímavost uvedli kategorie i s jejich kódy.

Dotazník, který byl rozeslán kontrolní skupině se skládal též ze dvou částí. První část zjišťovala demografické údaje jako je věk, pohlaví, nejvyšší dosažené vzdělání a profese. Cílem bylo získat vzorek respondentů, který se statisticky významně neodlišuje od experimentální skupiny, ale zároveň se nejedná o sociální pracovníky v komunitních službách. Druhá část dotazníku zkoumala jejich míru vyhoření pomocí Shirom-Melamedovy škály vyhoření. Oba dotazníky lze nalézt v příloze této diplomové práce.

#### 4.3.1 Česká verze Shirom-Melamedovy škály vyhoření

Jak již bylo zmíněno, česká verze Shirom-Melamedovy škály vyhoření je standardizovaný dotazník, pomocí kterého lze určit míru syndromu vyhoření. Obsahuje 14 položek, kde prvních 6 otázek postihuje fyzickou únavu, dalších 5 otázek zjišťuje kognitivní únavu a poslední 3 otázky emoční vyčerpání. Respondent odpovídá na otázky pomocí sedmistupňové škály, kde číslo 1 znamená nikdy nebo téměř nikdy a číslo 7 znamená vždy nebo téměř vždy. Vyšší skóre značí vyšší úroveň vyhoření. Tato česká verze prošla studií, která ověřila její psychometrické vlastnosti (Ptáček a kol., 2017). Skóre se pohybuje od 14–98 bodů. Celkový výsledek se zjistí aritmetickým průměrem všech odpovědí. Pomocí aritmetického průměru lze zjistit i výsledky jednotlivých kategorií (fyzická únava, kognitivní únava a emoční vyčerpání).

Shirom-Melamedova škála vyhoření nemá pevně stanovené hranice pro určení míry vyhoření, což může být pro statistické zpracování vnímáno jako nevýhoda. Å. Lundgren-Nilsson a kol. (2012) ve své studii využil tzv. „cut point“ 4,4 bodů. B. Vlachovská (2011) ve své práci použila hraniční hodnotu 4 bodů. M. Fialová (2017) si původně stanovila též za hraniční bod hodnotu 4, avšak poté na základě dodatečných rozhovorů vyhodnotila, že hraniční hodnota odpovídá spíše 4,4 bodů. Přestože Lundgren-Nilsson a kol. (2012) zkoumal validitu starší verze dotazníku, která obsahovala 22 položek, tak Ptáček a kol. (2017) zmiňují, že tyto výsledky podporují revidovanou verzi dotazníku. Jelikož se nedohledal výzkum na české populaci, který by využíval „cut point“ a mohl být porovnán s naším



výzkumem, získal se vlastní kontrolní vzorek, který se dle demografických parametrů (věk, pohlaví, vzdělání) statisticky významně neodlišoval od vzorku experimentálního.

#### **4.4 Výzkumný vzorek**

Dotazník sociálním pracovníkům pracujícím s lidmi s duševním onemocněním byl rozeslán elektronickou formou emailem v době od 22.2.2021 do 30.3.2021. Dotazníky byly rozeslány do různých organizací, které mají za cílovou skupinu právě lidi s duševním onemocněním a působí v České republice. Kontakty na sociální pracovníky byly dostupné vždy na webových stránkách dané organizace. Pokud kontakty na pracovníky chyběly, byl osloven ředitel nebo vedení organizace, kteří kontakty poskytli, případně dotazníky rozeslali mezi ostatní. Podařilo se oslovit více než 50 organizací a jejich poboček. Odpovědělo 250 respondentů, z toho se 2 vyřadili z důvodu nepřesné odpovědi na věk a délku setrvání v aktuálním zaměstnání. Do výsledného vyhodnocení bylo nakonec zařazeno 248 odpovědí od 38 mužů a 210 žen. Sociálních pracovníků mužského pohlaví bylo znatelně méně, což odpovídá i tomu, že v tomto zaměstnání převládá především ženské pohlaví. Věkový průměr byl 35 let, nejmladšímu respondentovi bylo 20 let a nejstaršímu 61 let.

Druhý výzkumný vzorek, který ve výzkumu sloužil jako vzorek kontrolní, byl získán též elektronickou formou v době od 19.7.2021 do 26.7.2021. Využita byla sociální síť Facebook, kam se dotazník rozeslal do různých zájmových skupin s cílem získat respondenty, kteří se statisticky neodlišují od respondentů z experimentálního vzorku. To znamená převaha žen s jinou profesí než sociální pracovníci v komunitních službách, s alespoň vyšším odborným vzděláním a průměrem věku 35 let. Jelikož se původně přes sociální síť Facebook nepovedlo získat vzorek, který by se statisticky neodlišoval od experimentální skupiny, co se týká demografických parametrů (pohlaví, věk, vzdělání), musel se zbytek respondentů získat cíleně. K dosbírání vzorku se využila síť kontaktů a známých, kterými jsme disponovali. Podařilo se získat 40 odpovědí od 7 mužů a 33 žen. Věkový průměr byl 34,5 let, nejmladšímu respondent dosáhl 22 let a nejstarší 63 let.

#### **4.5 Realizace výzkumu**

Ve výzkumu jsme použili dva dotazníky. Oba obsahovaly standardizovaný dotazník Shirom-Melamedovy škály vyhoření, ale odlišovaly se v úvodních doplňujících otázkách. První dotazník byl rozeslán experimentální skupině, což byli sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním. Druhý dotazník vyplňovala kontrolní skupina, která se

statisticky neodlišovala od experimentální skupiny v demografických parametrech (pohlaví, věk, vzdělání).

První dotazník byl rozeslán emailem každému sociálnímu pracovníkovi oslovené organizace, která se zabývá lidmi s duševním onemocněním. Osloveno bylo 53 organizací, včetně jejich středisek a Center duševního zdraví. Organizace, která byla nejpočetnější, co se sociálních pracovníků a středisek týče, se nazývá Fokus. Fokus vznikl začátkem 90. let v Praze a rozšířil svou činnost do regionů Mladá Boleslav, Liberec, Ústí nad Labem a Vysočina. Postupem času přibývaly další Fokusy – Turnov, Písek, Tábor, České Budějovice a Opava (fokus-mb.cz). Další oslovené organizace byly například BONA o.p.s., Ledovec z.s. nebo Péče o duševní zdraví z.s. Jak již bylo zmíněno, každý sociální pracovník byl osloven prostřednictvím emailu, ve kterém byl obeznámen s účelem dotazníku, informován o jeho anonymitě a požádán o vyplnění. Elektronická forma rozesílání dotazníků se zvolila z důvodu snazšího a rychlejšího oslovení, co největšího počtu organizací, a zároveň kvůli situaci s opatřeními Covid-19.

Do výsledného vyhodnocení bylo nakonec zařazeno 248 respondentů. Při rozesílání dotazníků nedošlo k žádnému problému a někteří respondenti dokonce poskytli pozitivní zpětnou vazbu. Jedna sociální pracovnice přes email dokonce odpověděla, že situace ohledně Covid-19 by mohla výsledky zkreslit, jelikož jsou všichni v této době více vyčerpaní a v organizaci přibývá práce. Ať už s klienty v karanténě či jejich testováním, s testováním pracovníků nebo dezinfekcí prostor. To vše, dle ní, k syndromu vyhoření velmi přispívá.

Po získání dat od experimentální skupiny – sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním, bylo potřeba získat data od kontrolní skupiny – lidí, kteří se od experimentální skupiny dle demografických parametrů statisticky významně neliší. Kritéria byla stanovena pro respondenty s dokončenou alespoň vyšší odbornou školou, převahou ženského pohlaví, s průměrem věku 35 let a jakoukoliv jinou profesí, než je sociální práce v komunitních službách. Dotazník byl zveřejněn na sociální síti Facebook v různých skupinách, aby byl výběr co nejvíce náhodný. Jednalo se především o zájmové skupiny a skupiny zaměřené přímo na vyplňování dotazníků. K odkazu na dotazník byl napsán požadavek, aby dotazníky vyplňovali pouze pracující lidé s ukončenou alespoň vyšší odbornou školou. Přesto 5 respondentů bylo vyřazeno z důvodu nižšího vzdělání nebo neodpovídající profese (např. studenti). Jelikož přes Facebookové skupiny na dotazník odpovídali respondenti zcela náhodně, nepodařilo se touto formou získat stejný výzkumný vzorek, který by parametry odpovídal experimentální skupině. Především věkový průměr

byl nižší. Proto se zbytek dotazníků rozeslal cíleně lidem, kteří parametrům odpovídali. Doplňili tak vzorek o potřebné údaje a vyrovnali průměr věku a pohlaví. Podařilo se získat 40 odpovědí od 7 mužů a 33 žen, které se statisticky významně neodlišují od skupiny experimentální. Oba dotazníky byly zkonstruovány a vyplňovány přes webový portál [www.survio.cz](http://www.survio.cz).

#### 4.5.1 Analýza dat

Ke statistické kontrole, zda mezi oběma vzorky není statisticky významná odlišnost v zastoupení pohlaví, byl použit McNemarův chí-kvadrát test. Ke kontrole, zda mezi experimentální a kontrolní skupinou není statisticky významná odlišnost v zastoupení věku byl aplikován dvouvýběrový t-test. Ke statistickému testování hypotézy H1 byl využit Mann-Whitneyův U test a k testování hypotéz H2 – H6 jsme použili Spearmanův koeficient pořadové korelace. Odpovědi z dotazníku byly vyhodnoceny v aplikaci Microsoft Office Excel a statistika ve statistickém programu Statistica.

#### 4.5.2 Doplnující kvalitativní šetření

Kvalitativním šetřením se analyzovala otevřená otázka zjišťující zdroje stresu v zaměstnání sociálních pracovníků. Použila se technika otevřeného kódování, kde se postupně vytvářely kódy, které se přiřazovaly k jednotkám (slovům či větám). Každému kódu a jednotce byla přiřazena barva pro lepší přehlednost datového záznamu. Dále se kódy systematicky kategorizovaly. Tak vznikly kódy a kategorie, které jsou zobrazeny v kapitole 4.6.4. Kódy a kategorie nám ukazují, co náš výzkumný vzorek považuje za nejvíce stresující v aktuálním zaměstnání při práci s lidmi s duševním onemocněním.

### 4.6 Výsledky

Na dotazník rozeslaný sociálním pracovníkům pracujícím s lidmi s duševním onemocněním odpovědělo 250 respondentů. Dva respondenti byli vyřazeni. Do výsledného vyhodnocení vstoupilo 248 respondentů.

Na dotazník určený kontrolní skupině odpovědělo 45 respondentů. 5 respondentů bylo vyřazeno, protože vzděláním a profesí neodpovídali vybraným kritériím. To znamená neměli dokončenou alespoň vyšší odbornou školu a nebyli zaměstnaní, případně pracovali též jako sociální pracovníci. Do výsledného vyhodnocení vstoupilo 40 respondentů. Počet získaných dat od experimentální a kontrolní skupiny je zobrazen v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Experimentální a kontrolní skupina

Výzkumný vzorek	Počet
Experimentální skupina	248
Kontrolní skupina	40

#### 4.6.1 Srovnání experimentálního a kontrolního vzorku

Do výzkumu vstoupilo 248 respondentů z experimentální skupiny a 40 respondentů z kontrolní skupiny. Ke statistické kontrole, zda se vzorky statisticky významně neodlišují byl aplikován test dle uvedených parametrů: pohlaví, věk. Na kontrolu statisticky významné souvislosti ve vzdělání nebylo potřeba aplikovat test, jelikož byli do vzorku cíleně vybráni lidé s ukončeným alespoň vyšším odborným vzděláním, což odpovídá potřebnému minimálnímu vzdělání pro výkon sociálních pracovníků.

Na kontrolu, zda mezi vzorky experimentální a kontrolní skupiny není statisticky významná odlišnost v zastoupení pohlaví byl aplikován McNemarův chí-kvadrát test. Při testování na hladině významnosti 0,05 nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami v zastoupení pohlaví (McNemarův chí-kvadrát,  $p=0,8149$ ). Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Chí-kvadrát tabulka 2x2

	Kontrolní skupina	Experimentální skupina
<b>Ženy</b>	35	210
Procent z celku	12 %	73 %
<b>Muži</b>	5	38
Procent z celku	2 %	13 %
<b>Muži + ženy celkem</b>	40	248
Procent z celku	14 %	86 %

Při testování na hladině významnosti 0,05 nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami v zastoupení pohlaví (McNemarův chí-kvadrát,  $p=0,8149$ ).

Co se týká statisticky významného rozdílu podle věku, mezi oběma skupinami nebyl rovněž zjištěn statisticky významný rozdíl. Aplikován byl dvouvýběrový t-test. Přehled nalezneme v tabulce č. 3.

Tabulka č.3: Výsledky dvouvýběrového t-testu

	Průměr experimentální skupina	Průměr kontrolní skupina	t	sv	p
věk	34,80645	34,5	0,199861	286	<b>0,841731</b>

#### 4.6.2 Demografické charakteristiky experimentální a kontrolní skupiny

Od experimentální skupiny jsme získali 210 odpovědí od žen (84,7 %) a 38 od mužů (15,3 %). Přehled je uveden v tabulce č. 4:

Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů (experimentální vzorek)

Pohlaví respondentů	Počet	Procenta
Ženy	210	85 %
Muži	38	15 %
Celkem	248	100 %

Od kontrolní skupiny jsme získali odpovědi od 33 žen (82,5 %) a 7 mužů (17,5 %). Přehled je uveden v tabulce č. 5:

Tabulka č. 5: Pohlaví respondentů (kontrolní vzorek)

Pohlaví respondentů	Počet	Procenta
Ženy	33	83 %
Muži	7	17 %
Celkem	40	100 %

Věk sociálních pracovníků se pohyboval v rozmezí od 20 do 61 let. Průměrný věk byl 35 let. V dotazníku se jednalo o otevřenou otázku. Podrobnější přehled je zobrazen

v tabulce č. 6. Pro lepší přehlednost byl v tabulce věk rozdělen do 5 kategorií, ale při statistickém výpočtu věk členěn do kategorií nebyl.

Tabulka č. 6: Věk respondentů (experimentální vzorek)

Věk respondentů	Ženy	Ženy procenta	Muži	Muži procenta	Celkem	Procenta
20-30 let	88	41,9 %	12	31,6 %	100	40,3 %
31-40 let	77	36,7 %	12	31,6 %	89	35,9 %
41-50 let	37	17,6 %	11	28,9 %	48	19,4 %
51-60 let	8	3,8 %	2	5,3 %	10	4 %
> 60 let	0	0 %	1	2,6 %	1	0,4 %
	<b>210</b>	100 %	<b>38</b>	100 %	<b>248</b>	100 %
Průměrný věk	<b>34 let</b>		<b>38 let</b>		<b>35 let</b>	

V tabulce č. 7 je zobrazen přehled věku u respondentů jiných profesí, než je sociální práce v komunitních službách neboli kontrolního vzorku tohoto výzkumu. Vzorek byl cíleně vybrán tak, aby se statisticky významně neodlišoval od věkového rozložení mužů i žen v experimentální skupině sociálních pracovníků. Pro lepší přehlednost tabulky byl věk rozdělen do stejných kategorií jako u experimentální skupiny, ale při testování hypotéz nebyl věk členěn do kategorií.

Tabulka č. 7: Věk respondentů (kontrolní vzorek)

Věk respondentů	Ženy	Ženy procenta	Muži	Muži procenta	Celkem	Procenta
20-30 let	17	52 %	3	43 %	20	50 %
31-40 let	9	27 %	2	29 %	11	28 %
41-50 let	4	12 %	0	0 %	4	10 %
51-60 let	3	9 %	1	14 %	4	10 %
> 60 let	0	0 %	1	14 %	1	2 %
	33	100 %	7	100 %	40	100 %
Průměrný věk	<b>33 let</b>		<b>40 let</b>		<b>34,5 let</b>	

#### 4.6.3 Výsledky dotazníkového šetření – doplňující otázky

Následující data se týkají již pouze experimentální skupiny, která v dotazníku byla tázaná na doplňující informace. Jedna z nich byla otázka na to, zda sociálním pracovníkům pracujícím s lidmi s duševním onemocněním v jejich zaměstnání poskytují **supervize**. Původní záměr bylo zjistit, zda existuje statisticky významná souvislost mezi vyhořením a (ne)poskytováním supervize, ale všichni respondenti odpověděli, že supervize v zaměstnání mají. Proto se tímto zjištěním ve výzkumu již dále nebudeme zabývat. Přehled je uveden v tabulce č. 8.

Tabulka č. 8: Přítomnost supervize u sociálních pracovníků

Přítomnost supervize	Ženy	Muži	Počet	Procenta
ANO	210	38	<b>248</b>	100 %
NE	0	0	<b>0</b>	0 %

Další otázka zjišťovala pro kolik klientů je daný sociální pracovník jejich **klíčovým pracovníkem**. Otázka byla uzavřená a výběrová. Respondenti mohli vybírat ze 4 kategorií. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 9.

Tabulka č. 9: Počet klientů na sociálního pracovníka

Počet klientů	Počet	Procenta
0-5 klientů	77	31 %
6-10 klientů	61	24,6 %
11-15 klientů	56	22,6 %
16 a více klientů	54	21,8 %
Celkem	248	100 %

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, jestli se syndromem vyhoření souvisí **(ne)spokojenost sociálního pracovníka v jeho pracovním kolektivu**. V dotazníku respondenti odpovídali na uzavřenou výběrovou otázku, zda jsou spokojeni ve svém pracovním kolektivu. Odpověď mohli buď rozhodně ano, spíše ano, spíše ne nebo rozhodně ne. Nejvíce respondentů odpovědělo rozhodně ano a nejméně rozhodně ne. Konkrétní výsledky zobrazuje tabulka č. 10.

Tabulka č. 10: Spokojenost sociálních pracovníků v pracovním kolektivu

Spokojenost v pracovním kolektivu	Počet	Procenta
Rozhodně ano	135	54,4 %
Spíše ano	94	38 %
Spíše ne	13	5,2 %
Rozhodně ne	6	2,4 %
Celkem	248	100 %

**Délka setrvání v aktuálním zaměstnání** byla též důležitou otázkou. Tato otázka byla otevřená a zjišťovala, jak dlouho jsou sociální pracovníci zaměstnaní v aktuálním zaměstnání – neboli jak dlouhou praxi v organizaci mají. Přehled výsledků jsme pro zjednodušení rozřadili do kategorií, ale při testování hypotézy jsme kategorie nepoužívali. Nejkratší doba zaměstnání v aktuální organizaci byl 1 měsíc a nejdelší 15 let. Průměr 3,5 let. Výsledky nalezneme v tabulce č. 11.

Tabulka č. 11: Délka setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání

Délka praxe	Počet	Procenta
Do 2 let	93	38 %
Od 2 do 5 let (včetně)	102	41 %
Od 6 do 10 let (včetně)	40	16 %
Více než 10 let	13	5 %
Celkem	248	100 %

#### 4.6.4 Výsledky kvalitativní části výzkumu

Dotazník obsahoval otevřenou otázku na **zdroj největšího stresu v zaměstnání**. Jelikož otázka byla otevřená a odpovědi velmi rozmanité, analyzovala se otázka zvlášť jako kvalitativní část výzkumu.

Nejvíce odpovědí na zdroj největšího stresu se týkalo práce s cílovou skupinou – lidí s duševním onemocněním. Tuto odpověď napsalo celkem 92 respondentů z 248, což je **37 % respondentů z celkového počtu**. Odpovědi se rozdělily na kódy a na kategorie.

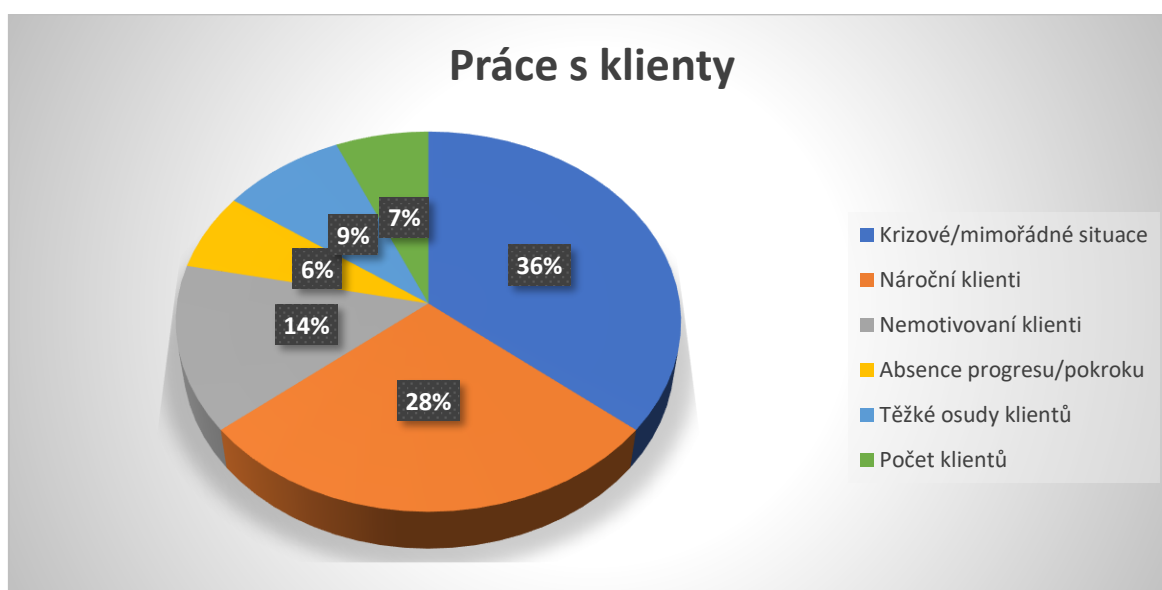


Z výzkumu vyšlo, že krizové nebo mimořádné situace jsou největším stresorem pro kategorii práce s klienty. Odpovědělo tak 33 respondentů. Mezi tyto mimořádné situace se řadí náhlé zhoršení zdravotního stavu klienta, náhlá hospitalizace, nečekané události a problémy, které si žádají flexibilní řešení a reakci sociálního pracovníka. Druhým největším stresorem v této kategorii byli nároční klienti. Odpovědi se týkaly klientů, kteří mají náročné až nesplnitelné požadavky, jsou agresivní nebo jinak nároční. Pozornost si zaslouží i kód nemotivovaný klient, kterou jako největší zdroj stresu uvedlo 13 respondentů. Nemotivovaní klienti respondenty frustrují nebo v nich vyvolávají jiné nepříjemné emoce, které jsou způsobeny jejich marnou snahou. Jako další důvody stresu respondenti uváděli absenci progresu, těžké životní osudy klientů, kterým každodenně v zaměstnání čelí, ale i malý nebo velký počet klientů. Malý počet klientů berou paradoxně také za zdroj stresu, jelikož tím například nesplňují pravidla projektu a jsou za to kontrolováni ze strany donátorů. Přehled kategorie a kódů je zobrazen v tabulce č. 12 a v grafu č. 1.

Tabulka č. 12: Zdroj stresu – práce s klienty

<b>Práce s klienty</b>	Počet
Krizové/mimořádné situace	33
Nároční klienti	26
Nemotivovaný klient	13
Absence progresu/pokroku	6
Těžké osudy klientů	8
Počet klientů	6
Celkem	92

Graf č. 1: Zdroj stresu – práce s klienty



Jako významný faktor stresu v zaměstnání s lidmi s duševním onemocněním v našem výzkumném souboru byla zjištěna byrokracie a administrativní problémy. Respondenti v našem vzorku si stěžovali na množství administrativy, která jim bere čas, který by mohli využít smysluplněji a na byrokratické požadavky, nejen projektů. Celkově byrokracii a administrativu jako zátěž bere 41 respondentů z 248, tedy **17 % respondentů**. Výsledky jsou zobrazeny v tabulce č. 13.

Tabulka č. 13: Zdroj stresu – byrokracie

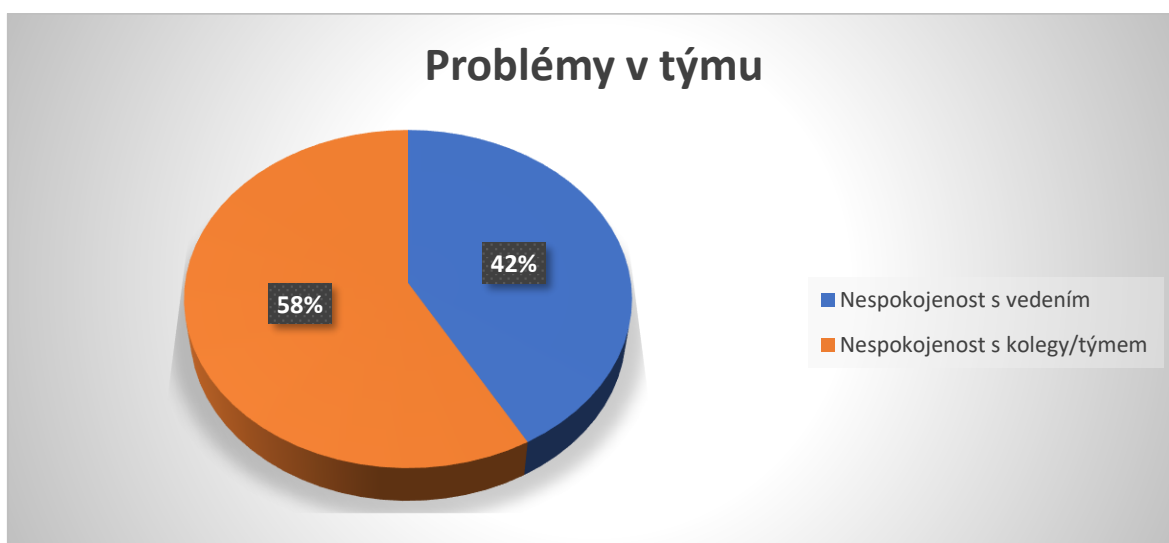
Byrokracie	Počet
Byrokracie/administrativa	41

Nebylo překvapením, že sociální pracovníci považují za zdroj stresu v zaměstnání problémy v týmu či pracovním kolektivu a nespokojenost s vedením. 55 respondentů z 248 uvedlo jako největší zdroj stresu nějaké problémy v týmu, což je **22 % z celkového počtu** respondentů. 23 respondentů je nespokojeno s vedením, ať již se svým vedoucím nebo vyšším vedením organizace. Někteří považují svého vedoucího jako nekompetentní osobu v této roli. 32 pracovníků shledává za zdroj stresu neshody s kolegy nebo celkovou prací a neshody v týmu. 1 respondent dokonce uvedl, že u nich v organizaci probíhá šikana na pracovišti. Přehled je uveden v tabulce č. 14 a grafu č. 2.

Tabulka č. 14: Zdroj stresu – problémy v týmu

Problémy v týmu	Počet
Nespokojenost s vedením	23
Nespokojenost s kolegy/týmem	32
Celkem	55

Graf č. 2: Zdroj stresu – problémy v týmu

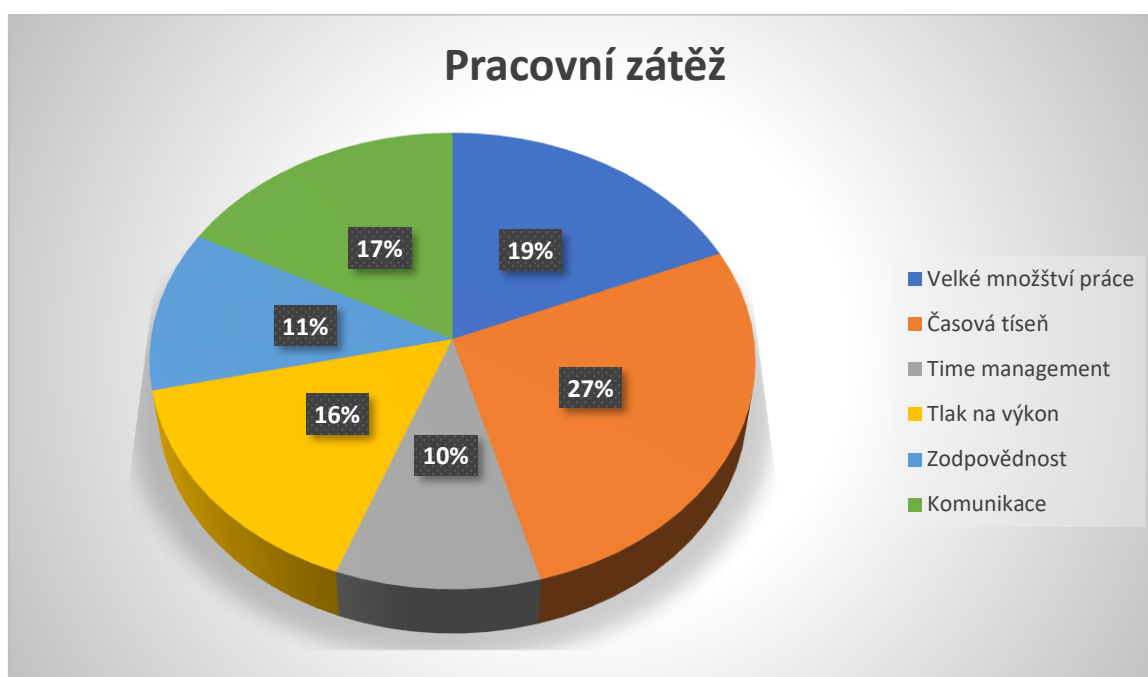


19 respondentů pociťuje v zaměstnání časovou tíseň, která v nich vyvolává stres. 13 respondentů za stresující považuje velké množství práce, které je zahlcuje a nestíhají. Dalších 11 respondentů za největší zdroj stresu považuje tlak na výkon, který je na ně vyvíjen. 7 respondentů je nejvíce ve stresu z plánování času a organizace práce. Pro 12 respondentů je stresující špatná komunikace, případně jednání s jinými subjekty, například s úřady či rodinou klienta. Zodpovědností se rozumí rozhodování v náročných situacích, strach z toho, že člověk něco zapomene nebo zanedbá, případně si není jistý postupem nebo pochybuje o svých schopnostech a dovednostech. To si myslí 8 respondentů. Dohromady se jedná o 70 respondentů, kteří uvedli jako zdroj stresu nějakou pracovní zátěž – **28 % z celkového počtu 248**. Přehled je zobrazen v tabulce č. 15 a grafu č. 3.

Tabulka č. 15: Zdroj stresu – pracovní zátěž

Pracovní zátěž	Počet
Velké množství práce	13
Časová tíseň	19
Time management	7
Tlak na výkon	11
Zodpovědnost	8
Komunikace	12
Celkem	70

Graf č. 3: Zdroj stresu – pracovní zátěž



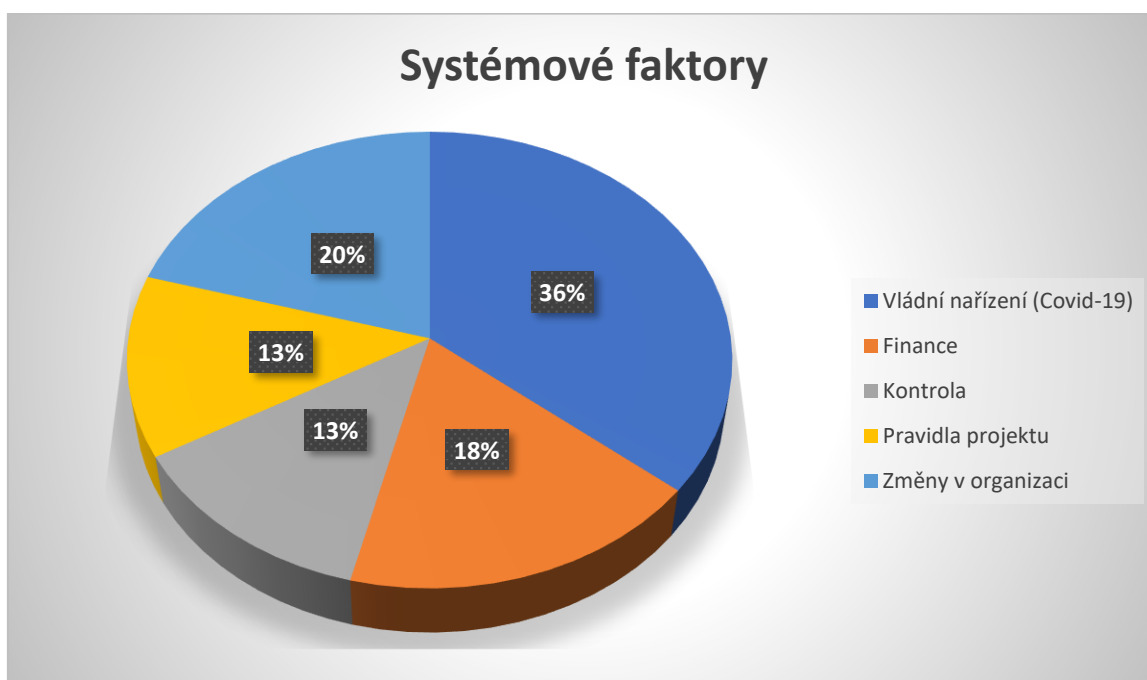
Další kategorii jsme si pojmenovali jako systémové faktory. Patří sem situace ohledně Covid-19, kde 14 respondentů uvedlo jako největší zdroj stresu buď vládní nařízení, která byla v pandemiích nastavena nebo jiné komplikace, které pandemie přinesla. Pro sociální pracovníky to většinou znamenalo i práci navíc. Pro 8 sociálních pracovníků jsou stresující změny v organizaci, pro 5 respondentů pravidla projektu a dalších 5 kontrola. Kontrolou se rozumí kontrola od donátorů, případné kontroly od vedoucích pracovníků. 7 respondentů považuje za zdroj stresu nejistotu ohledně financování a dalšího fungování organizace, případně mají dojem, že nejsou dostatečně finančně ohodnoceni. Pro 39 respondentů jsou

systémové faktory stresující – jedná se o **16 %** respondentů z 248. Přehled nalezneme v tabulce č. 16 a grafu č. 4.

Tabulka č. 16: zdroj stresu – systémové faktory

Systémové faktory	Počet
Vládní nařízení (Covid-19)	14
Finance	7
Kontrola	5
Pravidla projektu	5
Změny v organizaci	8
Celkem	39

Graf č. 4: Zdroj stresu – systémové faktory



Na závěr z výzkumu vyplynulo, že pouze 8 respondentů nepovažuje své zaměstnání za stresující nebo nedokáže určit největší zdroj stresu, což jsou pouze **3 %** sociálních pracovníků z 248. Výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 17.

Tabulka č. 17: Zdroj stresu – žádné faktory

<b>Žádné faktory</b>	Počet
Nic/nevím	8

Shrnutí: Z výsledků nám vyplynulo, že nejpočetnější kategorie, kterou sociální pracovníci uváděli jako stresující jsou situace ohledně práce s jejich cílovou skupinou. Problémy spojené s prací s jejich klienty uvedlo 92 respondentů. Konkrétněji se jedná o mimořádné nebo krizové situace, o náročné klienty, nemotivované klienty nebo každodenní nutnost čelit a zpracovávat těžké osudy klientů, u kterých často není vidět pokrok ve zlepšení jejich náročné situaci. Kategorie pracovní zátěž je na druhém místě s počtem 70 respondentů. Patří sem časová tíseň a tlak zaměřený na výkon, který je na sociální pracovníky vyvíjen. S tím související velké množství úkolů, schopnost dobré organizace času a práce a zároveň zodpovědnost a komunikace s různými subjekty. To vše náš výzkumný soubor sociálních pracovníků uváděl jako zdroj stresu v jejich zaměstnání. Problémy v týmu jako zdroj stresu uvedlo 55 respondentů. Problémy jsme si rozdělili na nespokojenost s vedením a nespokojenost s kolegy/týmem obecně. Byrokratické/administrativní překážky jako největší zdroj stresu v zaměstnání uvedlo 41 respondentů. Do kategorie systémové faktory, které uvedlo 39 respondentů, jsme zařadili stres spojen se situací s onemocněním Covid-19 a různými vládními opatřeními, která pracovní činnost sociálních pracovníků komplikují. Dále jsme sem zařadili nespokojenost s finančním ohodnocením nebo nejistotu ohledně dalšího financování organizace, různé změny v organizaci, kterým sociální pracovníci musí čelit, pravidla projektů a kontrola, která je prováděna nad plněním jejich pracovních povinností. Pouze 8 respondentů ve svém zaměstnání nevnímá jako stresující nic nebo zdroj stresu nedokáže určit.

#### 4.6.5 Testování hypotéz

Hlavním cílem bylo zjistit, zda sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním trpí vyšší mírou syndromu vyhoření než lidé pracující v jiných profesích. K tomuto cíli byla stanovena hypotéza H1:

#### **Testování H1:**

H1: Sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vykazují vyšší míru syndromu vyhoření než pracovníci jiných profesí.

H0: Sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním nevykazují vyšší míru syndromu vyhoření než pracovníci jiných profesí.

Výsledky k testování H1 ukazuje tabulka č. 18: Mann-Whitney U test, který ukázal statisticky významný rozdíl, jak v celkovém skóre, tak v jednotlivých podkategoriích (fyzická únava, kognitivní únava, emoční vyčerpání) mezi oběma skupinami. V tabulce č. 19 je zobrazen průměr a směrodatné odchylky obou vzorků.

Tabulka č. 18: Mann-Whitney U test pro zjištění výskytu vyhoření

Proměnné	U	Z	Z upravené	Úroveň p
Vyhoření	2734	4,55	4,56	<0,001
Fyzická únava	3167,5	3,67	3,67	<0,001
Kognitivní únava	2948,5	4,12	4,12	<0,001
Emoční vyčerpání	3196,5	3,61	3,66	<0,001

Tabulka č. 19: Průměr a směrodatné odchylky obou vzorků

	Experimentální skupina		Kontrolní skupina	
	Průměr	Směrodatná odchylka	Průměr	Směrodatná odchylka
Celkové vyhoření	2,72	0,89	2,10	0,85
Fyzická únava	2,93	1,13	2,31	1,16
Kognitivní únava	2,80	1,09	2,09	0,75
Emoční vyčerpání	2,14	0,98	1,68	1,06

Dílčí cíle zjišťovaly, s čím syndrom vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním statisticky koreluje. Ke zjištění míry syndromu vyhoření sloužil dotazník Shirom-Melamedovy škály vyhoření a ke zjištění doplňujících informací o

respondentech posloužily vlastní zkonstruované otázky v dotazníku. Byly stanoveny a testovány tyto hypotézy:

### Testování H2 – H6:

Výsledky Spearmanových korelací mezi jednotlivými proměnnými v experimentálním souboru ukazuje korelační matice v tabulce č. 20. Výsledky menší než na hladině významnosti 0,05 jsou vyznačeny tučně.

Tabulka č. 20: Výsledky Spearmanovy korelace

	Pohlaví	Věk	Délka setrvání v aktuálním zaměstnání	Počet klientů na sociálního pracovníka	Nespokojenost v pracovním kolektivu
Celkové vyhoření	0,101527	-0,012216	<b>0,218724</b>	0,011608	<b>0,235110</b>
Fyzická únava	0,100589	-0,081850	<b>0,192325</b>	0,039579	<b>0,278423</b>
Kognitivní únava	0,114047	0,010731	<b>0,149422</b>	-0,058417	0,100425
Emoční vyčerpání	0,033935	<b>0,136056</b>	<b>0,274280</b>	0,047508	<b>0,159894</b>

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a pohlavím sociálních pracovníků.

H0: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a pohlavím sociálních pracovníků.

U hypotézy H2 nebyla dle Spearmanovy korelace zjištěna statisticky významná souvislost se syndromem vyhoření. **H2 se zamítá a přijímá se nulová hypotéza.**



H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a věkem sociálních pracovníků.

H0: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a věkem sociálních pracovníků.

V našem souboru se nepotvrdilo, že by věk statisticky významně koreloval se syndromem vyhoření. **Hypotéza H3 se zamítá a přijímá se nulová hypotéza.**

H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi nespokojeností sociálních pracovníků v jejich pracovním kolektivu a syndromem vyhoření.

H0: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi nespokojeností sociálních pracovníků v jejich pracovním kolektivu a syndromem vyhoření.

V tomto výzkumném vzorku existuje statisticky významná souvislost mezi nespokojeností sociálních pracovníků v jejich pracovním kolektivu a syndromem vyhoření. Jelikož se jedná o pozitivní korelaci mezi nespokojeností sociálních pracovníků v zaměstnání a vyšší mírou syndromu vyhoření, znamená to, že čím více jsou respondenti nespokojeni v pracovním kolektivu, tím větší míru vyhoření vykazují. **Přijímá se hypotéza H4 a zamítá se nulová hypotéza.**

H5: Existuje statisticky významná souvislost mezi délkou setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání a syndromem vyhoření.

H0: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi délkou setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání a syndromem vyhoření.

Podle Spearmanova korelačního koeficientu na hladině významnosti  $p < 0,05$  se potvrzuje statisticky signifikantní rozdíl mezi syndromem vyhoření a délkou setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání. Tato korelace je pozitivní a ukazuje nám, že čím déle jsou naši respondenti zaměstnaní v aktuálním zaměstnání, tím vyšší skóre vyhoření mají. **Přijímá se hypotéza H5 a zamítá se nulová hypotéza.**

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka.

H0: Neexistuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka.

I u této hypotézy se k ověřování použil Spearmanův korelační koeficient se stejnou hladinou významnosti jako u předchozích hypotéz. Dle výsledků se přijímá nulová hypotéza a v tomto souboru neexistuje statisticky významná souvislost mezi vyhořením a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka. **Zamítá se H6 a přijímá se nulová hypotéza.**

#### 4.6.6 Shrnutí hypotéz

H1: Sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vykazují vyšší míru syndromu vyhoření než pracovníci jiných profesí.

Hypotéza byla **verifikována**.

H2: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a pohlavím sociálních pracovníků.

Hypotéza byla **falzifikována**.

H3: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a věkem sociálních pracovníků.

Hypotéza byla **falzifikována**.

H4: Existuje statisticky významná souvislost mezi nespokojeností sociálních pracovníků v jejich pracovním kolektivu a syndromem vyhoření.

Hypotéza byla **verifikována**.

H5: Existuje statisticky významná souvislost mezi délkou setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání a syndromem vyhoření.

Hypotéza byla **verifikována**.

H6: Existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka.

Hypotéza byla **falzifikována**.

Hypotéza H1 byla verifikována, a tím bylo dosaženo hlavního cíle výzkumu. Zjistili jsme, že sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vykazují vyšší intenzitu syndromu vyhoření než pracovníci jiných oborů. Hypotéza H2 byla falzifikována a v našem výzkumu se nezjistila statisticky signifikantní korelace mezi pohlavím respondentů a syndromem vyhoření. To samé platí u hypotézy H3, která byla také falzifikována. V našem výzkumném souboru neexistuje statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a věkem respondentů. Naopak hypotéza H4 byla verifikována. To znamená, že se potvrdila statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a nespokojeností sociálních pracovníků v jejich kolektivu. Hypotéza H5 byla taktéž verifikována a potvrdila se statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a délkou setrvání sociálních pracovníků v současném zaměstnání. Jednalo se o pozitivní korelace – čím vyšší nespokojenost v kolektivu, tím vyšší syndrom vyhoření a čím delší doba setrvání v zaměstnání, tím vyšší míra syndromu vyhoření. Poslední hypotéza H6 byla falzifikována, takže v našem výzkumném souboru neexistuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka.

## 5 Diskuze

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda sociální pracovníci pracující s lidmi s duševním onemocněním trpí vyšší mírou vyhoření než pracovníci jiných oborů. Ve výzkumu se předpokládalo, že budou vykazovat vyšší míru vyhoření. Vycházelo se z toho, že dle literatury jsou pomáhající profese rizikovou skupinou syndromu vyhoření a například Z. Kašpárková (2013) přisuzuje sociálním pracovníkům možnost vyšší míry syndromu vyhoření z důvodu větší emoční zátěže této profese. Což dokazuje i výzkum P. Scarnera a kol. (2008) a W. Rössler (2012), kde zjistili, že jedním ze zátěžových faktorů syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním je nevládnutí vlastních emocí, které se mohou objevit při komunikaci s klienty s duševním onemocněním a působení specifických stresových faktorů jako je práce v emocionálně náročném prostředí. Výsledky našeho výzkumu ukázaly vyšší intenzitu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků než u pracovníků jiných profesí v našem výzkumném vzorku, a to i ve všech podkategoriích (fyzická únava, kognitivní únava a emoční vyčerpání).

Předpokládalo se, že u mužů se prokáže nižší míra syndromu vyhoření než u žen. Vycházelo se ze studie Ptáčka a kol. (2017), která mapovala projevy syndromu vyhoření pracujících lidí v České republice, a ve které se ukázal statisticky významný rozdíl mezi pohlavími. V jejich studii vyhoření u žen bylo vyšší než vyhoření u mužů. Naše studie nepotvrdila žádnou statisticky významnou souvislost mezi pohlavím respondentů a syndromem vyhoření.

Další předpoklad byl, že existuje statisticky významná souvislost mezi syndromem vyhoření a věkem respondentů, jelikož ve výzkumu Ptáčka a kol. (2017) se věk projevil jako statisticky významný faktor syndromu vyhoření – s vyšším věkem klesala míra vyhoření. Podle I. Maroona (2012) většina studií poukazuje na to, že starší a zkušenější sociální pracovníci nereagují tak citlivě na vypětí na pracovišti, což se vysvětluje tím, že jsou „sociálně vyzrálější“, a proto mají umírněná očekávání a snáze akceptují potíže. Vytvořili si již strategie, jak se vyrovnat s nároky na pracovišti. Avšak v našem výzkumu se statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a věkem respondentů nepotvrdila.

Dalším cílem bylo pokusit se odpovědět na to, co náš výzkumný vzorek považuje za největší zdroj stresu v jejich zaměstnání. Hippel a kol. (2019) uvádí, že pro pracovníky pracující s lidmi s duševním onemocněním je zdroj stresu, pokud nevidí zlepšení situace a pokroky ve své práci. U těchto pracovníků se dokonce prokázal vyšší syndrom vyhoření. Několik studií identifikovalo stresory, které jsou pro práci s psychiatrickými klienty

jedinečné. Jedná se například o vztahy s náročnými klienty a o pocit ohrožení při jednání s agresivními klienty (Rössler, 2012). Některé z těchto stresorů se vyskytl i v našem souboru respondentů.

Někteří respondenti v našem výzkumu nejsou spokojeni s finančním ohodnocením, jaké se jim dostává. Otázka finančního ohodnocení sociálních pracovníků je obecně velké téma. Avšak důležité není pouze finanční ohodnocení, ale i nějaká vnitřní kompenzace, jako je uznání. I. Maroon (2012) uvádí, že pro většinu lidí je uznání důležitější než peníze. Ti, jejichž práce je uznávána, mají svou práci rádi a mají pocit, že jsou užiteční, jsou také spokojeni s platem, i když poměrně nízkým. Vyhoření vzniká spíše v případech, kdy má sociální pracovník pocit, že jeho práce není důležitá, úspěšná a uspokojivá. Větší roli hraje spíše subjektivní pocit nedostatečnosti kompenzace než skutečná kompenzace. Spolehlivým spouštěčem je situace, kdy se pracovník domnívá, že pracuje tvrdě, dělá víc, než by vlastně musel, ale nikdy mu za to nikdo ani nepoděkuje.

Dále respondenti uváděli jako zdroj stresu byrokracii. I. Maroon (2012) uvádí, že sociální pracovníci zjišťují, že je práce s lidmi nezatěžuje tolik jako byrokratické překážky. Považují je nejen za ztrátu času, ale i intelektuální a citové energie. V některých institucích úředníci na vyšších místech o problémech podřízených často nic nevědí, takže pobočky sociálních služeb dostanou nařízení od lidí bez vzhledu do sociální práce a problémů sociálních pracovníků.

Tlak na výkon byl dalším uváděným důvodem zdroje stresu v zaměstnání. Tento jev je typický pro západní společnost, která upřednostňuje soutěž, osobní výkon a individuální kvality. V konzervativně tradičních společnostech je za ideál považován sociální a kolektivní výkon. Výzkumy ukazují, že se vyhoření vyskytuje v různé míře v jednotlivých zemích. V kolektivistických kulturách jsou sociální a rodinná podpora pevnou částí společenských struktur a výkon a soutěž nemají takovou důležitost (Maroon, 2012).

Vliv pracovního prostředí na vznik syndromu vyhoření je zmiňován v mnoha literárních zdrojích jako jedna z možných příčin syndromu vyhoření, proto se v tomto výzkumu předpokládalo, že (ne)spokojenost v kolektivu bude s vyhořením souviset. Vycházelo se z teoretické části této práce, kde například Ch. Stock (2010) k rizikovým faktorům syndromu vyhoření zařazuje bezohlednost kolegů a nespravedlnost nadřízených. M. Jeklová (2006) za rizikový faktor považuje špatný management a vedení. O. Matoušek (2013) soudí, že riziková pracoviště mohou být ta, kde vládne soupeřivá atmosféra a rivalizuje zde několik nepřátelených skupin pracovníků. I v našem výzkumu se potvrdila

statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a nespokojeností sociálních pracovníků v jejich pracovním kolektivu.

Zjišťovali jsme, zda délka setrvání v aktuálním zaměstnání má vliv na míru syndromu vyhoření našich respondentů. U toho, zda souvisí délka praxe se syndromem vyhoření, případně jak, se názory odborníků neshodují. F. Takeda a kol. (2005) si myslí, že začátečníci jsou více ohroženi než zkušení sociální pracovníci, jelikož mnohdy před nástupem do zaměstnání považují tuto činnost za prostředek seberealizace a záhy nastupuje zklamání (Takeda a kol. in Maroon, 2012, s. 44). Naopak Halm a kol. (2005) se domnívají, že neustálý tlak rostoucí po léta praxe zvyšuje riziko syndromu vyhoření (Halm a kol. in Maroon, 2012, s. 44). O. Matoušek (2013) soudí, že syndrom vyhoření může vzniknout poměrně rychle od nástupu do zaměstnání. U disponovaných jedinců vystavených nepříznivým podmínkám již za několik týdnů až měsíců. V našem výzkumu se potvrdila statisticky významná souvislost mezi délkou setrvání v současném zaměstnání a syndromem vyhoření. Čím déle jsou sociální pracovníci v dané organizaci zaměstnaní, tím větší míru syndromu vyhoření vykazují.

Dále se předpokládalo, že počet klientů na jednoho sociálního pracovníka bude statisticky signifikantní se syndromem vyhoření. Podle I. Maroona (2012) je počet klientů jeden z faktorů, který by mohl souviset s pracovním přetížením. Autor rozděluje pracovní přetížení na objektivní a subjektivní a kvantitativní a kvalitativní. Mezi objektivní pracovní přetížení řadí právě počet klientů a počet zpráv k vyhotovení. Mezi kvantitativní pracovní přetížení řadí četnost kontaktů, délku kontaktu, počet klientů a průměrnou dobu strávenou s jednotlivými klienty. V našem výzkumu se statisticky významná souvislost mezi těmito dvěma proměnnými nepotvrdila.

Je otázka, zda by míra syndromu vyhoření u kontrolního vzorku nedosáhla jiných výsledků, pokud bychom získali větší vzorek respondentů. Naopak od vzorku experimentálního jsme získali větší množství dat, než jsme očekávali. Zpětně bychom se sběrem dat od kontrolního vzorku začali mnohem dříve, nejlépe ve stejném časovém horizontu jako při sběru dat od experimentální skupiny. Původní záměr byl využít tzv. „cut off“ skóry, od čehož se pak opustilo z důvodu neexistence pevně dané hranice těchto skóre, a proto se se sběrem dat od kontrolního vzorku začalo později. Dále jsme podcenili dotaz na to, zda organizace sociálním pracovníkům poskytují supervize. Tázat jsme se měli spíše na četnost poskytování supervizí, jelikož všech 248 respondentů odpovědělo, že supervize ve svém zaměstnání mají, s čímž jsme původně nepočítali.

I přes veškeré nedostatky by diplomová práce mohla být přínosem. Zejména pro management organizací zaměřující se na lidi s duševním onemocněním, kde by bylo vhodné eliminovat, pokud možno, co nejvíce zdrojů stresu na pracovišti, které respondenti uvedli. Dále pro vedoucí pracovníky těchto organizací, jelikož nám výzkum říká, že atmosféra v pracovním týmu je pro prevenci rizika syndromu vyhoření velmi důležitá. Práce by mohla být inspirací k provedení dalších výzkumů ohledně této problematiky.

## 6 Závěr

Předložená diplomová práce se věnuje problematice syndromu vyhoření. Hlavním cílem práce bylo zjistit, zda se syndrom vyhoření vyskytuje u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním ve větší míře než u pracovníků jiných profesí. Pro zjištění výskytu vyhoření v našem výzkumném vzorku se využil nástroj Shirom-Melamedovy škály vyhoření. Získali jsme kontrolní vzorek respondentů, který se statisticky signifikantně nediferencuje od experimentální skupiny. Výsledky ukázaly vyšší intenzitu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků než u pracovníků jiných profesí v našem výzkumném vzorku, a to i ve všech podkategoriích (fyzická únava, kognitivní únava a emoční vyčerpání). Hlavního cíle bylo dosaženo.

Dalším cílem bylo zjistit statisticky signifikantní korelace mezi syndromem vyhoření a pohlavím, věkem, absencí supervizí, počtem klientů, délkou setrvání v aktuálním zaměstnání a nespokojeností v pracovním kolektivu našich respondentů. Zjistili jsme, že s vyhořením statisticky signifikantně korelují dvě proměnné – délka setrvání v aktuálním zaměstnání a nespokojenost v pracovním kolektivu. Čím déle jsou naši respondenti zaměstnaní v organizaci, tím větší mírou vyhoření trpí a čím méně jsou spokojeni v pracovním kolektivu, tím větší míru vyhoření vykazují. Statisticky signifikantní korelace nebyla potvrzena mezi pohlavím, věkem a počtem klientů na jednoho sociálního pracovníka. Souvislost mezi vyhořením a poskytováním supervizí se nezkoumala, jelikož z výsledků vyplynulo, že supervize jsou poskytovány všem respondentům, takže jsme nezískali potřebná data.

Zajímalo nás, co respondenti považují za největší zdroj stresu v jejich zaměstnání, proto byl výzkum doplněn o kvalitativní část. K analýze otevřené otázky, dotazující se na největší zdroj stresu v zaměstnání, se využilo techniky otevřeného kódování. Z odpovědí se tvořily kódy a kategorie. Z výsledků vyplynulo, že nejvíce respondentů považuje za zdroj stresu okolnosti ohledně práce s cílovou skupinou – lidmi s duševním onemocněním. Dále problémy v týmu, byrokracii, pracovní zátěž nebo systémové faktory. Pouze malý počet respondentů nemá ve své práci žádný stresový faktor nebo ho nedokáže určit. Dílčích cílů bylo dosaženo.

Diplomová práce by mohla být podkladem k dalším výzkumům souvisejícím se syndromem vyhoření u sociálních pracovníků v komunitních službách. Další výzkum by se mohl doplnit o kvalitativní rozhovor, který by pomohl zjistit podrobnější informace o



možných příčinách syndromu vyhoření u této skupiny a zjistit jaké způsoby prevence vyhoření sociální pracovníci v komunitních službách nejvíce využívají.

## 7 Seznam použité literatury a odborných pramenů

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

BLAHUTKOVÁ, Marie, Eva MATĚJKOVÁ a Lucie PERIČKOVÁ. *Psychologie zdraví: pro studenty bakalářských a magisterských oborů*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5417-2.

BROŽA, Jiří. *Supervize v adiktologické praxi*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-209-0.

ČAPEK, Robert, Irena PŘÍKAZSKÁ a Jiří ŠMEJKAL. *Učitel a syndrom vyhoření*. Praha: Raabe, [2018]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-392-6.

FREUDENBERGER, H.J. *Staff burnout*. Journal of Social Issues. 1974, 30, 159-165.

HAVRDOVÁ, Zuzana: Supervize. In. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

HAVRDOVÁ, Zuzana: Supervize v sociální práci. In. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

HONZÁK, Radkin, Aleš CIBULKA a Agáta PILÁTOVÁ. *Vyhořet může každý: příběhy a úvahy o syndromu postihujícím lidi (nejen) současných generací*. V Praze: Vyšehrad, 2019. Destigma. ISBN 9788076011809.

HORECKÝ, Jiří: Měření kvality sociálních služeb. In. HERMAN, Jiří. *Základy managementu sociálních služeb*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2008. ISBN 978-80-7013-477-1.

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

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

KAŠPÁRKOVÁ, Zuzana: Prevence syndromu vyhoření u sociálních pracovníků. In. KOPECKÝ, Miroslav, Kateřina KIKALOVÁ a Jitka TOMANOVÁ, ed. *Antropologicko-psychologicko-sociální aspekty podpory zdraví a výchovy ke zdraví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3472-8.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

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

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

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2.

MOJŽIŠOVÁ, Adéla, ed. *Kapitoly sociální práce v praxi*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-074-4.

MUSIL, Jiří V. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienická optima v dynamice lidského sociálního chování*. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna, 2010. ISBN 978-80-903449-9-0.

OREL, Miroslav. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2020. Psyché (Grada). ISBN 9788027125296.

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

PRIESS, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

PROBSTOVÁ, Václava: Sociální práce s duševně nemocnými. In. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální práce v praxi: specifiky různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Vladimír KEBZA, et al. Czech version of the shirom melamed burnout measure. *Československá psychologie*. 2017, 61(6), 536-545.

SMÉKALOVÁ, Etel: Supervize v sociální práci I. In. BAZÍNKOVÁ, Ivana, POLÁCHOVÁ VAŠŤATKOVÁ, Jana a Pavla VYHNÁLKOVÁ, ed. *Způsoby evaluace v sociální práci*. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN 978-80-7409-018-9.

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

SVOBODOVÁ, Dagmar. *Profesní poradenství: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5092-7.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673130.

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

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

### **Zákony:**

Zákon č. 108/ 2006 Sb. o sociálních službách. Dostupné z:

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108?text=>

### **Internetové zdroje:**

FIALOVÁ, Marta. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků* [online]. Brno, 2017 [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/s34i5/?so=nx;mapa=1>. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta, Institut výzkumu inkluzivního vzdělávání.

HIPPEL, Courtney, Loren BRENER, Grenville ROSE a William HIPPEL. Perceived inability to help is associated with client-related burnout and negative work outcomes among community mental health workers. *Health & Social Care in the Community* [online]. 2019, 27, 1507–1514 [cit. 2021-7-11]. Dostupné z: doi:10.1111/hsc.12821

Lundgren-Nilsson, Å., Jonsdottir, I.H., Pallant, J. et al. Internal construct validity of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ). *BMC Public Health* [online]. 12, 1 (2012). [cit. 2021-7-11]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-1>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10) [online]. [cit. 2021-6-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

MASLACH, Christina a Michael LEITER. Burnout. *Encyclopedia of Stress* [online]. June 2007, 2, 368-371 [cit. 2021-6-29]. Dostupné z: doi:10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3

RÖSSLER, Wulf. Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [online]. 2012, (262), 65-69 [cit. 2021-7-11]. Dostupné z: doi:10.1007/s00406-012-0353-4

SCARNERA, Pasquale, Andrea BOSCO, Emanuela SOLETI a Giulio E. LANCIANI. Preventing Burnout in Mental Health Workers at Interpersonal Level: An Italian Pilot Study. *Community Mental Health Journal* [online]. 2008, 45, 222-227 [cit. 2021-7-11]. Dostupné z: doi:10.1007/s10597-008-9178-z

Úvod. FOKUS Mladá Boleslav z.s. [online]. [cit. 2021-7-2]. Dostupné z: <http://www.fokus-mb.cz/?Itemid=108>

VLACHOVSKÁ, Barbora. *Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti* (srovnávací studie) [online]. Praha, 2011 [cit. 2021-7-8]. Dostupné z: <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/31503>. Diplomová práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Vladimír Kebza.

## 8 Seznam grafů a tabulek

Graf č. 1: Zdroj stresu – práce s klienty

Graf č. 2: Zdroje stresu – problémy v týmu

Graf č. 3: Zdroje stresu – pracovní zátěž

Graf č. 4: Zdroje stresu – systémové faktory

Tabulka č. 1: Experimentální a kontrolní skupina

Tabulka č. 2: Chí-kvadrát tabulka 2x2

Tabulka č.3: Výsledky dvouvýběrového t-testu

Tabulka č. 4: Pohlaví respondentů (experimentální vzorek)

Tabulka č. 5: Pohlaví respondentů (kontrolní vzorek)

Tabulka č. 6: Věk respondentů (experimentální vzorek)

Tabulka č. 7: Věk respondentů (kontrolní vzorek)

Tabulka č. 8: Přítomnost supervize u sociálních pracovníků

Tabulka č. 9: Počet klientů na sociálního pracovníka

Tabulka č. 10: Spokojenost sociálních pracovníků v pracovním kolektivu

Tabulka č. 11: Délka setrvání sociálních pracovníků v aktuálním zaměstnání

Tabulka č. 12: Zdroj stresu – práce s klienty

Tabulka č. 13: Zdroj stresu – byrokracie

Tabulka č. 14: Zdroj stresu – problémy v týmu

Tabulka č. 15: Zdroj stresu – pracovní zátěž

Tabulka č. 16: zdroj stresu – systémové faktory

Tabulka č. 17: Zdroj stresu – žádné faktory

Tabulka č. 18: Mann-Whitney U test pro zjištění výskytu vyhoření

Tabulka č. 19: Průměr a směrodatná odchylka obou vzorků

Tabulka č. 20: Výsledky Spearmanovy korelace

## **9 Seznam příloh**

Příloha I – Dotazník experimentální skupina

Příloha II – Dotazník kontrolní skupina



## 10 Přílohy

### 10.1 Příloha I – Dotazník experimentální skupina

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

**Dobrý den,**

**jmenuji se Lucie Váňová a v současné době jsem studentkou Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, oboru sociální práce. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění stručného dotazníku, který bude sloužit k výzkumu výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním. Ke zjištění míry syndromu vyhoření jsem využila českou verzi Shirom-Melamedovy škály syndromu vyhoření (SMBM). Získané údaje budou podkladem ke zpracování mé diplomové práce. Tento dotazník je zcela anonymní a zabere Vám cca 5 minut času. Vámi poskytnuté údaje budou sloužit pouze k tomuto výzkumu.**

**Děkuji Vám za čas, který věnujete na vyplnění tohoto dotazníku a přeji pěkný den.  
Lucie Váňová**

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Muž

Žena

2. Kolik je Vám let?

\_\_\_\_\_

3. Jste spokojeni ve svém pracovním kolektivu?

Rozhodně ano

Spíše ano

Spíše ne

Rozhodně ne

4. Jak dlouho jste zaměstnaný/á v organizaci?

\_\_\_\_\_

5. Poskytuje Vám Vaše organizace supervize?

Ano

Ne

6. Co pro Vás představuje největší zdroj stresu ve Vašem zaměstnání?

\_\_\_\_\_

7. Pro kolik klientů jste klíčový/á sociální pracovník/ice?

0-5 klientů

6-10 klientů

11-15 klientů

16 a více klientů

### Jak se cítíte v práci?

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, jež můžete mít v práci. Označte, prosím, jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů:

8. Jak často jste se takto cítili v práci?

	Nikdy nebo Téměř nikdy	Velmi zřídka	zřídka	někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo Téměř vždy
1. Cítím se unavený	1	2	3	4	5	6	7
2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce	1	2	3	4	5	6	7
3. Cítím se fyzicky vysílený/á	1	2	3	4	5	6	7
4. Cítím, že mám všeho dost	1	2	3	4	5	6	7
5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“	1	2	3	4	5	6	7
6. Cítím se vyhořelý/á	1	2	3	4	5	6	7
7. Myslí mi to pomalu	1	2	3	4	5	6	7
8. Obtížně se koncentruji	1	2	3	4	5	6	7
9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	1	2	3	4	5	6	7

10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á	1	2	3	4	5	6	7
11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	1	2	3	4	5	6	7
12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
13. Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
14. Cítím, že nedokážu být milý/milá na spolupracovníky a zákazníky	1	2	3	4	5	6	7

## 10.2 Příloha II – Dotazník kontrolní skupina

**Název: Syndrom vyhoření u pracujících lidí**

**Dobrý den,**

**jmenuji se Lucie Váňová a v současné době jsem studentkou Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, oboru sociální práce. Dovoluji si Vás touto cestou požádat o vyplnění stručného dotazníku, který bude sloužit k výzkumu výskytu syndromu vyhoření. Ke zjištění míry syndromu vyhoření jsem využila českou verzi Shirom-Melamedovy škály syndromu vyhoření (SMBM). Získané údaje budou podkladem ke zpracování mé diplomové práce. Tento dotazník je zcela anonymní a zabere Vám cca 5 minut času. Vámi poskytnuté údaje budou sloužit pouze k tomuto výzkumu.**

**Děkuji Vám za čas, který věnujete na vyplnění tohoto dotazníku a přeji pěkný den.  
Lucie Váňová**

1. Jaké je Vaše pohlaví?

Muž

Žena

2. Kolik je Vám let?

\_\_\_\_\_

3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Středoškolské vzdělání

Ukončená vyšší odborná škola

- Ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském studiu
- Ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském studiu
- Vědecký titul na vysoké škole (např. Ph.D.)

4. Jaká je Vaše profese?

\_\_\_\_\_

### Jak se cítíte v práci?

Níže jsou uvedena určitá tvrzení, která vystihují různé pocity, jež můžete mít v práci. Označte, prosím, jak často jste za posledních 30 pracovních dní zažili každý z následujících pocitů:

5. Jak často jste se takto cítili v práci?

	Nikdy nebo Téměř nikdy	Velmi zřídka	zřídka	někdy	Celkem často	Velmi často	Vždy nebo Téměř vždy
1. Cítím se unavený	1	2	3	4	5	6	7
2. Necítím žádnou sílu jít ráno do práce	1	2	3	4	5	6	7
3. Cítím se fyzicky vysílený/á	1	2	3	4	5	6	7
4. Cítím, že mám všeho dost	1	2	3	4	5	6	7
5. Připadám si, jako by se mi „vybily baterky“	1	2	3	4	5	6	7
6. Cítím se vyhořelý/á	1	2	3	4	5	6	7
7. Myslí mi to pomalu	1	2	3	4	5	6	7
8. Obtížně se koncentruji	1	2	3	4	5	6	7
9. Zdá se mi, že mi to nemyslí jasně	1	2	3	4	5	6	7
10. Při přemýšlení se cítím nesoustředěný/á	1	2	3	4	5	6	7
11. Dělá mi potíže přemýšlet o složitých věcech	1	2	3	4	5	6	7
12. Cítím, že se mi nedaří být citlivý/á k potřebám spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
13. Cítím, že nejsem schopen/a citově investovat do spolupracovníků a zákazníků	1	2	3	4	5	6	7
14. Cítím, že nedokážu být milý/milá na spolupracovníky a zákazníky	1	2	3	4	5	6	7