

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Prevence syndromu vyhoření z pohledu
odborných pracovníků azylových domů
občanského sdružení Naděje**

Renata Lomnická

Katedra: Pastorační a sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Vladimír Mašát

Studijní program: Sociální práce B7508

Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2013

Čestné prohlášení o původnosti práce

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou práci s názvem „Prevence syndromu vyhoření z pohledu odborných pracovníků azylových domů občanského sdružení Naděje“ napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 5. 6. 2013

Renata Lomnická

Anotace

Tato práce je teoreticko-výzkumná a věnuje se tématu syndromu vyhoření a jeho možné prevenci v prostředí azylových domů. Je zaměřena na zaměstnance azylového domu, tzn. pracovníky v sociálních službách a sociální pracovníky, tedy na skupinu, která je syndromem vyhoření přímo ohrožena. Pro svoji práci jsem vybrala zaměstnance několika pražských azylových domů občanského sdružení Naděje, pobočky Praha.

Práce je rozdělena do dvou částí – na část teoretickou a část empirickou, navzájem se však prolínají. V teoretické části práce je popsán syndrom vyhoření – jak je definován, jeho příčiny, příznaky a jednotlivé fáze. Důležitým bodem jsou metody prevence syndromu vyhoření, kam jsem zařadila duševní hygienu, supervizi i některé relaxační techniky a způsoby, jejichž aplikací je možno ovlivnit proces syndromu vyhoření. Součástí teoretické části práce je i popis prostředí azylového domu a doporučená preventivní opatření, která na základě aplikace v azylovém domě a studia literatury mohou doporučit k posílení profesních kompetencí zaměstnanců azylových domů v kontextu syndromu vyhoření.

Výzkumná část zpracovává dotazník, který vyplnili zaměstnanci azylových domů. Popisována je metodika výzkumného šetření a dále jsou prezentovány výsledky pomocí tabulek a slovního vyjádření. Při sběru dat byla použita metoda kvantitativní obsahové analýzy s použitím dotazníku.

V závěru této práce jsou vyhodnoceny předem stanovené cíle a výzkumné záměry.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, prevence, relaxační technika, stres, profesní kompetence, supervize

Abstract

This dissertation work is partly theoretical and partly a research, and deals with prevention of burn-out syndrome and its possible prevention in conditions of shelter homes. The attention is directed at the staff of a shelter home, i.e. workers in social services and social workers, which is a group that is directly exposed to the burn-out syndrome. The staff in question are the employees of several shelter homes of the Citizen Association Naděje in Prague.

This work is divided into two parts – a theoretical part and an empirical part. The theoretical part of the work describes the burn-out syndrome – its description, its causes, syndromes and individual phases. Special attention is paid to the methods of preventing the burn-out syndrome, which include psycho-hygiene, supervision and various relaxation techniques and means which could inhibit the progress of this syndrome. An important part of this section is also a description of the environment of a shelter home and the recommended preventive measures, which, based on their application in a shelter home together with my studies of the relevant literature, I can recommend to strengthen the workers' professional competence in connection with the burn-out syndrome.

The empirical part of this work deals with questionnaires filled in by the staffs of the shelter homes. I describe the methods of the research and present the results by means of charts and verbal descriptions. The method of quantitative content analysis using a questionnaire was implemented.

At the end of my dissertation work the set objectives and research purposes are assessed.

Key words

burn-out syndrome, prevention, relaxation technique, stress, professional competence, supervision

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala svému školiteli PhDr. Vladimíru Mašátovi za vstřícné vedení mé bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala Mgr. Tereze Beránkové za pomoc s finální úpravou mé práce a Kamile Javůrkové za odborné konzultace k praktické části práce.

„ ... Profese splývá s naším osobním životem a my nedovedeme vystoupit ze své role, odpoutat se, chovat se vůči svému skutečně osobnímu okolí opravdu spontánně, neprofesionálně, chovat se jenom podle toho, co cítíme. Místo skutečně osobního projevu se stáváme terapeuty i těch, kteří o to nestojí a kteří na naše znalosti nejsou vůbec zvědaví... “

Jiřina Šiklová

Obsah

1	Úvod.....	8
2	Cíl práce	9
3	Teoretická část	10
3.1	Syndrom vyhoření	10
3.1.1	Definice syndromu vyhoření.....	10
3.1.2	První známé informace o syndromu vyhoření	11
3.1.3	Příčiny syndromu vyhoření	12
3.1.4	Příznaky (symptomy) syndromu vyhoření.....	13
3.1.5	Fáze syndromu vyhoření	16
3.1.6	Různé pohledy na syndrom vyhoření.....	18
3.2	Prevence syndromu vyhoření	21
	Obecné metody prevence syndromu vyhoření.....	21
3.2.1	Duševní hygiena.....	21
3.2.2	Relaxační techniky	26
3.2.3	Supervize.....	28
3.2.4	Doporučené metody prevence syndromu vyhoření pro pracovníky azylových domů občanského sdružení Naděje.....	31
4	Výzkumná část	42
4.1	Výchozí předpoklad:	42
4.2	Cílem práce je:.....	42
4.3	Hypotézy:	43
4.3.1	Metodika	44
4.3.2	Distribuce dotazníku	44
4.3.3	Vyhodnocování dotazníku	45
4.3.4	Vzorek.....	45
4.4	Úvodní část dotazníku	46
4.4.1	Prezentace výsledků úvodní části dotazníku.....	46
4.4.2	Interpretace výsledků úvodní části.....	47
4.5	Postojová část dotazníku	48
4.5.1	Prezentace výsledků druhé části dotazníku.....	48
4.6	Interpretace hypotéz	53

5	Závěr	55
6	Přílohy	56
6.1	DOTAZNÍK	56
6.2	Etický kodex sociálních pracovníků v azylovém domě Naděje:.....	59
6.3	Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR	61
6.4	Zákon o sociálních službách.....	67
7	Použitá literatura	71

1 Úvod

Většinu svého času tráví lidé vykonáváním práce. Prací se zabývá kdokoli z nás většinu svého dne. Ve většině, je pojem práce přímo spojován, a je mezi ně kladeno zjednodušující rovnítko, s pojmem zaměstnání přesto, že je mezi nimi značný rozdíl.

V současné společnosti hraje zaměstnání významnou roli. Tento exkluzivní post v očích veřejnosti získal stav zaměstnanosti z mnoha důvodů – v první řadě je to samozřejmě ekonomická stránka věci, v dalších ale hovoříme převážně o tom, že nám zaměstnání poskytuje celou řadu aktivit, seberozvoje, sebeuplatnění, nabízí nám i změnu ve stereotypním chodu života. Dalšími klady zaměstnání je jakási struktura dne, kterou získáme, sociální kontakty a možnost nabytí silné sociální identity, která je pro práci, spokojenost i postavení ve společnosti velice cenná (Giddens, 1999).

Prevence syndromu vyhoření z pohledu odborných pracovníků azylových domů občanského sdružení Naděje je téma mojí práce. Vybrala jsem si je na základě zkušenosti z mého několikaletého působení v azylovém domě pro ženy, kde jsem byla zaměstnána jako pracovníce v sociálních službách, které jsou součástí pomáhajících profesí. Pomáhající profese je založena na vztahu mezi klientem a pracovníkem, je náročná na očekávání od pracovníků a podobně „velké cíle“ si klade i mnoho pomáhajících. Sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách jsou při své práci s klienty vystaveni mnoha stresujícím situacím, a proto jsou syndromem vyhoření přímo ohroženi. Při jejich náročné práci často dochází k nahromadění faktorů, které ovlivňují vznik tohoto syndromu. Typickým příkladem takové zátěžové situace může být konflikt mezi profesionalitou a požadavky klienta. Jak lépe či hůře zvládat tyto náročné stresující situace je záležitost individuální. Každý z nás by si měl v první řadě uvědomit, že proto, aby byla jeho práce efektivní a mohl skutečně pomáhat druhým, musí se nejprve sám cítit dobře a pracovat s radostí. Pokud ho práce těšit nebude, odrazí se to na jeho výsledcích a to neocení ani jeho nadřízení, a už vůbec ne klienti, ke kterým je tato pomoc směřována.

2 Cíl práce

Práce pojednává o problematice syndromu vyhoření. Hlavním záměrem je navrhnout taková opatření, jejichž aplikací je možno ovlivnit syndrom vyhoření u zaměstnanců azylových domů. Na základě aplikace v azylovém domě a studia literatury mohou doporučená preventivní opatření posílit profesní kompetence zaměstnanců azylových domů.

Nahlíží tedy na tuto problematiku specificky z hlediska jistého typu pracujících.

Cílem práce je zmapovat tuto problematiku. Na základě výsledků kvantitativní obsahové analýzy v praktické části práce zjistím, u kolika zaměstnanců se objevily skutečnosti směřující k potenciálnímu vyhoření, a zda se syndrom vyhoření u některého ze zaměstnanců skutečně vyskytl a pokud ano, jaká je jeho četnost. Dále zjistím, kterou z osobnostních charakteristik zaměstnance je potřebné více či méně posílit, aby mohl úspěšně čelit – bránit se zátěži, kterou syndrom vyhoření představuje. Výsledky výzkumu poslouží ke zlepšení preventivních opatření v konkrétním typu zařízení tj. azylových domech Naděje. Doporučení ve směru preventivních opatření budou navržena v teoretické části práce.

3 Teoretická část

3.1 Syndrom vyhoření

3.1.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav vyčerpanosti objevující se převážně u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Řada pracovních pozic je přímo závislá na sociální komunikaci a ta tvoří základ pracovních povinností. Dané pozice jsou založeny na pravidelném kontaktu s lidmi a často jsou také závislé na jejich přímém či zpětném hodnocení. „*Syndrom vyhoření (burnout – původně v podobě burn-out, dříve také u nás překládaný jako syndrom vyhaslosti, vypálení) vzniká dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně náročné.*“ (Bartošíková, 2006, str. 20).

Syndrom vyhoření ohlašuje celá řada příznaků: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života.

„Jako názorné vysvětlení použijeme obraz ohničku. Ten plápolá, hřeje a hoří. Hoří však jen tehdy, když má dostatek suchého dřeva. Když je zásoba dřeva vyčerpána, oheň uhasíná, až nakonec zhasne. Tato metafora upozorňuje na jedno důležité: dostatečné množství psychické síly potřebné k dobrému výkonu povolání. Je-li síla k dispozici, práce se daří, když chybí, nastupuje místo energie únava, místo síly vyčerpanost a místo radosti lhostejnost.“ (Křivohlavý, Počenková, 2004, str. 28).

Úlehla píše, že „*Syndrom vyhasnutí je o tom, co se člověku stane, když v něm vyhasne to, co živilo jeho zápal pracovat. Je to soubor příznaků složený ze ztráty zájmu o práci, zklamání, pocitu odmítnutí, neschopnosti a především ztráty smyslu vlastního počínání. V psychopatologii se chápe jako reakce na dlouhodobě neřešený pracovní stres a může nastat v jakémkoli zaměstnání.*“ (1996, str. 141).

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální

náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresey.“ Říká Křivohlavý v knize Jak neztratit nadšení (1998, str. 10-11).

Kopřiva dodává: *„Je-li naše energetická bilance dlouhodobě záporná (nemáme-li zdroje radosti v životě a nejsme-li dobře zakotveni v těle), dostaneme se do stavu, pro který se ustálil termín syndrom vyhoření.“* (1997, str. 101).

Syndrom vyhoření lze definovat jako postupující ztrátu idealismu a energie. S tímto pojetím pracuje práce níže a věnuje se mu podrobněji.

3.1.2 První známé informace o syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je nejspíš stejně starý jako lidská práce, nicméně jeho název pochází teprve z let 1974 – 1975, kdy americký psychoanalytik Herbert J. Freudenberger poprvé popsal „syndrom vyhoření“ v článku Start burnout, který otiskl časopis Journal of Social Issues. Původně byl pojem „burn-out“ používán ve spojení s narkomany v chronickém stadiu, později v souvislosti s pracujícími lidmi, kteří projevovali letargii, zoufalství a bezmocnost. Postupně se tento syndrom stal jednou z nejkoumanějších oblastí při studiu dopadu pracovního stresu na psychiku člověka.

Od těch dob byl tento fenomén různě definován a dodnes není jeho chápání zcela ustáleno. V některých případech je syndrom vyhoření, vyhaslosti konceptualizován jako specifická, stabilní osobnostní vlastnost, někdy jako copingový¹ mechanismus a v jiných případech je široce pojímán jako rovnocenný termín takovým pojmům, jako jsou odcizení, deprese, úzkost, ztráta idealismu či energie. Přesto však lze obecně konstatovat, že v současné psychologické literatuře převládá pojetí syndromu vyhoření ve smyslu psychického stavu vyčerpání, které je důsledkem chronických stresových pracovních podmínek.

¹ coping = schopnost člověka adekvátně se vyrovnat s nároky, které jsou na něj kladeny (Hartl, Hartlová, 2009, str. 88)

3.1.3 Příčiny syndromu vyhoření

„Vyhoření“ není výsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání, jako dlouhodobé působení stresujících podnětů.

Než se začneme podrobněji věnovat syndromu vyhoření, je důležité zmínit se právě nyní o stresujících podnětech, o stresu, který se stal jedním z charakteristických znaků současné západní civilizace. *„Stres je nespecifická odpověď organismu na jakýkoliv požadavek (zátěž), který je kladen na organismus.“* Sdělil Hans Selye a uvedl Charly Cungi v knize *Jak zvládat stres* (2001, str. 15). Každý člověk je vystaven působení zevních vlivů, které nazýváme stresory. Ty mohou být příjemné (například svatba) nebo naopak nežádoucí a nepříjemné (například rozvod). Oba tyto stresové faktory vyvolávají stejný typ rozrušení – emocionální reakci, v tomto případě bušení srdce, pláč apod. Jak se vyrovnáme s těmito stresory – stresem záleží na každém z nás, na našich schopnostech, jak stresu účinně čelit.

Důsledky stresu se dostávají postupně. Počáteční entuziasmus pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace v povolání se postupně vytrácejí. Začíná se měnit profesionální chování člověka, vytrácí se zájem o klienty, pacienty či uživatele služeb, jejich stesky začínají být na obtíž, jsou odbývány ironickými poznámkami. Objevuje se podrážděnost, střídaná skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty.

Zátěžové situace se postupně přenášejí i do rodinného prostředí. Rodinní příslušníci poznávají, že něco není v pořádku, že se partner či partnerka mění, je podrážděný, hádá se, vybuchuje. Stres z povolání se přelévá do domácího stresu a naopak. Na druhé straně může vyrovnané a harmonické domácí prostředí značně zmírnit intenzitu profesionální zátěže.

Samozřejmě, že většina zde uváděných příznaků nemusí vždy znamenat, že se jedná o syndrom vyhoření. Podobné příznaky může člověk na sobě pociťovat například ještě řadu dní po prodělané chřipce, ale po jejich odeznění se opět cítí dobře.

Chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i druhým své obtíže. Zatajují úzkost, strach, vnitřní neklid a tenzi, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy apod. Připadá jim nepatřičné, zejména pokud pracují v pomáhající profesi, naříkat si na zpočátku nepodstatné příznaky. Je jim obtížné dát

najevo, že si nevědí rady sami se sebou, vždyť pracují s lidmi, kteří si se sebou nevědí rady v daleko větší míře.

Pomáhající profese je náročná na očekávání od pracovníků a vzhledem k tomu, že se jedná o profesi založenou na vztahu mezi klientem a pracovníkem, je nezbytné navázat vztah se všemi klienty. Ne vždy a ne všichni klienti jsou nám sympatičtí. Pak je nutno zapojit profesionalitu, vůli a překonávat úskalí, aby vztah fungoval. A to je citově náročné. „*Proto jsou to zvláště služby lidem, v nichž nastává syndrom vyhoření nejčastěji*“, zmiňuje Úlehla (1996, str. 141).

Vysoké pracovní nasazení na straně jedné a nejistota, úzkost a současně snaha obstát na straně druhé, mohou zvýšit pravděpodobnost syndromu vyhoření.

Kopřiva uvádí, že k syndromu vyhoření vedou tři různé cesty. První je ztráta ideálů, kdy na počátku je nadšení, pak se objevují potíže, které narůstají a končí syndromem vyhasnutí. Druhou cestou vedoucí k syndromu vyhoření je workaholismus, neboli alkoholismus práce, tzn. závislost na práci. Neznamená jen to, že někdo hodně pracuje, ale jde o nutkavou vnitřní potřebu hodně pracovat. Jako třetí příčinu označuje Kopřiva „teror příležitostí“ – neschopnost slevit při plnění pracovních závazků. V tomto případě se jedná spíše o nedostatek řádu v životě, kdy chybí odhad, co bude stát kolik času a někdy též o neschopnost odmítnout (1997, str. 101 – 102).

3.1.4 Příznaky (symptomy) syndromu vyhoření

Syndrom představuje skupinu symptomů. Syndrom vyhoření má své typické symptomy, které mají vliv na fyzickou (tělesnou) kondici, emoční rovinu, psychický stav a rovinu sociální. „*Syndrom vyhoření není jen prostým vyčerpáním, i když vyčerpání fyzické, psychické a emocionální je při něm popisováno.*“ (Bartošíková, 2006, str. 21)

Typickými příznaky syndromu vyhoření jsou úzkost, deprese², apatie, snížení sebevědomí, výpadky paměti, potíže se zažíváním, dýcháním, sexuálním životem a kardiovaskulárním systémem. Projevují se v tělesné (fyzické), duševní (psychické) a sociální složce jedince.

² deprese = chorobný smutek (Hartl, Hartlová, 2009, str.105)

Tělesné příznaky syndromu vyhoření se projevují chronickou únavou, svalovými bolestmi, nedostatkem energie a pocity tělesné slabosti. Objevuje se rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení. Jde o odlišný prožitek únavy. Fyzická únava z práce nebo ze sportu po odpočinku přejde, v případě vyhoření je únava spojena s pocity viny a selhávání. Zátěž se projevuje večer jako bolest „rozlámaného celého těla“, přestože skutečná fyzická aktivita během dne byla malá. Dostavuje se zvýšená potřeba spánku, ale spánek bývá nekvalitní – po probuzení se člověk cítí nevyspalý a neodpočatý. Objevuje se častější nemocnost, drobné úrazy a mohou nastat i změny stravovacích návyků spojené se změnami tělesné hmotnosti i potíže s dýcháním. Též riziko zneužívání návykových látek se zvyšuje.

Další možné tělesné příznaky:

- Vegetativní potíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout, „lapání po dechu“ atd.)
- Bolesti hlavy, často nespecifikované
- Poruchy krevního tlaku
- Přetrvávající celková tenze
- Zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity (Psychoweb.cz, 2013).

Duševní vyčerpání je dalším z příznaků syndromu vyhoření. Odráží se v negativních postojích k sobě samému, k druhým lidem a změnou životního postoje. Pracovník trpící syndromem vyhoření může vnímat život jako seskupení nároků, problémů a hrozících katastrof, kdy vše je špatně. V komunikaci je cynický, pesimistický, nechce žádné změny, nic nového, přestává věřit sám v sebe. Objevují se poruchy soustředění i zapomnětlivost, velká únava a pokles výkonu, uhýbání před dalšími úkoly, pocity napětí, nespokojenost, sebelítost, neschopnost uvolnit se. Dochází k utlumení celkové aktivity, snižuje se spontaneita a mizí tvořivost. Činnost se redukuje na rutinní postupy, člověk upadá do činnostního a myšlenkového stereotypu. Může se objevit i větší tendence k návyku na psychoaktivní látky (alkohol, tabák, drogy.) V extrémní situaci má člověk pocit, že jeho život přestává mít perspektivu a ztrácí smysl. Člověk o sobě začíná pochybovat, sílí přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti. Cítí obrovskou úzkost, může se

dostavit i deprese a suicidální³ myšlenky. Může též nastat pokles až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí a mnohdy i negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až doposud vykonávána.

Opakovaná tvrzení jsou charakteristická pro syndrom vyhoření. Nejčastějšími výroky jsou následující věty: „Mám toho dost.“, „Už nemohu dál.“, „Jsem k smrti unaven.“, „Jsem na dně.“, „Připadám si jako vyždímaný hadr.“ (Hudlička, 2008)

Dalším symptomem syndromu vyhoření je **emoční (emocionální) vyčerpání**. U jedince se projevuje tím, že již nemá kapacitu pro naslouchání, pro práci s lidmi. Cítí se citově vysátý, už nechce slyšet další trápení, starosti, prožívá neutěšený pocit beznaděje a bezmoci. Nemá chuť být empatický (empatie – schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby, Hartl, Hartlová, 2009, str. 139), ostatní ho v daných vztazích ohrožují a on se snaží od těchto vztahů distancovat. V případě, že se mu nedaří toto naplnit, je vůči okolí podrážděný – nejprve v práci a postupně toto přenáší i do svého osobního života. K znakům emočního vyčerpání patří sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání (např. nekontrolovatelný pláč nebo podrážděnost doprovázená výbuchy vzteku), pocity strachu, prázdnoty, ztráta odvahy, apatie a osamocení. Hájek v knize *Práce s emocemi pro pomáhající profese* uvádí: „*Syndrom vyhoření je postupný proces nárůstu emoční vyčerpanosti, který začíná vytěsňováním profesních deziluzí, **přílišným emočním výdajem v profesních vztazích bez obnovy vlastních sil.***“ (Hájek, 2007, str. 24)

Toto může vést až k příznaku **odcizení**, kdy člověk postižený syndromem vyhasnutí má ke své práci a svému okolí odosobněný, až lhostejný postoj. „Zákazníci či klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“. (Stock, 2010, str. 20 - 21). Pracovní nasazení jedince, jenž dříve býval velmi snaživý, se snižuje na minimum, neboť na jednu stranu pociťuje zklamání - frustraci, na druhou je skutečně tak vyčerpaný, že už zkrátka nemůže dál.

Syndrom vyhoření způsobuje u člověka potíže i v **sociální rovině** – v rodině a profesním prostředí, tedy v prostoru, ve kterém se nejčastěji pohybuje. Projevuje se v redukci jednání v kontaktu s kolegy, klienty i s rodinnými příslušníky a to se může stát příčinou konfliktů doma i v práci a jejich postupným narůstáním. Jedinec postižený syndromem vyhoření se postupně izoluje od spolupracovníků, vyhýbá se klientům, stahuje

³ suicidální = sebevražedné; (Hartl, Hartlová, 2009, str. 576)

se ze sociálního kontaktu. V důsledku psychické zátěže se u něho zvyšuje i podrážděnost, hostilní postoje, odmítání ve vztazích. Převládá u něho lhostejnost, apatie, nezájem o hodnocení druhými. Dochází u něj k celkovému útlumu sociability (Bartošiková, 2006, str. 22).

3.1.5 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhasnutí je dlouhodobý proces, který se vyvíjí plynule a postupně. Odborníci popisují několik fází vzniku syndromu. Fáze syndromu lze zjednodušeně rozčlenit do těchto stádií: fáze nadšení (předfáze), fáze napětí i únavy, fáze workholika, fáze ztráty nadějí, fáze odcizení, fáze vyhoření.

Na počátku – v jakési předfázi – se člověk snaží **pracovat co nejlépe** a pozitivně se osvědčit. Často má tendenci udělat si vše raději sám a není schopen delegovat úkoly svým kolegům a mnohdy udělá práci i za ně. Ale to už postupuje do fáze, kdy se objevují příznaky napětí a únavy, které si nepřipouští, ani tehdy ne, když ho varuje jeho okolí.

V další fázi se práce stává jediným koníčkem a člověk je okolím označován za **workaholika**. Tento nepřiměřený výdej energie způsobí ztrátu rozlišování mezi podstatným a nepodstatným, jeho práce začíná postrádat systém, objevují se příznaky neurózy⁴

Nastupuje fáze **ztráty nadějí**, kdy se člověk snaží uniknout tlaku, třeba tím, že začíná nadměrně konzumovat alkohol. Postupně ztrácí zájem o lidi, dokonce může cítit odpor jít mezi ně – třeba do práce a postupně se izoluje. Propadá se do fáze, kdy pocit **odcizení a depersonalizace**⁵ vede až k depresi, kterou Vágnerová popisuje jako smutek, jenž je reakcí na pocit neřešitelnosti určité zátěžové situace; (1999, str. 35); člověk ztrácí chuť dělat cokoli. Převažuje u něho špatná nálada, je unavený, zpomalený v myšlení i v práci, může trpět nespavostí nebo naopak přílišnou spavostí, ztrácí chuť k jídlu nebo trpí přejídáním.

⁴ neuróza = duševní porucha související se situací, kterou člověk zakouší jako stresující, (Hartl, Hartlová, 2009, str. 354)

⁵ depersonalizace = stav sebeodcizení a odosobnění, (Hartl, Hartlová, 2009, str. 104)

Poslední fáze znamená **vyhoření**, tj. totální fyzické i duševní vyčerpání, které zablokuje i duchovní život. Člověk ztrácí osobní zaujetí pro věci, které ho dříve naplňovaly, je apatický a postupně získá dojem, že jeho práce je nekonečná a nemá žádný smysl.

Jak jsem zmínila výše, většina odborníků popisuje vývoj syndromu vyhoření ve fázích. Lidé trpící syndromem vyhasnutí procházejí fázemi postupně, je však možné do určité míry některé z fází přeskočit. Ch. Stock píše, že „*nejjednodušší model se skládá ze tří, nejsložitější ze dvanácti stádií, jež se vzájemně překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit...*“ (2010, str. 23). Jako příklad uvádí fázový model autorů Edelwiche a Brodského:

1. Fáze – idealistické nadšení. Člověk má velké ideály a pracuje s nadprůměrným nasazením, avšak svou energii vynakládá neefektivně a přeceňuje své síly. Dobrovolně pracuje přesčas, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se se svou profesí a tak zanedbává volnočasové aktivity. Zapomíná na vyváženost a odpovídající kompenzaci.

2. Fáze - stagnace. Člověk začíná přehodnocovat své počáteční ideály a nadšení, zjišťuje, že profese má svá omezení a že ne všechny ideály půjdou naplnit. Začíná se ohlížet i po jiných, než jen pracovních věcech, přesto zaujímá práce stále nejdůležitější místo v jeho životě.

3. Fáze - frustrace. Člověk zjišťuje velký rozdíl mezi tím, co by chtěl udělat a tím, co lze reálně provést. Jeho zklamání vzrůstá a začíná pochybovat o smyslu svého snažení. Mohou se vyskytnout spory s nadřízenými i počínající emocionální a fyzické potíže.

4. Fáze - apatie. Člověk se začíná vyhýbat náročným úkolům i kontaktům s lidmi. Práce se často stává zdrojem zklamání, počáteční nadšení se zcela vytratilo. Nastupují pocity rezignace a zoufalství. Vnitřní rezignace se stala obrannou reakcí proti frustraci. Mnozí lidé se potýkají s tzv. HH-syndromem charakterizovaným bezmocností a beznadějí („HH“ z angl.. helplessness a hopelessness). Pracovník vnímá své povolání jen jako zdroj obživy, dělá pouze to, co musí, a odmítá jakékoli novinky, rozhovory se spolupracovníky i žádosti o práci přesčas. Klienty se často cítí obtěžován. (Základy krizové intervence, PhDr. Václav Mitáš, 21-06-2008)

5. Fáze – vyhoření. Nastává jako poslední období emocionálního vyčerpání, depersonalizace (Pocit ztráty sebe, vnímání sebe jen jako kolečka ve stroji apod..)

Pracovníci postižení syndromem vyhoření se nacházejí často v **akutním stavu syndromu**. Ten nastává po nadměrném pracovním vytížení (příklad – dlouhodobá nemoc kolegy, jehož práci je nutno plně nahradit.) V případě akutního stavu je dobré si uvědomit, že se podmínky vrátí k normálnímu stavu, neboť má pracovník možnost načerpat nové síly – vzít si dovolenou, odpočinout si a pak zase pracovat a cítit se jako před danou situací.

Vyskytuje se i chronický stav syndromu vyhoření. Přichází zpravidla po dlouhé době praxe. A to vždy, když nám práce již zevšedněla, kdy po období prvního nadšení, očekávání a přání z nové práce a kolegů, dochází k postupné stagnaci až frustraci. Tehdy se ptáme po smyslu své práce, srovnáváme výsledky svého snažení s hodnocením, které se nám dostává. Hledáme smysl své práce, ztrácíme ideály a hodnoty, kterým jsme věřili. Děláme jen to nejnutnější, protože máme pocit, že nemá smysl se moc snažit, neangažujeme se, stahujeme se do sebe a přestáváme komunikovat se svým okolím doma i v práci. V této fázi lze hovořit o syndromu vyhoření.

Proces vyhoření lze v každé fázi zastavit vnější či vnitřní změnou. Někdy však už nelze vše vrátit beze zbytku, někdy „zůstanou jizvy“. Každá životní krize může být i odrazovým můstkem k osobnímu růstu na základě pravdivějšího poznání svých mezí, chyb a rezerv. Může vést k ujasnění si hodnot, priorit a plánů. I z vyhoření se lze něčemu naučit.

3.1.6 Různé pohledy na syndrom vyhoření

Lidé jsou bytosti velmi osobité a existuje mezi nimi řada rozdílů. Na tyto rozdíly upozorňují odborníci při sledování lidí, kteří podléhají stresu a upadají do stavu psychického vyhoření. Rozdíly mezi lidmi se projevují i v tom, jak dokáží reagovat na rozmanité životní situace; zvláště pak na ty plné těžkostí a překážek. Snaha o jejich překonání může jednoho člověka posílit a podpořit jeho sebevědomí, ale druhému naopak způsobí nečekané potíže vedoucí k obavám, strachu a depresi. Již před mnoha lety popsali odborníci dva rozdílné typy lidského chování.

První je typ „**člověka emocionálního typu**“. Křivohlavý uvádí, že „*Lidé emocionálního typu vynikají velikou citlivostí ke společenskému dění i k emocionálnímu stavu druhých lidí. Sami při tom vše hluboce emocionálně prožívají. Jsou citliví k potřebám druhých lidí a k jejich frustracím... Tito lidé mají výraznou potřebu lásky. Mají i schopnost vřelého*

emocionálního vztahu k druhým lidem. Mají obvykle i úzký styk s druhými lidmi, vysokou míru sociální interakce. Jsou schopni s druhými lidmi spolupracovat a poskytovat jim sociální oporu.“

Naopak u druhého typu lidí **lidé myšlenkového (kognitivního) typu** „jsou vybaveni výbornou schopností rozumové analýzy a syntézy, logického myšlení, uvažování, souzení a usuzování. Jsou rození kritici a hodnotitelé toho, co a jak se děje. Mají jasné představy o tom, jak by se co dít mělo. Ve vztazích k druhým lidem jsou však znát jejich nedostatky, tzv. snížená sociální inteligence. Lidé tohoto myšlenkového typu druhé lidi jako by tak moc ani nepotřebovali. Jejich chování k druhým lidem je dosti emocionálně chudé a strohé. K potřebám druhých lidí jsou dosti necitliví. Schopnost empatie není jejich silnou stránkou...“ (1998, str. 81 - 82).

Podobné rozdělení lidského chování přinesla i studie lékařů Meyera Friedmana a Bay H. Rosemana z roku 1974. Tito odborníci se zaměřili na vztah mezi výskytem různých druhů chorob srdce a krevního oběhu (např. infarktu, hypertenze apod.) a určitými formami chování a jednání lidí. Výzkum uskutečnili v průmyslu, obchodu a administrativě při pozorování chování vedoucích pracovníků. Na základě svého výzkumu popsali „**typ chování A**“ a „**typ chování B**“. Lidé, které můžeme zařadit do typu chování A, jednali vždy s mimořádnou energičností.

“... obvykle jednali rychle – až příliš rychle. Chovali se vždy a všude soutěživě až soupeřivě...Obvykle dělali několik věcí najednou. Byli velice pilní v práci. V jednání s druhými lidmi byli velice asertivní, často až agresivní a nepřátelští ... Riskovali často až na hranici únosnosti ... Častokrát se cítili ohroženi a prožívali své specifické úzkosti... Byli netrpěliví k lidem ... měli vždy vysoké cíle ... Druhá skupina lidí – typ chování B – měla jiné charakteristiky chování. I tito lidé měli velkou výkonnost. Úspěch za každou cenu však nebyl cílem č. I jejich života ... Dovedli nejen výkonně pracovat, ale i přiměřeně odpočívat...“ (1998, str. 80 - 81).

Lze vyvodit, že syndrom vyhoření se v pozdějších studiích objevoval podstatně častěji u lidí typu chování A.

K syndromu vyhoření se vztahuje i výzkum profesora Aarona Antovského, který se v USA a později i v Izraeli věnoval otázce „proč někdo určitou nemoc nedostane“. Tuto svoji studii nazval „**salutogeneze**“, to znamená zjišťování toho, jak se rodí zdraví. Tento

termín zvolil záměrně jako protiklad k „patogenezi“, tedy k faktorům, které vedou k nemoci. Profesor Antovský srovnával nejdříve skupiny lidí, které přežily koncentrační tábor v Osvětimi.

„První skupina zvládala životní problémy velmi dobře, ale druhá skupina v podstatě jen „živořila“ a o nic moc se nezajímala, snadno se vzdávala. Výsledkem jeho výzkumů se stalo SOC – Sense of Cohesion – smysl pro soudržnost; pojetí nezdolnosti. Na základě Dotazníku nazvaného SOC, který navrhl, bylo dokázáno, že lidé bližší kladnému pólu tří dimenzí nezdolnosti, zvládají životní úskalí mnohem lépe a tak snadno nevyhoří. Dokáží úspěšněji vzdorovat syndromu vyhoření.“ (Křivohlavý, 1998, str. 82 - 83).

Jak je popsáno výše, lze zobecnit, že každý zvládá stres jinak – často jinak, než by si do té doby sám pomyslel.

„Někdo se s trvalým stresem potýká a lépe ho snáší díky trpělivosti, ekonomickému nakládání s rezervami svých sil a dlouhodobé perspektivě. Jiný brzy kapituluje a užívá se sebelítostí, propadá letargii a nakonec i depresivním náladám. Opět jiný je možná velký perfekcionista, nadměrně angažovaný a postrádající cit pro vlastní meze – ten jde s klapkami na očích stále kupředu, dokud ho duševní a tělesné vyčerpání nedonutí, aby se zastavil!“ (Kallwass, 2007, str. 124).

3.2 Prevence syndromu vyhoření

Ukazuje se, že u řady lidí, kteří prodělali syndrom vyhoření, nebyly uspokojeny tzv. základní existenciální potřeby – smysluplnost bytí – je jedním z hlavních faktorů, jak při úniku, tak při zvládnutí syndromu vyhoření. Touto základní existenciální potřebou se rozumí prožívání smysluplnosti existence. Toto prožívání smysluplnosti existence je přitom jevem v jádru subjektivním. Vztahuje se jak k pocitu (představě) smysluplnosti práce, tak k pocitu smysluplnosti života jako celku. Zážitek smysluplnosti práce je přitom dílčím úsekem celkové životní spokojenosti a jednou z nejdůležitějších složek smysluplnosti bytí (Křivohlavý, 1998, str. 75).

Obecné metody prevence syndromu vyhoření

Prevence znamená něčemu předejít, předcházet. Dle Psychologického slovníku (Hartl, Hartlová, 2009, str. 450) znamená prevence předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj. Odborníci vypracovali řadu studií, které se zabývají prevencí vyhoření a stresu. Důležitá je určitě zdravá životospráva, do níž je zahrnuta nejen zdravá výživa a zdravý pohyb, ale i dostatek odpočinku, čas na své hobby a činnosti, které konáme jen tak, pro radost. Aby bylo naše pracovní nasazení vyváženo relaxací. K prevenci syndromu přispívají i dobré mezilidské vztahy; nejen funkční rodinné zázemí, ale i pěstování přátelství a kamarádství. Velmi důležitý je v prevenci vyhoření právě vztah k sobě, přijetí sebe sama, poznání svých limitů. A podpora své duchovní dimenze života.

3.2.1 Duševní hygiena

Poskytování sociální práce je náročné a pro někoho může být až stresující. Aby mohl sociální pracovník pomoci klientovi v jeho tíživé sociální situaci, tak musí být sám v psychické pohodě a k té mu pomáhá duševní hygiena.

Duševní hygiena neboli psychohygiena pomáhá při vysoké pracovní zátěži udržet psychickou vyrovnanost. Pojem duševní hygiena můžeme chápat jako „*interdisciplinární obor zaměřující se na otázky hledání a nalézání efektivního způsobu života, optimální životní cesty pro každého člověka*“ uvádí ve svém cyklu přednášek Duševní hygiena,

relaxační metody, PhDr. Jaroslava Dvořáková (2012). Míček charakterizoval duševní hygienu takto: „*Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.*“ (1984, str. 9). V současné době je na duševní hygienu nahlíženo jako na soubor poznatků, schopností, dovedností a aktivit, jež mohou ovlivnit podmínky lidského života, a to například snížením či odstraněním rizik, která vyvolávají nebo udržují duševní problémy a nemoci nebo zvýšením vlivu protektivních, ochranných činitelů, které podporují duševní zdraví a osobní pohodu (Baštecká, 2009, str. 75). V užším slova smyslu lze duševní hygienu chápat jako obor zabývající se problematikou uchování duševního zdraví. Zde je vhodné doplnit, že duševní hygiena se zabývá v první řadě duševně zdravými lidmi. Zabývá se však i lidmi na hranici mezi zdravím a nemocí, u nichž se projevují stále vážnější příznaky narušení duševní rovnováhy. Těm se snaží naznačit cesty ke znovunabytí duševní rovnováhy a posílit jejich duševní život. Duševní hygiena se věnuje i lidem nemocným. Těm přináší podněty k dodržování zásad duševní hygieny v době mimořádného zdravotního vypětí a ukazuje, jak je možno dodržováním těchto zásad lépe a s větším úspěchem vzdorovat nemocem. „*Duševní hygiena se odlišuje od psychoterapie, a to tím, že jí jde spíše o upevňování relativně dobrého duševního zdraví než o odstraňování jeho poruch.*“ (Křivohlavý, 2003, str. 143).

Slovo hygiena pochází z řečtiny a překládá se jako zdravotní věda, tedy soubor poznatků a metodických postupů zaměřených na to, jak si udržet zdraví. Lékařský obor zabývající se hygienou se zaměřuje na prevenci fyzického zdraví. O dosažení obdobného cíle v oblasti duševního života člověka usiluje duševní hygiena. Chápeme ji tedy jako obor zabývající se hlavně otázkami odpočinku, relaxace, životosprávy a dále i soubor poznatků umožňujících člověku nalézt, uspořádat a optimálně realizovat koncepci či program vlastního života.

Nejstarší koncepce z oblasti duševní hygieny, které zahrnují poznatky o správném uspořádání životosprávy, předcházení nemocem nebo otázky celkové životní vyrovnanosti a moudrosti, můžeme nalézt již v období starověku a středověku, kdy byly rozvíjeny v rámci teologie, filozofie i medicíny. Již řecký filozof Demokritos chápal člověka jako dynamický systém, který by měl žít v rovnováze se sebou i s přírodou a světem, které ho obklopují. Každé vychýlení z této rovnováhy znamená onemocnění. Učil lidi umět se radovat z maličkostí. Naproti tomu Epikuros byl přesvědčen, že nejdůležitější je poznání, jehož prostřednictvím lze postupně dospět ke stavu určitého životního nadhledu, životní

vyrovnanosti a moudrosti. I Epiktetos kladl důraz na dosažení klidu, vytrvalosti, otužilosti a neochvějnosti. Stavěl tedy na vlastnostech, které si člověk musí vypěstovat, aby si dokázal svobodně odříci všechno, co nemá šanci získat.

Duševní hygiena v moderním pojetí byla uplatňována prakticky až na začátku 20. století. Poprvé se setkáváme s tímto pojmem u psychiatra Adolfa Meyera, který spolu s Cliffordem W. Beersem přispěl k rozvoji duševní hygieny jako medicínského, občanského a sociálního hnutí založeného na občanské angažovanosti. Clifford W. Beers byl americký učitel, který upozornil na neblahý osud chovanců amerických ústavů pro duševně nemocné. Na popud jeho a jeho spolupracovníků byla již v roce 1908 založena Connecticutská společnost pro duševní hygienu. Vznik této společnosti přispěl k založení mezinárodních společností duševní hygieny, jako prvního Mezinárodního výboru duševní hygieny a po druhé světové válce Světové federace duševního zdraví. (World Federation for Mental Health), jejímž posláním je „*podpora nejvyšší možné úrovně duševního zdraví všech lidí a národů v jeho nejširších biologických, medicínských, vzdělávacích a sociálních aspektech.*“ (Baštecká, 2009, str. 76). Jednou z důležitých akcí této federace bylo, ve spolupráci s OSN, vyhlášení Mezinárodního roku duševního zdraví v roce 1960. Právě druhá polovina 20. století přinesla značný rozvoj poznatků duševní hygieny a jejich využívání v řadě oblastí, např. ve výchově, školství, armádě, pastorační péči, rodinném a výchovně-vzdělávacím poradenství. (Baštecká, 2009, str. 76) V současnosti není duševní hygiena samostatný vědní obor, ale je chápána jako tematická součást psychologie zdraví. Nejčastěji hovoříme o širším a užším pojetí duševní hygieny a také pojetí zaměřené negativně a pozitivně.

Širší pojetí duševní hygieny je zaměřeno na péči o dobrý stav a vývoj duševního zdraví jako součásti celkového zdraví člověka. **Pozitivním pojetím** duševní hygieny je myšlena pozitivně založená a aktivně podporovaná orientace na hlavní oblasti duševního zdraví a důraz na odpovědnost lidí za stav duševního zdraví. **Užší pojetí** duševní hygieny souvisí s primární a terciární prevencí odstranění duševních nemocí. Pojetí duševní hygieny zaměřené na negativa souvisí s odstraňováním stresu a nadměrné psychofyzické zátěže. Můžeme shrnout, že pojem duševní hygiena je používán stále, někdy i v podobě „psychohygiena“. Těší se zájmu široké veřejnosti v podobě nabízených kurzů a programů ukazujících, jak si člověk může účinně poradit s každodenními a náročnými situacemi. Ve většině evropských zemích je vyučována jako součást psychologie zdraví v rámci studia na

vysokých školách i jako kurz výcviku základních znalostí, schopností a dovedností souvisejících s lidskou psychikou (Baštecká, 2009, str. 77-78).

K upevnění a posílení duševního zdraví přispívá duševní hygiena. Její základní zásadou je po mnoho let stále stejné poznání - dodržování správné životosprávy. Správnou životosprávou je myšlen dostatek spánku, zdravá strava, dostatečný pohyb a dostatečný odpočinek.

Spánek je *„celkový útlum činnosti ústředního nervstva provázený snížením intenzity většiny životních pochodů. Má význam především pro učení, paměť a schopnost soustředění. Nedostatek spánku snižuje duševní schopnosti“* (Hartl, Hartlová, 2009, str. 554), a proto doporučují odborníci spát cca 8 hodin a nepodcenit spánkovou hygienu. Kromě dostatku spánku patří mezi její důležité složky i prostředí na spaní, jehož vhodná úprava přispívá ke zvýšení kvality spánku. Klid, ticho, dobře větraná a spíše chladnější místnost a pohodlná postel umožňují klidný spánek a načerpání nových sil. Regenerace nervového systému a osvěžení celého organismu není závislé jen na délce spánku, ale i na jeho kvalitě.

Ve výživě je nutné dbát na to, aby se člověk nepřejídal, ale pamatoval také na vhodné složení potravy a pravidelnost v jídlu. Ve zdravé stravě preferujeme rostlinná jídla a dostatek času na jejich konzumaci, nespěchat při jídlu. Pro duševní zdraví je nezbytné usilovat o harmonický život, mít čas a citové zázemí pro odpočinek a vést život v rodině tak, aby v něm docházelo k zátěžím a stresům co nejméně. K udržení a upevnění dobré tělesné a duševní kondice přispívá pohyb a tělesná práce. Dostatečný pohyb, tělesná práce a cvičení jsou velmi důležité, protože jejich nedostatek způsobí zátěž psychiky a zhoršení emočního stavu. K dobrému odpočinku a správné regeneraci sil je nezbytné dodržování zásady – odpočívat již při lehké únavě a soustředit se na odpočinek a ne na jiné věci. Dodržování zásad životosprávy slouží především jako prevence. Dobrá životospráva nás udržuje v psychické i fyzické rovnováze a tudíž jsme schopni odvádět dobrou práci a posílit se proti vzniku syndromu vyhoření.

Duševní hygiena zahrnuje i prvky relaxace, o kterých se zmiňuji v následující části Relaxační techniky. Současně bych ráda připomenula i **význam pohybu a cvičení**, zvláště takového cvičení, které má velké nároky na spotřebu kyslíku, tedy cvičení aerobické. Toto cvičení charakterizují čtyři podmínky: probíhá bez přestávky, trvá nejméně dvacet minut,

probíhá přiměřeným tempem a procvičuje nejvíce svaly dolní poloviny těla. Doporučován je jogging, plavání, ostrá chůze. Aerobická cvičení i jakákoli jiná cvičení snižují stres a napětí organismu (Howard, 1998, str. 124,202).

Duševní hygiena se zabývá i **úpravou pracovního prostředí**. V průběhu pracovní činnosti je náš organismus zatěžován mnohem více než v době odpočinku. Pracovní prostředí by proto mělo být upraveno a vybaveno hygienicky. Jedná se především o úpravu vizuálních podmínek, jako je vhodné osvětlení, výběr barev v místnosti, úprava akustických podmínek kam lze zařadit intenzitu a frekvenci zvuku a důležitá je též vhodná teplota a vlhkost vzduchu. Úprava by se měla týkat i estetické stránky, aby prostředí působilo příjemně. Pokud jsou všechny tyto atributy optimální, lze očekávat lepší pracovní výkon, protože v takto upraveném prostředí se lze lépe koncentrovat na danou práci.

Součástí duševní hygieny jsou i **dobré mezilidské vztahy** v rodině i v pracovním kolektivu. Jak dokází ovlivnit osobnost člověka v kontextu se syndromem vyhoření, ukázal výzkum, který se zabýval výskytem burnout syndromu u zdravotnického personálu v domovech pro seniory v oblasti severní Moravy. Výzkum byl proveden v roce 1998 a týkal se 110 zaměstnanců většinou státních, ale i charitativních zařízení. Výsledek výzkumu poukázal mimo jiné i na skutečnost, že respondenti žijící v manželství byli méně vyhořelí a měli vyšší naplnění smyslu života než respondenti rozvedení. Z toho můžeme vyvodit, že lidé žijící v manželství mají zřejmě po příchodu z náročného zaměstnání domů větší šanci nabrat nové síly a získat energii do dalšího pracovního dne než lidé rozvedení (Prášilová, 2000, str. 24-25).

Do duševní hygieny zařazujeme i **organizaci práce**, je proto užitečné naučit se hospodařit s časem i s vlastními silami.

Součástí duševní hygieny (ačkoliv to zní možná paradoxně) je i hledání způsobu, jak stresu uniknout. Howard v Příručce pro uživatele mozku doporučuje **vyhledávat úlevu**, tzn. využít vlastní tvořivosti i tvořivosti druhých lidí k tomu, abychom snížili stres, třeba tím, že máme seznam lidí, kteří nám v případě časové tísně pomohou ohlídat malé děti. Současné výzkumy přinesly poznatek, že k úlevě stresu stačí pouhé vědomí, že nám někdo pomůže (1998, str. 203-204.).

3.2.2 Relaxační techniky

Relaxace představuje snadný, rychlý a účinný kontakt s tělem, uvádí Kopřiva v knize Lidský vztah jako součást profese. Relaxace je souhrn cvičení, která slouží k odpočinku a znovunabytí energie. V psychologickém slovníku je pojem relaxace vysvětlen jako „*uvolnění svalového a duševního napětí, nutné zvláště tam, kde k napětí dochází v důsledku psychického onemocnění ...*“ (Hartl, Hartlová, 2009, str. 504). Existuje široká škála různých relaxačních technik, ale nejčastěji je zmiňováno 6 typů relaxace, o nichž se stručně v této části zmíním:

- Autogenní trénink podle Schultze
- Uvolnění svalů podle Jacobsona – Jacobsonova progresivní relaxace
- Jóga
- (Auto)hypnóza
- (Nenáboženská) meditace, tzv. bdělé snění
- Biofeedback, neboli biologická zpětná vazba

Při relaxaci se především využívají dechová cvičení, která pozitivně ovlivňují mnohá somatická a psychická onemocnění. První poznatky o dechových cvičeních – tedy o tom, jak správně dýchat - pocházejí z Východu, zejména z území Indie, Číny, Japonska. Například v buddhismu bylo velmi podrobně rozpracováno pozorování dechu, tedy vědomé pozorování vdechování a vydechování. Z tohoto důvodu zařadil i J. H. Schultz do svého autogenního tréninku právě nenásilné pozorování dechu, které je v moderní současné době doporučováno řadou odborníků. Je dokázáno, že i krátké nenásilné sledování vlastního dechu v průběhu každodenního života vytváří předpoklady pro celkové uklidnění. Zvláště vhodné je nasazovat je v okamžicích, kdy hrozí rozčilení, protože nikdo nemůže pozorovat své dýchání a přitom se rozčilovat. **Schultzova metoda** je vytvořena na základě prvků jógy, o které píší níže.

Jacobsonova progresivní relaxace představuje jinou relaxační techniku, která přináší symptomovou úlevu, velmi potřebnou v situaci zvýšené zátěže. Tato metoda je založena na střídání napětí a relaxace v určitých svalových skupinách. Je důležité si uvědomit oba tyto stavy. Jedná se o zatínání a následné povolování určitých skupin svalů, kdy kontrola dýchání je nezbytná (Míček, 1984, str. 169).

Z asijských relaxačních technik se zmíním o té nejznámější a tou je určitě **jóga**. Jóga disponuje velmi propracovaným systémem dýchacích cvičení, z nichž mnohá jsou uplatňována v každodenní praxi duševní hygieny. Jedna z vědecky zdůvodněných zásad převzatých z jógy je dýchání nosem a nikoli ústy, kdy lze takto snížit neprůchodnost nosních drah. Hluboké dýchání, neboli dýchání plnými plicemi, je též zásada převzatá z jógy. Všechna dýchací cvičení v józe je doporučeno provádět v příjemné, relaxované a nehybné pozici s vyrovnanou páteří, nejlépe v sedu se zkříženými nohama. Některé zásady ze cvičení z jógy je žádoucí aplikovat i v běžném pracovním dnu. Před započítím jakékoli práce, před vyslovením závažného rozhodnutí nebo i před setkáním s lidmi je užitečné se zhluboka klidně nadechnout. Pokud chceme vyzkoušet náročnější dechová cvičení, pak je nezbytné poradit se se zkušeným cvičitelem jógy (Míček, 1984, str. 50 – 53).

Pro prevenci syndromu vyhoření lze využít i další z relaxačních technik, **hypnózu**. Tento termín poprvé použil anglický lékař James Braid. Hypnóza je označována jako „*uměle navozený, změněný stav vědomí vyznačující se zvýšenou sugestibilitou (...) a hyperkoncentrací pozornosti. Vyznačuje se ztrátou já, pasivitou, poslušností k příkazům hypnotizéra; někdy se užívá k terapeutickým účelům...*“ (Hartl, Hartlová, 2009, str. 201, 202). Z vědeckého hlediska je zajímavé, že různé stupně vnímavosti pro hypnózu vykazuje až 90% populace. Schopnost upadnout do hypnózy byla zaznamenána nejvíce u lidí s živou představivostí a bohatým denním sněním.

Meditace, jinak též rozjímání, patří do relaxačních technik. Howard uvádí: „*Výzkum dokládá, že meditační techniky nejsou účinnější než jiné relaxační postupy...Meditace není to, že si něco myslíme...Meditace se od hypnózy v mnohém podstatně odlišuje. Stav mysli se v průběhu hypnózy i meditace mění, od bdělého stavu se odlišuje.*“ (1998, str. 203). Do relaxačních metod patří i meditativní technika, jejímž cílem je zbavit jedince nesoustředěnosti, přeskokování pozornosti z předmětu na předmět. Tato třístupňová technika pochází z Dálného východu a je známa též jako technika zbavení „opičí mysli“. V první fázi se člověk zadívá na nějaký předmět, třeba rostlinu. Pak zavře oči a vybaví si jej ve zrakové představě. V poslední, třetí fázi, znovu otevře oči a o své vizualizaci se přesvědčí. A současně si uvědomí, jak toto zaměření pozornosti zklidňuje.

Biologická zpětná vazba, relaxační technika známá jako **biofeedback**, je poměrně nová relaxační metoda. Poprvé ji představil J. Kamiya z Neuropsychiatrického institutu

V San Francisku v roce 1971. Jedná se o poznatek, že každý člověk se osobně setkal s vnějším ovlivněním frekvence vln, jako je uklidňující zurčení potůčku či uspávající rytmus kol vlaku, a tím i hladiny vědomí. Tato biologická zpětná vazba působí jako prostředek řízené kontroly v dosahování hladiny vln alfa, a tím navození stavu relaxace, jako obrany proti důsledkům stresu (Hartl, Hartlová, 2000, str. 75).

Důležitým zjištěním na základě vědeckých výzkumů je poznatek o přibližně stejné účinnosti různých relaxačních metod (Howard, 1998, str. 202). Metody, o kterých píše v této části, přinášejí obdobné výsledky jako prostý odpočinek, krátký odpolední spánek, sauna, střídání činností, aerobická cvičení, kam zařazujeme i plavání a ostrou chůzi, uměřená konzumace jídla a nápojů, péče o domácí zvířata a samozřejmě smích. Odborníci doplňují, že deset minut zvonivého smíchu nám poskytne dvě hodiny bezstarostného spánku.

Všechny zde představené relaxační techniky jsou cvičení zaměřená na psychickou i fyzickou relaxaci – uvolnění, které příznivě působí na odplavení stresu, odstranění psychického napětí a neklidu, zvládání zátěžových situací, prevenci psychosomatických onemocnění, překonání chronické bolesti a zmírňování psychických potíží.

Duševní hygiena úzce souvisí s naším systémem hodnot. *“Každý člověk by si měl sám pro sebe ujasnit, co jsou pro něho hodnotné cíle, k nimž bude zaměřovat své úsilí, čemu bude dávat přednost. Také uspokojivé sociální a citové vztahy jsou významnou součástí našeho života a posilují naši odolnost vůči fyzickým i duševním stresům. Duševní hygiena by měla zahrnovat i cílevědomou práci na sobě samém.”* (wikipedie.cz, 2013).

3.2.3 Supervize

Supervize je poskytována pomáhajícím pracovníkům a tedy i zaměstnancům azylových domů. Supervize se stala nezbytnou součástí práce sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, protože jim pomáhá vyrovnat se s obtížnými případy chování a jednání klientů.

Odborná literatura poskytuje řadu definic supervize, např. Hawkins a Shohet uvádějí ve své knize Hessovu definici supervize jako *„čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve*

snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem.“ (2004, str. 59). Z pohledu Českého institutu pro supervizi, rozumíme supervizi bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost, nikoliv kontrolu nebo hodnocení práce daného pracovníka. (Český institut pro supervizi, 2006.) Supervize, neboli nadhled, to je cosi, co pracovník nutně potřebuje, aby se nezahltil. Potřebuje získat náhled, kdykoli cítí, že to, co se děje, by nemělo být, anebo by mělo být jinak, jenže se mu nedaří té změny dosáhnout. K tomu, aby nadhled získal, potřebuje pracovník pomoc sám pro sebe. Potřebuje někoho, s nímž si o tom může povídat, tedy supervizora, čili toho, kdo pomáhá získat nadhled, neboli supervizi (Úlehla, 1996, str. 137-138).

Co přesně se v supervizním procesu děje, popisuje Matoušek na základě poznatků Hawkinse a Shoheta následovně: *„Jeden člověk (supervizant – pracovník, který je supervidován) přináší druhému člověku (supervizorovi, odborníkovi, který supervizi provádí) příběh, obraz, pocity týkající se třetího člověka (klienta) a podává selektivní, subjektivní zprávy o některých aspektech své práce. Supervizor obvykle klienta nezná.*“ (2008, str. 349). Mezi tím, co dělá supervizor s pracovníkem a tím, co dělá pracovník s klientem, by neměl být principiální rozdíl. Pochopitelně bude rozdíl v jednotlivých obsazích a tématech, s nimiž za supervizorem pracovník přichází, ale způsob, jak se k nim supervizor bude stavět, aby pracovníkovi pomohl dostat se k nadhledu, bude zcela stejný, jako když klient u pracovníka hledá pomoc. Přesto si ale nemohou být pracovníci sami sobě supervizory, protože povídat si o svých obtížích s někým je jiná činnost a přináší jiné výsledky, než řešit to sám. (Úlehla, 1996, str. 137 – 139).

Mezi součásti účinné supervize patří: podpora soustavné aplikace filozofie poslání dané služby (zaváděním přístupu při rozboru případů, citlivá konfrontace nedůsledností v chování pracovníka), posílení pracovníka (podpora pracovníkova vlastního přístupu delegováním odpovědnosti a oceněním, zajišťováním potřebných zdrojů jako je „chráněný čas“), podporování profesního a osobního růstu pracovníka, podporovat pracovníka v respektu k sobě, pomáhat týmu stanovit priority.

Rozlišujeme několik druhů supervizí: **výuková supervize** – ta se zaměřuje téměř výhradně na vzdělávací funkci, supervizor mívá spíše roli učitele; pomáhá účastníkům rozebírat jejich práci s klienty, zatímco řídicí a podpůrnou funkci poskytuje účastníkům někdo na pracovišti. **Výcviková supervize** zdůrazňuje rovněž vzdělávací funkci a je více

aplikována např. u psychoterapeutů ve výcviku pracujících s klienty vyčleněnými pro jejich výcvik. Supervizor zde přebírá jednoznačnou řídicí či normativní roli a má jistou zodpovědnost za práci s klienty. Označení **pro řídicí – manažerskou supervizi** je používáno tam, kde je supervizor zároveň nadřízeným supervidovaných. Supervizor a supervidovaný jsou ve vztahu nadřízený – podřízený (spíše než ve vztahu instruktor – účastník). Při **poradenské supervizi** zůstává supervidovaným odpovědnost za práci, kterou vykonávají se svými klienty, ale se supervizorem, který není ani jejich instruktorem ani vedoucím, konzultují otázky, které si přejí rozebrat. Tento druh supervize je určen zkušeným, kvalifikovaným pracovníkům (Hawkins, Shohet, 2004, str. 62).

Základní rozdělení supervize je následující: **individuální, skupinová a týmová**. Speciální místo zaujímá balintovská skupina, o které můžeme říci, že se stala předchůdkyní současného pojetí supervize. Balintovský způsob práce se osvědčil a je využíván dodnes. Více se o této formě supervize zmíním v kapitole 3.2.4.2. Na jednom pracovišti mohou probíhat všechny formy supervize. Jak bude supervize probíhat a na co se zaměří, se stanoví podle určených cílů supervize. Smyslem supervize je pomoc pracovníkům, klientům i celému zařízení. Jako obsah a náplň supervize lze uvést zvážení kvality péče o klienta samotného i danou péči celkově. Nejvýznamnější složkou celého procesu jsou vztahy, a proto (tady) je důležité podotknout, že supervize neslouží jen supervidovanému, ale hlavně jeho klientům. Mezi pracovníkem a klientem funguje protipřenos. To znamená, že pokud bude pracovník zahlcen svými problémy, negativními pocity apod., tak se jeho negativní stavy promítnou na klienta, kterému tímto jen uškodí. Protože prvořadým smyslem supervize je ochrana nejlepších zájmů klienta.

Supervize má funkci vzdělávací, podpůrnou a řídicí. Odborníci se shodují, že nejdůležitějším přínosem supervize je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování jeho dovedností a současně i pomoc řešit těžko řešitelné případy i pomoc vyrovnat se s pracovním stresem. Hawkins a Shohet v knize *Supervize v pomáhajících profesích* potvrzuje, že nedostatek supervize může vést k rigiditě a zaujímání obranné pozice, což vede k syndromu vyhoření (2004, str. 33 – 36) kvůli této skutečnosti je v pomáhajících profesích obecně, nejenom v sociální práci, supervize důležitá.

3.2.4 Doporučené metody prevence syndromu vyhoření pro pracovníky azylových domů občanského sdružení Naděje

3.2.4.1 Naděje, občanské sdružení – prezentace

Vznik občanského sdružení Naděje je spojen s myšlenkou založit misijní a charitativní organizaci, která nejen umí pomoci lidem, kteří pomoc potřebují, ale dokáže naplnit i potřebu lidí, kteří pomáhat chtějí.

Na začátku srpna roku 1990 začala spontánní a zpočátku bezejmenná práce jako klasická charita na pražských nádražích, kam přijížděly vlaky s rumunskými uprchlíky. Již 21. srpna 1990 registruje ministerstvo vnitra Naději jako občanské sdružení. V prvních měsících (srpen 1990 – duben 1991) to byla pouze dobrovolná nadšená práce v Praze při zajišťování ubytování a stravování uprchlíků, později v uprchlických táborech v Jablonečku u Mimoně a v Bělé pod Bezdězem a pak opět v Praze, kde začala příprava vlastních středisek.

O vznik Naděje se zasloužili nejvíce manželé Hradečtí, zvláště paní Vlastimila Hradecká. S její osobností je spojen nejen vznik, ale i následný rozvoj tohoto občanského sdružení. Byla to právě Vlastimila Hradecká, která s předstihem několika let pochopila budoucí vývoj společnosti a potřeby lidí, kteří se dostávají na její okraj.

Počáteční nadšení několika jednotlivců vedlo ke vzniku organizace, která v současnosti působí na celém území naší republiky. Začínala s pomocí uprchlíků, později se její programy rozšiřovaly na další skupiny potřebných lidí – lidí bez domova, opuštěné a staré občany, děti a mládež s různým typem postižení, opuštěné děti, propuštěné vězně, národnostní menšiny.

Cílem Naděje je vybudování a provozování sítě služeb lidem v nouzi na křesťanských principech. Ve svých zařízeních i mimo ně poskytuje Naděje pomoc duchovní, morální, sociální, zdravotní, lékařskou, hygienickou, stravovací, ubytovací, hmotnou, právní, poradenskou, osvětovou, vzdělávací a výchovnou včetně doplňkových služeb. Veřejně prospěšné služby jsou poskytovány v pobočkách. Uplatňována je dobrovolná práce, práce pravidelná a příležitostná, a práce v pracovním poměru. Spolková činnost je výhradně neformální a dobrovolná.

Poskytované sociální služby se diferencovaly již od prvního roku zahájení činnosti, kdy vznikla i první definice Integračního programu. V současné době je činnost Naděje prezentována v následujících programech: program pro děti a mládež zaměřující se hlavně na práci s dětmi a mládeží v nízkoprahových zařízeních a v poslední době i na podporu dětí a mládeže ve vyloučených lokalitách. Program pro rodiny vznikl na podporu náhradní rodinné péče jako alternativy pro opuštěné děti přijetím do otevřené rodiny. V současnosti je tento program propojen s Programem pro děti a mládež. Další integrační program je zaměřen na pomoc širokému okruhu lidí, kteří se nacházejí v různých nepříznivých životních situacích, kam patří i lidé bez domova. Dětem, mladým lidem i dospělým se zdravotním postižením, zejména s mentálním a kombinovaným postižením, je určen Program pro lidi s handicapem. Důležitou náplní činnosti Naděje je starost a péče o seniory, které jsou zahrnuty do Programu pro třetí věk. Součástí této péče jsou i specializované služby lidem trpícím demencí včetně Alzheimerovy choroby. Nejmladší program je zaměřen na celoživotní vzdělávání zaměstnanců. Součástí některých integračních programů jsou terénní, ambulantní a pobytové služby, které na sebe navazují a doplňují se podle individuálních potřeb svých uživatelů. Specifickou službou je ordinace praktického lékaře pro lidi bez domova v Praze, kterou doplňuje pomoc vyškoleného pracovníka terénní služby přímo na ulici. Tato služba je poskytována v nízkoprahovém středisku Naděje v Praze 1, které spolupracuje s pražskými azylovými domy (Nadeje.cz, 2013).

Charakteristika azylového domu Naděje

V průběhu své profesní činnosti jsem měla možnost několik let pracovat v jednom ze zařízení pražské pobočky Naděje, v azylovém domě pro ženy. Z tohoto důvodu jsem pro svoji práci zvolila popis právě tohoto azylového domu.

Azylový dům pro ženy občanského sdružení Naděje má oficiální název Dům Naděje Vršovice. Je umístěn v klidné lokalitě městské části Prahy 10, ve Vršovicích, nedaleko rekreačního areálu parku „Grébovka“.

Tento azylový dům, podobně jako další azylové domy Naděje, je součástí Integračního programu Naděje, v rámci něhož je zařazen mezi pobytové služby. Jeho posláním je

pomáhat ženám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení při návratu k běžnému způsobu života.

Cílem zařízení je, aby každá uživatelka využila pobyt v azylovém domě k řešení některé z následujících oblastí: získání a udržení zaměstnání nebo jiného stabilního příjmu, obnově přirozených vztahů, k řešení závazků, k využívání běžně dostupných služeb a informací. Naplnění těchto cílů usnadní odchod do návazného bydlení nebo ubytování.

Cílovou skupinu tvoří ženy od 18 let v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou domova nebo bydlení, kterou nejsou schopny řešit vlastními silami. Zároveň zdravotní stav žadatelek o službu závažným způsobem nenarušuje jejich soběstačnost. Nepříznivou sociální situací je rozuměno zejména: nejisté nebo nevyhovující bydlení, nezaměstnanost, vztahové problémy, nedostatek prostředků pro zajištění běžného způsobu života, návrat z výkonu trestu odnětí svobody a ústavní péče.

Občanka EU, která je hlášena k přechodnému pobytu v ČR a její rodinní příslušníci, nebo cizinka, které byl udělen v ČR azyl, nebo cizinka, která má v ČR povolen trvalý pobyt, má právo na stejné služby jako občan ČR. Zájemkyně o službu musí být schopna porozumět pravidlům poskytování služby, se kterými je seznamována v českém jazyce.

Dům Naděje Vršovice nabízí zájemkyním následující služby: ubytování (zpravidla nepřevyšující jeden rok), sociální poradenství, umožnění přípravy teplé stravy, potravinovou pomoc (dle pravidel pro výdej potravin), možnost praní osobního prádla, křesťanskou duchovní službu.

Kontaktním a koordinačním místem pro vstup do služby azylového domu je nízkoprahové denní centrum. Sociální pracovník nízkoprahového denního centra vydává doporučení pro poskytování služeb azylového domu a současně zprostředkovává zájemkyni lékařskou prohlídku a příslušné potvrzení o zdravotním stavu, které je nezbytné pro ubytování v azylovém domě.

Služby azylového domu jsou poskytovány na základě písemné smlouvy uzavřené mezi poskytovatelem a zájemkyní. Sociální pracovník azylového domu projednává a uzavírá smlouvu na základě doporučení nízkoprahového denního centra.

Zájemkyni může být poskytování služby odmítnuto. Nejčastějšími důvody pro odmítnutí služby jsou následující: zájemkyně nespadá do cílové skupiny, v azylovém domě nejsou volná lůžka, a nebo zařízení neposkytuje služby, které zájemkyně požaduje.

V současné době má azylový dům kapacitu 30 lůžek, zájemkyně jsou ubytovány ve dvoulůžkových, třílůžkových a jednom čtyřlůžkovém pokoji. K dispozici mají vybavenou kuchyňku pro přípravu teplé stravy, možnost využít automatickou pračku, společenskou místnost, terasu s posezením a možností sušit prádlo. Malá knihovna a počítač s internetem slouží k vyplnění volného času klientek.

Provoz azylového domu je nepřetržitý a zajišťují jej pracovnice v sociálních službách a sociální pracovnice.

Obětaví a vstřícní pracovníci azylového domu a v poslední řadě i útulné a čisté prostředí azylového domu s domácí atmosférou poskytuje vhodné zázemí pro řešení tíživých problémů klientek.

3.2.4.2 Doporučená preventivní opatření k posílení profesních kompetencí zaměstnanců azylových domů

Zaměstnanci azylových domů jsou nejčastěji pracovníci zařazení na pracovní pozici sociální pracovník a pracovník v sociálních službách. Část pracovní náplně vedoucího azylového domu tvoří i práce sociálního pracovníka. K těmto pracovním pozicím (v následujícím textu použiji pro zjednodušení termín sociální pracovník) budou proto směřována i doporučená preventivní opatření k posílení jejich profesních kompetencí. Tuto podkapitolu jsem rozdělila do dvou částí. V první se zaměřuji na zdroje syndromu vyhoření u této profese a v druhé části se zamýšlím nad tím, jak posílit profesní kompetence zaměstnanců a zmírnit tak jejich ohrožení syndromem vyhoření.

Zdroje syndromu vyhoření v profesi sociálního pracovníka

Profese sociálního pracovníka patří k těm, které zaujímají na žebříčku profesí ohrožených syndromem vyhoření přední pozice. S lidmi, kteří měli tento problém jsem se v minulosti setkala, a proto se domnívám, že občas to bylo jen proto, že zanedbali zásady

prevence tohoto syndromu a nevnímali první příznaky jeho postupného vzniku. Syndrom vyhoření postihuje snad všechny pomáhající profese a prakticky každý pracovník má po určité době některé jeho projevy. Jednou z příčin může být i skutečnost, že je sociální pracovník angažován ve své pracovní činnosti svou osobností. Dosáhnout pocitu uspokojení v profesi je poměrně obtížné, protože u každého sociálního pracovníka se prolínají velmi osobní motivy začínající náboženským světonázorem až po neuvědomovanou snahu léčit si vlastní psychická traumata. Na základě vlastní zkušenosti z práce pracovníka v sociálních službách i pedagoga se domnívám, že příčiny syndromu vyhoření je třeba hledat **v osobnostních charakteristikách jedince** – sociálního pracovníka a též **v konkrétních pracovních podmínkách**. K osobní charakteristice bych ráda sdělila, že vždy jde o individuální přístup k výkonu práce, k odpovědnosti, k plnění úkolu. Ohroženou skupinou pracovníků mohou být ti, které nazýváme pomahači – tzv. syndrom pomahačů - jedná se o člověka, který pomoc druhým prožívá jako nutkavou potřebu, na níž stojí jeho vlastní sebehodnocení, žije v tzv. závislostním vztahu na druhém (Schmidbauer, 2008, str 81-84) Dalšími ohroženými jedinci jsou ti, kteří potlačují své potřeby a upřednostňují potřeby jiných lidí. Ohrožení mohou být i lidé nadměrně zodpovědní, úzkostliví, s rysy perfekcionismu. Podobně i pracovníci, kteří mají na sebe vysoké nároky a nesplněný cíl cítí jako porážku. Přiřadit můžeme i takové pracovníky, kteří nedokáží – nemají schopnost požádat druhého o pomoc pro sebe (ti mají zafixovanou představu, že člověk musí všechno zvládnout sám) (Dvořáková, 2012).

V následujícím textu se zamýšlím, jakými způsoby může sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách k syndromu vyhoření dojít. **Většinou jde o špatnou komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem**. Sociální pracovník může špatně pochopit klientovu zakázku a klient může mít naopak nereálné představy o tom, co je pro něho pracovník schopen udělat při řešení jeho problémů. Sociální pracovník pak může cítit, že jeho práce postrádá smysl, že nemá správné předpoklady pro to, aby pomohl klientovi řešit jeho problémy. Právě pocit, že „není schopen pomoci“ bývá podle mě prvním spouštěčem vzniku syndromu vyhoření.

Dalším faktorem, který může podpořit vznik syndromu vyhoření, je **sociální opora**. Ta má své důležité místo při zvládání životních těžkostí, kdy kladně ovlivňuje potřebu sociální pomoci člověka v nouzi a podporuje povědomí toho, že zde jsou lidé ochotni mu v případě nouze pomoci. K sociální opoře patří i role povzbuzování a posilování naděje.

„Další vývoj však ukázal, že poskytování sociální opory může za určitých podmínek znamenat až mimořádnou zátěž pro poskytovatele. Hledáním opor pro zatěžované pečovatele se zrodily studie známé pod pojmem pomoc pomocnicím. Tato studia dala vznik jevu „vyhoření“ (Křivohlavý, 2003, str. 110).

V sociální práci nastávají i situace, kdy pracovník přebírá většinu iniciativy za klienta, který takto ztrácí možnost osobního vyrovnání se stresovou situací. Jedná se o **nadměrnou pomoc**, která za určitých podmínek, může mít spíše negativní než pozitivní následky. V praxi se to stává např. u starších lidí, kde se jim ti, co o ně pečují, snaží udělat vše, jen aby tito staří lidé nemuseli nic udělat sami. Tímto chováním se postupně vyřazuje zvládnání samoobslužnosti klienta, což má další vliv na ztrátu jeho sebehodnocení, protože schopnost postarat se sám o sebe je přitom jedním z podstatných faktorů kvality života.

Každý sociální pracovník je často nucen řešit, jakou formou má klientovi vlastně pomoci. **Nevhodnou formou pomoci** se rozumí nejen nadměrná pomoc – třeba tam, kde není zapotřebí, ale též pomoc jiného druhu, než je v dané situaci žádoucí. „Poskytovatel sociální pomoci se např. domnívá, že hlavní starostí umírající pacientky je bolest, a v tom smyslu jí pomáhá. Pacientka však má největší starost o to, co bude s dětmi“ (Křivohlavý, 2003, str. 110).

Odlíšné představy o potřebách, tedy o tom, co by bylo potřebné, nutné a žádoucí představují jednu z nejčastějších forem nepochopení lidem v těžkých situacích. Lidé mají velice osobní představy a očekávání – i v otázkách sociální opory a pomoci. Z toho důvodu i ta nejlépe míněná forma pomoci může nakonec jejich očekávání zklamat.

Každý pomáhající pracovník se někdy ocitne v situaci, kdy musí zaujmout stanovisko ke konfliktu dvou nebo více lidí, kteří očekávají, že jim pomůže najít řešení. **Pomoc při řešení mezilidských konfliktů** je velmi obtížná. Řešit vztahové problémy je úkol náročnější než práce s jednotlivcem a je zde zapotřebí především výcvik. Primárním úkolem pracovníka je připojit se k systému, kterým je konfliktní vztah, a zároveň zůstat neutrální. Je to velmi těžké, protože máme hluboce zakořeněnou tendenci zaujmout ke každému konfliktu hodnotící stanovisko. Neutrální stanovisko, které pracovník mnohdy zaujme, neznamená ani netečnost, ani odstup. Naopak znamená angažovanost a pochopení pro každého účastníka konfliktu. Není lehké zůstat neutrální v situaci, kdy morální úsudek sociálního pracovníka umísťuje vinu jednoznačně na některého účastníka.

Rozličné životní situace a události, kterým jsou lidé v pomáhajících profesích (a nejen oni) vystaveni, představují často zdroj syndromu vyhoření. Životní události lze chápat jako události, které nás v životě potkaly a různou měrou v nás zanechaly trvalé stopy. Nezáleží na vnějším posouzení závažnosti té které události, ale pouze na našem osobním hodnocení a prožívání životní události, která nás potkala.

Stejnou měrou nás mohou ovlivňovat i ty malé a zdánlivě malicherné události, jako např. opakovaně nevydařený výlet, ztráta oblíbeného předmětu či hádka s člověkem, který nás ranil v citlivém místě. Z hlediska profese to může být nepodařený pracovní úkol, kritika nadřízeného, nebo příliš mnoho, ale i příliš málo práce.

Malé a nevýznamné události nás ovlivňují, jestliže se opakují, či trvají. Chronická a drobná nedorozumění na pracovišti nás mohou psychicky i fyzicky rozložit stejně jako náhlá a vážná choroba.

Při každodenním rozhodování si málo uvědomujeme, jak moc nás dokáží ovlivnit nevědomé příkazy nebo tabu, která si člověk nese v sobě již od dětství. Nazývají se **iracionální myšlenkové vzorce**. Jejich důsledkem mohou být ukvapená zobecnění, která jsme bez rozmyslu učinili, a která se stanou trvalými příkazy určujícími a zároveň svazujícími naše chování. Díky těmto vzorcům se naše chování stává nevýkonným, nepružným, brzdícím. Je to jedna z cest vedoucí ke konfliktům a ke stresům. Odhalit u sebe myšlenkové vzorce není jednoduché, protože některé jsou již pevnou součástí naší osobnosti a jejich zpochybnění by nás mohlo znejistit co do samého smyslu našeho života. Jiné myšlenkové vzorce, pokud se jich dokážeme zbavit, nám přinesou znatelnou úlevu (Hudlička, 2008).

Při hledání kořenů syndromu vyhoření, je vhodné zamyslet se i nad smyslem svého života. „*Kořen burn-out spočívá v naší existenciální potřebě věřit, že náš život je smysluplný, že věci, které děláme, jsou nějak užitečné, důležité, ba dokonce v určitém smyslu „hrdinné“ ...*“ (Křivohlavý, 1998, str. 11).

Doporučená preventivní opatření k posílení profesních kompetencí sociálních pracovníků v kontextu syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je problém, se kterým se v dnešní uspěchané době setkáváme stále častěji. Nicméně ještě spousta lidí nemá správné povědomí o tom, co pojem syndrom

vyhoření znamená, jak mu předcházet a jak postupovat v případě, kdy „vyhoří“. Vycházím z předpokladu, že zaměstnanci azylových domů - sociální pracovníci i pracovníci v sociálních službách – o syndromu vyhoření mají povědomí, že jsou tomuto tématu otevření a že jsou ochotni připustit si, že jich se syndrom vyhoření přímo týká. Syndromu vyhoření se lze ubránit v případě, že víme, že existuje; že se může dotknout i mě jako pracovníka. Toto je možné označit jako první preventivní opatření. V pomáhající profesi je doporučováno především vytvoření individuálního zdravého systému podpory, tzn., postarat se hlavně o vlastní smysluplný, uspokojivý a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího. Uvědomit si, že i já, jako sociální pracovník, jako člověk jsem důležitý a že žiji i jiný život než v azylovém domě s kolegyněmi a kolegy. Domnívám se, že toto lze považovat za jeden z nejbezpečnějších podpůrných prostředků ochrany jedince.

V závěru tohoto úvodu bych ráda sdělila následující: doporučená preventivní opatření jsem rozdělila do dvou oblastí, z nichž v první jsem se zaměřila na opatření, která může sociální pracovník zrealizovat sám pro sebe, může si pomoci sám. Druhá oblast zahrnuje pomoc zvenčí, tedy taková preventivní opatření, která může (a měl by) nabídnout zaměstnavatel.

První oblast: ke zvýšení odolnosti sociálního pracovníka proti stresu a syndromu vyhoření mohu doporučit na základě studia literatury i svých zkušeností několik poznatků, které jsem v průběhu práce v pomáhající profesi vyzkoušela aplikovat sama na sobě a které se mi osvědčily.

Z oblasti duševní hygieny mi nejvíce pomohlo naučit se dobře si zorganizovat pracovní den, což mě naučilo lépe a užitečněji hospodařit s časem i s vlastními silami. V rámci dobrého zorganizování pracovního dne jsem si také uvědomila, jak moc mi pomáhá střídat různé pracovní činnosti. Dále doporučuji nepodcenit vlastní životosprávu, tedy vhodnou výživu spojenou s uměřenou konzumací jídla a nápojů. A dostatek spánku, což je potřeba velmi individuální, protože někomu stačí na to, aby se cítil odpočínutý spát třeba jen 4 hodiny denně, jiný člověk by potřeboval na regeneraci sil alespoň 8 hodin spánku. K potřebnému uvolnění a osvěžení v průběhu pracovního dne přispívá i krátké cvičení. Někomu vyhovují „ranní rozcvičky“ ještě před příchodem na pracoviště, někdo sportuje až po odchodu z práce. Pro své kolegyně v azylovém domě ve Vršovcích bych měla doporučení na pravidelnou krátkou polední procházku v sousedním parku. Doporučila

bych též péči o domácí zvířata, která přináší pocity uvolnění i radosti a vystoupení z rámce hektického pracovního dne. Z relaxačních technik se mi osvědčila známá meditativní technika „zbavení opičí mysli“, o které se zmiňuji v kapitole 3.2.2.

Do preventivních opatření, kterými si může pracovník sám pomoci k posílení své odolnosti proti zátěži a syndromu vyhoření, bych určitě přidala i následující poznatky ze studia literatury:

- Naučit se dobře znát hranice svých možností
- Umět požádat o pomoc
- Pravidelně přehodnocovat své cíle a priority
- Mít čas na svůj život, na své hobby
- Nenosit si práci domů
- Vzdělávat se
- Mluvit o všem
- Nechtít všechno
- Nebát se citů, smát se (Dvořáková, 2012)

V průběhu svého působení v azylovém domě jsem se přesvědčila, jak je mnohdy obtížné uvědomit si hranice svých možností a umět si říci – požádat - o pomoc pro sebe, když člověk dobře ví, že je tato pomoc nutná. Je důležité si uvědomit, že není ostuda ani hanba požádat o pomoc. Je to legitimní požadavek dospělého člověka, na který má právo.

Jako nejvýznamnější preventivní opatření k posílení profesních kompetencí sociálního pracovníka navrhuji možnost supervize. Její realizaci na pracovišti umožňuje zaměstnavatel, vedení organizace. V případě supervize jako „pomoci zvenčí“ se přenášíme do druhé oblasti, kdy prevenci poskytuje zaměstnavatel. Vhodnou metodou supervize pro zaměstnance azylových domů je skupinová supervize, zejména supervize týmová; Balintovská skupina a dle přání pomáhajícího pracovníka i supervize individuální.

Skupinová supervize dává pracovníkům možnost diskutovat o své práci ve skupině, hovořit o svých skutečných aktuálních pocitech a vztazích, které prožívají při práci. Tento typ supervize je vhodný pro skupinu 8 – 10 členů a výhodný je proto, že členové skupiny se mohou vzájemně podporovat, poskytovat si zpětnou vazbu a jeden od druhého se učit. Skupinovou supervizi řídí supervizor (odborný pracovník se supervizním výcvikem).

Jednotlivá setkání – supervize jsou plánována, časově vymezena, s předem dohodnutým programem. Cílem skupinové supervize je profesionální rozvoj jednotlivců v kontextu skupiny (Matoušek, 2008, str. 354-355).

Týmová supervize je především zaměřena na činnost týmu jako celku a jeho efektivitu, případně i na práci celé organizace. Zahrnuje totiž všechny členy pracovního kolektivu bez ohledu na jejich konkrétní pracovní pozice, potřeby, zdroje a odpovědnost. Podporuje činnost týmu jako celku a lze ji dobře využít v prostředí azylového domu, jehož pracovní tým tvoří zaměstnanci s různými pracovními pozicemi (Matoušek, 2008, str. 354 – 355).

Osvědčenou supervizí se stala Balintovská skupina, která představuje specifickou metodu skupinové supervize. Při své práci v azylovém domě jsem se měla možnost setkat se s touto metodou supervize, a proto se o ní zmíním širěji. Autorem metody je psychoanalytik Michael Balint, který ve své psychiatrické praxi zaměřil pozornost na vztahovou rovinu mezi lékařem a pacientem. Základním cílem tohoto vztahu bylo zefektivnit práci, a prospět tak procesu uzdravení pacienta. Od šedesátých let 20. století byl balintovský způsob práce využíván i v ostatních pomáhajících profesích, protože práce s lidmi vždy přináší vztahové problémy.

Balintovská skupina má u nás dlouholetou tradici, řada českých supervizorů prošla původně balintovským výcvikem. Práce v balintovské skupině má daný postup skládající se z pěti fází:

Expozice případu – v rámci skupinové práce někdo z účastníků nabídne případ, se kterým by chtěl pomoci. Motivací k prezentaci příběhu je jeho nespokojenost související se vztahem pracovník – klient nebo, jak postupoval při řešení případu. Pracovník v sobě nese vnitřní konflikt. Cílem této metody je nabídnout alternativy řešení.

Otázky – členové skupiny se ptají na okolnosti, které potřebují vědět, aby si mohli vytvořit obraz o tom, co se dělo v předkladateli. Cílem této fáze je naučit se pokládat otevřené otázky, které mají umožnit co největší prostor pro odpovědi.

Fantazie – účastníci sdělují nahlas své fantazie mající souvislost s předloženým příběhem a jednotlivými aktéry v něm. Tato fáze je zaměřena na emoce a prožívání v popsané situaci. V tomto bodě je velmi důležitá role předkladatele příběhu. On je nyní v pozici posluchače a nemá možnost již situačně reagovat na podněty členů skupiny. Tato fáze je pro předkladatele příběhu náročná.

Praktické náměty řešení – účastníci sdělují, jak by daný problém řešili oni sami, jaký praktický postup by zvolili na místě předkladatele. Cílem je představit se v roli pracovníka. V této fázi nadále předkladatel příběhu mlčí.

Vyjádření protagonisty – předkladatel se vyjádří k tomu, co slyšel ve 3. a 4. fázi. Ocení to, co mu připadá užitečné, co možná využije. To, co mu užitečné nepřipadá, ponechá bez komentáře.

Vedoucí balintovské skupiny umožňuje volnou práci skupiny, ale zároveň vedení drží pevně v určitých hranicích. Je vždy na straně referujícího, reflektuje práci skupiny a nabízí nové roviny porozumění vztahu.

V supervizní práci jsou stále využívány prvky balintovské skupiny a její myšlenky. Nicméně se již nedoporučuje využívat ji dlouhodobě ve skupině, kterou tvoří více účastníků z jednoho pracoviště (Havlíčková, 2011, str. 30).

V případech individuálních požadavků pracovníka nebo v rámci doporučení supervizora či vedení organizace je preferována též metoda individuální supervize. I tato metoda má svou strukturu ve formě plánovaných a časově omezených schůzek s předem dohodnutým programem. Supervizor a supervidovaný spolupracují na základě písemné supervizní dohody, kterou sestavují při prvním setkání. Obsahem dohody jsou cíle, limity individuální supervize, frekvence a místo setkávání. I u této metody na každém dalším sezení uzavírají oba zúčastnění upřesňující dohodu, podle níž se postupuje v příštích sezeních. Podmínkou je vytvoření vztahu pracovní aliance a atmosféry otevřenosti a bezpečí (Matoušek, 2008, str. 354).

Domnívám se, že výše uvedené metody supervize lze považovat za nejdůležitější preventivní opatření k posílení profesních kompetencí sociálních pracovníků v kontextu syndromu vyhoření.

4 Výzkumná část

4.1 Výchozí předpoklad:

Postmoderní doba a postmoderní společnost vyžaduje intenzivní pracovní tempo. Práce se pro mnoho lidí stala základem jejich dne – zaplnila tak nejen prostor tradičně určený práci, ale i volný čas, jehož náplň má být od zaměstnání odlišná.

Společenské napětí a tlak na jedince, které kladou výraznou pozornost právě na zaměstnání, výkonnost a pracovní produktivitu, jsou často doprovázeny celkovou únavou právě z tohoto napětí. U zaměstnaných lidí se čím dál častěji objevuje nejen vyčerpanost, ale i syndrom vyhoření ve svých jednotlivých fázích. Tento stav je pak častější právě u lidí, kteří jsou svou prací nuceni k neustálému kontaktu s jinými lidmi.

Rychlé tempo doby, ale takto postiženým lidem nedovoluje, či jen velmi málo, předcházet těmto příznakům celkové psychické i fyzické unavenosti. Celková únava a syndrom vyhoření se čím dál více objevuje nejen mezi lidmi, kteří jsou v pracovním procesu již delší dobu, ale i u jedinců, kteří jsou v zaměstnání relativně krátce a většinu svého pracovního života mají ještě před sebou.

4.2 Cílem práce je:

1. Zjistit na kolik spolu souvisí pocit unavenosti a projevy jednotlivých fází syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích – v našem případě zaměstnanců azylových domů - s délkou jejich pracovní kariéry.
2. Zjistit, zda-li má věk, a do jaké míry, vliv na projevy a výskyt syndromu vyhoření u zaměstnanců azylových domů.
3. Zjistit, zda-li má výše vzdělání, a do jaké míry, vliv na projevy a výskyt syndromu vyhoření u těchto pracovníků.

4. Dalším cílem je pokusit se zjistit, zda-li má výkon pomáhající profese vliv na sociální rovinu a celkový emocionální stav osobnosti u lidí vykonávajících pomáhající profesi v azylovém domě.
5. A dále pokusit se zjistit, na kolik jsou pracovníci v azylových domech spokojeni se svou prací a celkovým vykonáváním této pozice.

4.3 Hypotézy:

1. Lidé, kteří vykonávají pomáhající profesi déle než pět let, vykazují vyšší míru celkové psychické i fyzické unavenosti než ti, kteří tuto profesi vykonávají dobu kratší.
2. Emocionální nespokojenost lidí pracujících v pomáhajících profesích vede i k zhoršení jejich fyzického stavu.
3. Pocit nedostatku uznání a celková nespokojenost v pomáhající profesi postihuje spíše ty jedince, kteří dosáhli vyššího vzdělání.
4. Věk přímo souvisí s mírou vyčerpání – čím starší jsou pracovníci v pomáhajících profesích, tím menší pociťují spokojenost se svou prací a jsou náchylnější k negativním fyzickým projevům.
5. Celková nespokojenost v zaměstnání je provázena nespokojeností i v rovině emocionální a sociální.

4.3.1 Metodika

Na základě výchozího předpokladu a jednotlivých hypotéz jsem se rozhodla využít dotazník J. Dvořákové distribuovaný vzdělávací agenturou Puls v programu „Prevence profesního stresu, syndrom vyhoření“, ke kterému jsem dodala druhou část vlastní konstrukce – zařadila jsem ji na úvod dotazníku. Úvodní část dotazníku obsahuje jak otázky na věk a úroveň vzdělání respondentů, tak na jejich pracovní pozici a časový údaj, jak dlouho pomáhající profesi vykonávají. Vzor dotazníku se nachází v kapitole příloh.

Vzhledem k malému množství odevzdaných dotazníků, jsem byla nucena přizpůsobit způsob vyhodnocování sebraných dat. Vzhledem k tomu, že byl dotazník koncipován pro kvantitativní statistickou metodu vyhodnocování dat, jsem nakonec, pod vlivem okolností, zvolila vyhodnocování pomocí kvantitativní obsahové analýzy.

4.3.2 Distribuce dotazníku

Dotazníky byly rozdány do několika pražských azylových domů. Pro specifčnost oblasti hlavního města jsem se snažila vzorek rozšířit i o jiná města a oblasti, aby byl výsledek šetření validnější. Zařízení se mnou ale odmítla navázat spolupráci, šetření jsem tedy musela omezit pouze na území Prahy.

Bylo rozdáno 100 dotazníků do více azylových domů (největší pozornost byla věnována azylovým domům občanského sdružení Naděje), navrátilo se jich ale jen 47. Z odevzdaných dotazníků bylo 9 vyřazeno – byly nedostatečně vyplněné, u více otázek bylo vyplněno více odpovědí či označení odpovědí bylo nejednoznačné.

Nízkou návratnost dotazníků si vysvětluji tím, že byly distribuovány anonymně prostřednictvím řídicích pracovníků azylových domů. Účast na šetření byla tedy dobrovolná a absence osobního kontaktu s respondenty zřejmě způsobila neochotu aktivně se zapojit do sběru dat. Do budoucna by tedy bylo efektivnější, pro zvýšení motivace respondentů, navštívit pracoviště a osobně potenciální participanty vyzvat k zapojení se do šetření, představit jim samotný výzkum a jeho účel.

4.3.3 Vyhodnocování dotazníku

V rámci kvantitativní analýzy dat, bylo třeba vytvořit jistý systém kódování dat, aby bylo možné tuto metodu využít. Dotazník jsem tedy po vzoru jeho autorky rozčlenila na čtyři oblasti, k nimž náležely jednotlivé otázky. Tyto části byly: 1. rozumová rovina (sem byly zařazeny otázky č. 1, č. 5, č. 9, č. 13, č. 17 a č. 21), 2. emocionální rovina (do této oblasti byly zařazeny otázky č. 2, č. 6, č. 10, č. 14, č. 18, č. 22), 3. tělesná rovina (tato oblast zahrnovala otázky č. 3, č. 7, č. 11, č. 15, č. 19 a č. 23) a 4. sociální rovina (obsahovala otázky č. 4, č. 8, č. 12, č. 16, č. 20 a č. 24), jednotlivé části jsem porovnávala mezi sebou – tedy četnosti odpovědí v rámci určité roviny, jsem postavila vedle sebe a výsledky interpretovala. Součet číselných výsledků dosažených v jednotlivých kategoriích (vždy (4) – nikdy (0)) – čím vyšší výsledný skóre respondent získal, tím více je ohrožen či zasažen stresem a syndromem vyhoření.

Jednotlivé otázky jsem porovnávala mezi sebou a zaznamenávala jednotlivé četnosti odpovědí v rámci tří kategorií – pro 1. kategorii jsem sloučila odpovědi na škále 4 – 3 tedy odpovědi v rozmezí „vždy“ a „často“, 2. kategorii na škále tvořila možnost „někdy“ a 3. kategorie byla složená z odpovědí na škále 1 – 0, tedy „zřídka“ a „nikdy“. Otázky jsem následně porovnávala mezi sebou právě podle míry četností odpovědí a dávala jsem je do vzájemné souvislosti mezi sebou a s otázkami.

4.3.4 Vzorek

Dotazníkového šetření se účastnily pouze ženy (z tohoto důvodu nebyla zařazena klasická otázka na zjišťování pohlaví respondenta). Jednotnost pohlaví byla dána tím, že na příslušných pozicích, které tvořily cílovou skupinu šetření, pracují v oslovených azylových domech pouze ženy.

Počet respondentů, kteří se zapojili do dotazníkového šetření, činil 47 dotázaných. Tento vzorek byl však z důvodů špatného vyplnění dotazníků (konkrétní důvodu uvedeny v části „Distribuce dotazníku“) snížen na 38. Těchto 38 dotazníků bylo použito k následné interpretaci.

K bližšímu prozkoumání a identifikaci získaného vzorku sloužily otázky na konkrétní pozici v zaměstnání, na dobu, jak dlouho dotazovaní vykonávají příslušnou pomáhající profesi, na jejich věk a míru dosaženého vzdělání.

4.4 Úvodní část dotazníku

4.4.1 Prezentace výsledků úvodní části dotazníku

Respondenti v první části dotazníku odpovídali na otázky týkající se jejich pracovní pozice. Z celkového počtu respondentů – 38, 14 uvedlo, že pracují na pozici sociální pracovníce, 24 z nich jsou na postu pracovníka v sociálních službách a pouze jedna z dotázaných uvedla, že je na pozici jiné (respondentka sama uvedla poznámku, že je na pozici řídicího pracovníka).

Pozice v zaměstnání	
	Počet respondentů
1. sociální pracovník/pracovnice	14
2. Pracovník/pracovnice v sociálních službách	24
3. Jiná pracovní pozice	1

Druhá otázka úvodní části se věnovala věku respondentů. K věkové kategorii 19 – 30 let se přihlásilo z celkového počtu respondentů 14 z nich, věk odpovídající skupině druhé, tedy 31 – 40 let uvedlo 10 respondentů, do věkové kategorie 41 – 50 patřili 4 dotázaní a do poslední skupiny – věk 51 a více let se zařadilo 10 respondentů.

Věková kategorie	
	Počet respondentů
1. 19 – 30 let	14
2. 31 – 40 let	10
3. 41 – 50 let	4
4. 51 let a více	10

Třetí část úvodní části zjišťovala, jak dlouho dotazovaní vykonávají pomáhající profesi. Z celkového počtu dotázaných – 38, 6 respondentů uvedlo, že vykonávají profesi méně než jeden rok, 16 z nich uvedlo, že pracují v této sféře 1 rok až 5 let a zbylých 16 dotázaných odpovědělo, že jsou v pomáhající profesi zaměstnání déle než 5 let.

Časová délka vykonávané profese	
	Počet respondentů
1. Méně než 1 rok	6
2. 1 rok až 5 let	16
3. Více než 5 let	16

Poslední část úvodní části dotazníku zjišťovala úroveň vzdělanosti dotazovaných. Z celkového počtu 38 respondentů žádný z nich neměl pouze základní vzdělání, 5 z nich uvedlo, že mají střední školu bez maturity, střední vzdělání s maturitou dokončilo 27 dotazovaných a zbylí čtyři respondenti uvedli dokončené vysokoškolské vzdělání (jako vysokoškolské vzdělání bylo uvažováno i dokončení vyšší školy odborné).

Dosažené vzdělání	
	Počet respondentů
1. Základní vzdělání	0
2. Středoškolské vzdělání bez maturity	5
3. Středoškolské vzdělání s maturitou	27
4. Vysokoškolské vzdělání	6

4.4.2 Interpretace výsledků úvodní části

K interpretaci výsledků této části je třeba zahrnout do nich výsledky části následující. Budou zde tedy použity výsledky, které popíšu blíže až v následující části prezentaci výsledků.

Pouze jediný respondent v jiné pozici než je pracovní post sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách je s největší pravděpodobností způsoben tím, že se do

sběru dat zapojilo málo respondentů a v institucích azylových domů je málo jiných pozic, než bylo první dvě většinou zastoupené.

Nízký počet zaměstnanců v pomáhajících profesích ve věku 41 – 50 let si vysvětlují tím, že právě největší nespokojenost se zaměstnáním se objevila u dotazovaných ve věku 19 – 40 let, respondenti tedy opouštějí svou pracovní pozici a věnují se jinému zaměstnání.

Největší počet dotazovaných se středoškolským vzděláním interpretují tak, že nižší vzdělání je pro zaměstnance v pomáhající sféře nedostatečné, naopak respondenti s vyšším vzděláním uváděli vysokou míru nespokojenosti a pocit nedocenění na vykonávané pozici – nemají tedy motivaci v pomáhající profesi setrvat a věnovat se jí dlouhodobě.

4.5 Postojová část dotazníku

4.5.1 Prezentace výsledků druhé části dotazníku

1. Rozumová rovina

Do této části byly zařazeny otázky č. 1 (Obtížně se soustřeďuji.), 5 (Pochybuju o svých profesionálních schopnostech.), 9 (Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech.), 13 (Můj odborný růst a zájem o obor zaostává.), 17 (Přemýšlím o odchodu z oboru.) a 21 (Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru).

Nejvíce negativních výsledků v rámci 1. kategorie se objevilo u otázky č. 17 (18 odpovědí) a dále u otázky č. 5 (14 odpovědí). V rámci zaznamenaných odpovědí v 1. kategorii se odpovědi v této oblasti objevilo nejvíce ze všech 4 rovin. Negativní odpovědi se objevovaly nejvíce u dotazovaných s vyšší mírou vzdělání a u nejmladší věkové kategorie, naopak respondenti, kteří pracují v pomáhajících profesích déle a jsou starší, uváděli v této oblasti spíše odpovědi spokojenosti v kategorii č. 3.

Naopak nejvíce kladných odpovědí náležící do kategorie 3. se vyskytlo u otázky č. 9 (34 odpovědí).

Rozumová rovina			
Otázka	Odpovědi vždy a často	Odpověď někdy	Odpovědi zřídka a nikdy
Č. 1	7	18	13
Č. 5	14	10	14
Č. 9	0	4	34
Č. 13	9	17	12
Č. 17	18	13	7
Č. 21	6	15	17

Interpretace výsledků rozumové roviny:

Vysoký výskyt mladších respondentů, kteří uvažují o opuštění pozice pomáhajícího pracovníka, si vysvětlují tím, že práce zřejmě nesplnila jejich očekávání. Celková náročnost práce spojená s nízkou mírou finančního ohodnocení a značným časovým a psychickým vypětím, které pomáhající profesi často doprovází, přivádí pracovníky spíše k pocitu pochybnosti o svých vlastních schopnostech než snaze překonat nesnáze a v pozici setrvat.

2. Emocionální rovina

Do této oblasti byly zařazeny otázky č. 2 (Nedokáži se radovat ze své práce.), 6 (Jsem sklíčený/á.), 10 (V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á.), 14 (Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní.), 18 (Trpím nedostatkem uznání a ocenění.), 22 (Cítím se ustrašený/á).

V této kategorii se objevila otázka, která měla nejvyšší počet negativních odpovědí v rámci celého dotazníku – otázka č. 18 (26 odpovědí v 1. kategorii). Celkově bylo však v této kategorii zaznamenáno méně negativních odpovědí než v rovině rozumové.

Nejvíce kladných odpovědí v rámci 3. kategorie bylo zaznamenáno u otázek č. 2 a č. 22.

Emocionální rovina			
Otázka	Odpovědi vždy a často	Odpověď někdy	Odpovědi zřídka a nikdy
Č. 2	3	10	25
Č. 6	7	18	13
Č. 10	9	10	19
Č. 14	7	14	17
Č. 18	26	7	5
Č. 22	6	8	24

Interpretace výsledků emocionální roviny:

V této části se projevila jedna z hlavních problematik, kterou jsou postiženi pracovníci pomáhajících profesí, trpí silným pocitem nedostatku uznání a ocenění. Tento pocit je znásoben navíc u dotazovaných mladší věkové skupiny a u respondentů s vyšším vzděláním. Kategorie 19 – 30 let uvedla téměř v naprosté většině, že tento pocit zažívá vždy při vykonávání své profese.

Naopak nejvíce kladných odpovědí se objevilo u otázky č. 2. Výsledky u těchto dvou otázek jsou až zarážející – respondenti sice zažívají silný pocit nedocenění, přesto však zažívají radost ze své práce.

3. Tělesná rovina

Do této části byly zařazeny otázky č. 3 (Připadám si fyzicky vyždímaný/á.), 7 (Jsem náchylný/á k nemocem), 11 (Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.), 15 (Jsem napjatý/á.), 19 (Trápí mě poruch spánku.), 23 (Trpím bolestmi hlavy).

V této kategorii se objevilo nejvíce kladných odpovědí. Žádná z otázek se nevyznačovala vyšší mírou odpovědí v 1. kategorii, převažovaly odpovědi kategorie 3. Nejlepší výsledky se objevily u otázek č. 7 (27 kladných odpovědí), 11 (29 kladných odpovědí) a 23 (26 kladných odpovědí).

Tělesná rovina			
Otázka	Odpovědi vždy a často	Odpověď někdy	Odpovědi zřídka a nikdy
Č. 3	5	10	23
Č. 7	1	10	27
Č. 11	2	7	29
Č. 15	4	14	20
Č. 19	5	12	21
Č. 23	4	8	26

Interpretace výsledků tělesné roviny:

Výsledky rozumové a emocionální roviny byly negativnější v porovnání s výsledky roviny tělesné. Ukazuje se tedy, že rozum ani emoce nemají na tělesnou stránku vliv. V této kategorii se ani neprojevil rozdíl mezi jednotlivými věkovými skupinami, ani vzdělanostními skupinami.

4. Sociální rovina

Do této části byly zařazeny otázky č. 4 (Nemám chuť pomáhat problémovým klientům.), 8 (Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se svými kolegy.), 12 (Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy.), 16 (Svou práci omezují na její mechanické provádění.), 20 (Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání.), 24 (Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty).

Nejvíce negativních odpovědí v 1. kategorii se objevilo u otázky č. 16 (celkem 16 odpovědí). U ostatních otázek se naopak objevovali odpovědi spíše z kategorie 3., převažovaly tedy celkově odpovědi kladné. Nejvíce kladných odpovědí se objevilo u otázky č. 8 (33 odpovědí).

Sociální rovina			
Otázka	Odpovědi vždy a často	Odpověď někdy	Odpovědi zřídka a nikdy
Č. 4	6	5	23
Č. 8	4	1	33
Č. 12	5	4	29
Č. 16	16	7	15
Č. 20	5	12	21
Č. 24	4	8	26

Interpretace výsledků sociální roviny:

V této části se znovu objevil značný vliv věku, vzdělání a délky vykonávání pomáhající profese. Tendence vykonávat práci mechanicky se objevila paradoxně spíše u respondentů, kteří vykonávají pomáhající profesi krátce a patří do věkové kategorie 19 – 30.

Tato oblast je zřejmě vzájemně propojena ovlivněna 1. a 2. rovinou dotazníku – tedy rovinou rozumovou a emocionální.

Poznámky k dotazníkovému šetření:

Nejnespokojenější věkovou kategorií byla v rámci šetření skupina respondentů ve věku 31 – 40 let. V interpretacích však tato skupina zmiňována není kvůli jejímu nízkému zastoupení v rámci celého vzorku dotazovaných.

4.6 Interpretace hypotéz

1. Lidé, kteří vykonávají pomáhající profesi déle než pět let, vykazují vyšší míru celkové psychické i fyzické unavenosti než ti, kteří tuto profesi vykonávají dobu kratší.

- Tato hypotéza se **nepotvrdila**. Právě naopak dotazníkové šetření spíše ukázalo to, že inklinaci ke stresu a syndromu vyhoření vykazuje skupina mladší a zaměstnaná kratší dobu.

2. Emocionální nespokojenost lidí pracujících v pomáhajících profesích vede i k zhoršení jejich fyzického stavu.

- Tato hypotéza se také **nepotvrdila**. Přesto, že je emocionální stránka zaměstnanců v pomáhajících profesích ohrožena, není tento stav spojen s negativním vlivem na jejich zdravotní stav. Horší zdravotní stav u respondentů pracujících v pomáhajících profesích delší dobu se nepotvrdil.

3. Pocit nedostatku uznání a celková nespokojenost v pomáhající profesi postihuje spíše ty jedince, kteří dosáhli vyššího vzdělání.

- Tato hypotéza se **potvrdila**. Jedinci s vyšším vzděláním dosahují nespokojenosti v podstatně vyšší míře ve většině oblastí, v porovnání s respondenty s dosaženým vzděláním nižším.

4. Věk přímo souvisí s mírou vyčerpání – čím starší jsou pracovníci v pomáhajících profesích, tím menší pocitují spokojenost se svou prací a jsou náchylnější k negativním fyzickým projevům.

- Tato hypotéza se **nepotvrdila**. Výsledky dotazníkového šetření spíše odhalily pocity vyčerpání a výskyt jednotlivých fází syndromu vyhoření u mladších pracovníků. Pokud se ale nespokojenost objevovala ve skupině ve věku 31 – 40 let, spíše pozici opustili, než se ji nadále v tomto rozpoložení věnovali.

5. Celková nespokojenost v zaměstnání je provázena nespokojeností i v rovině emocionální a sociální.

- Tato hypotéza se **potvrdila**. V rovině emocionální a sociální bylo zaznamenáno více negativních odpovědí. Vyšší míra nespokojenosti a inklinace k jednotlivým fázím syndromu vyhoření se objevila spíše u mladších respondentů a u těch, kteří vykonávali pomáhající profesi kratší dobu.

Přesto, že se většina hypotéz nepotvrdila, považuji dotazníkové šetření a jeho výsledky za velice přínosné. Výskyt negativních vlivů na pracovníky v pomáhajících profesích se potvrdil. Šetření však vyvrátilo stereotypní závěry, které jsou se syndromem vyhoření spjaty a umožnilo mi tak na tuto problematiku nahlížet i jiným pohledem.

5 Závěr

Ve své práci jsem se snažila zdůraznit, jak je důležité věnovat se problematice syndromu vyhoření a zvláště jeho prevenci hlouběji. Je důležité, aby zaměstnavatelé začali klást důraz na problematiku syndromu vyhoření u svých zaměstnanců, aby věnovali větší pozornost jeho prevenci a zvláště pak supervizím. Je užitečné a žádoucí, aby se zaměstnanci dozvíдали o syndromu vyhoření co možná nejvíce informací a to z toho důvodu, že jen informovaní lidé mohou začít efektivně pracovat s těmito poznatky a využít je pro posílení odolnosti svého organismu proti možnému syndromu vyhoření.

Výsledky praktické části mé práce ukazují zajímavé poznatky. Zaměstnanci azylových domů s delší pracovní kariérou v oboru vykazují menší únavu i menší míru nespokojenosti, než zaměstnanci s kratší služební kariérou. Zaměstnanci, kteří pracují v oboru déle, také tolik neřeší pocit uznání za svoji náročnou práci, ale více se orientují na vlastní seberozvoj. Věková hranice respondentů nesouvisí přímo s mírou jejich fyzického vyčerpání. Naopak se potvrdilo, že fyzický stav respondentů je dobrý bez ohledu na věkovou hranici. Dále se ukázalo, že pocit nedostatku uznání a celková nespokojenost v pomáhající profesi postihuje spíše jedince s vyšším vzděláním a výrazněji mladší věkovou kategorii. Potvrdilo se, že celková nespokojenost v zaměstnání je provázena nespokojeností v rovině emocionální a sociální. Nejspokojenější skupinu tvořili zaměstnanci ve věkové kategorii nad 50 let, kteří jsou více otevřeni možnostem, které jim práce přináší. Za zamyšlení určitě stojí výsledky u mladší věkové kategorie do 40-ti let s kratší délkou praxe v pomáhající profesi, a z toho důvodu by měla k této skupině nejvíce směřovat doporučená preventivní opatření k posílení jejich profesních kompetencí. Výsledky šetření by mohly inspirovat i zaměstnavatele k tomu, aby zkusil najít způsob, jak efektivněji posílit na konkrétním pracovišti u konkrétní skupiny zaměstnanců jejich profesní kompetence v kontextu syndromu vyhoření.

Každý člověk si rozhodne sám, jak se k danému problému postaví. Kvalitně se však může bránit jen ten, kdo má dostatek informací a dovede je zpracovat, aby věděl proti čemu a jakými prostředky se bránit. V opačném případě přichází pomoc většinou pozdě...

6 Přílohy

6.1 DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Renata Lomnická a jsem studentkou Evangelické teologické fakulty Univerzity Karlovy. Tento dotazník je základem empirické části mé bakalářské práce, která se věnuje syndromu vyhoření u pracovníků azylových domů.

Dotazník slouží k posouzení aktuální míry náchylnosti pracovníka azylového domu ke stresu a syndromu vyhoření.

Dotazník je určen hlavně pro zaměstnance azylových domů, vyplnit jej mohou ale i další pracovníci, kteří jsou v práci s klienty azylových domů vystaveni řadě zátěžových situací.

Vyplnění dotazníku Vám nezabere víc, než pár minut a je anonymní.

Předem Vám děkuji za čas, ochotu a Vaši spolupráci s vyplněním dotazníku.

Renata Lomnická, ETF UK Praha

- V zaměstnání pracuji jako:
 - Sociální pracovník/pracovnice
 - Pracovník/pracovnice v sociálních službách
 - Jiná pracovní pozice
- Můj věk:
 - 19 – 30 let
 - 31 – 40 let
 - 41 – 50 let
 - 51 let a více

- Pomáhající profesi vykonávám:
 - Méně než 1 rok
 - 1 rok až 5 let
 - Déle než 5 let

- Vzdělání:
 - Základní
 - Vyučen bez maturity
 - Vyučen s maturitou
 - Ukončené středoškolské vzdělání
 - Ukončené vysokoškolské vzdělání (VŠ; VOŠ)

		Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
1.	Obtížně se soustředuji.	4	3	2	1	0
2.	Nedokáži se radovat ze své práce.	4	3	2	1	0
3.	Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4.	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům.	4	3	2	1	0
5.	Pochybuji o svých profesionálních schopnostech.	4	3	2	1	0
6.	Jsem sklíčený/á.	4	3	2	1	0
7.	Jsem náchylný/á k nemocím.	4	3	2	1	0

		Vždy	Často	Někdy	Zřídka	Nikdy
8.	Pokud je to možné, vyhýbám se odborným rozhovorům se svými spolupracovníky.	4	3	2	1	0
9.	Vyjadřuju se posměšně o klientech i o jejich příbuzných.	4	3	2	1	0
10.	V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á.	4	3	2	1	0
11.	Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením apod.	4	3	2	1	0
12.	Frustrace ze zaměstnání narušuje moje osobní vztahy.	4	3	2	1	0
13.	Můj odborný růst a zájem o obor zaostává.	4	3	2	1	0
14.	Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní.	4	3	2	1	0
15.	Jsem napjatý/á.	4	3	2	1	0
16.	Svou práci omezují na její mechanické provádění.	4	3	2	1	0
17.	Přemýšlím o odchodu z oboru.	4	3	2	1	0
18.	Trpím nedostatkem uznání a ocenění.	4	3	2	1	0
19.	Trápí mě poruchy spánku.	4	3	2	1	0
20.	Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání.	4	3	2	1	0
21.	Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru.	4	3	2	1	0
22.	Cítím se ustrašený/á.	4	3	2	1	0
23.	Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24.	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty.	4	3	2	1	0

6.2 Etický kodex sociálních pracovníků v azylovém domě Naděje:

Poslání sociální služby v příslušných dokumentech definujeme jako:

1. Poslání Naděje podle Stanov: Posláním Naděje je praktické uplatňování evangelia v životě a jeho šíření. K naplnění svého poslání užívá Naděje soustavu svých služeb.

Praktické uplatňování evangelia, tedy křesťanské principy práce, vyjadřuje text:

Hladověl jsem, a dali jste mi jíst, žíznil jsem, a dali jste mi pít, byl jsem na cestách, a ujali jste se mne, byl jsem nahý, a oblékli jste mě, byl jsem nemocen, a navštívili jste mě, byl jsem ve vězení, a přišli jste za mnou.

(Bible, Evangelium podle Matouše 25,35-36)

2. Poslání sociální služby navazuje na poslání Naděje a příslušného programu.

Základní zásady poskytování sociálních služeb definujeme odvozeně od Kodexu etiky:

- a) Ctít osobní svobodu a práva každého klienta do té míry, aby zároveň nedocházelo k omezení svobody a práv druhých osob.
- b) Chovat se ke každému klientovi vždy uctivě a s vědomím, že naše služby jsou určeny právě jemu. Vidět v něm svého bližního a přistupovat k němu laskavě, zdvořile, s láskou a s respektem. Vytvářet atmosféru důvěry a bezpečí.
- c) Nehovořit o klientovi v jeho přítomnosti ve třetí osobě.
- d) Při poskytování služeb klienta nediskriminovat (např. z hlediska vyznání, národnosti či osobní sympatie).
- e) U každého klienta podporovat jeho rozvoj, včetně rozvoje duchovního.
- f) Nikdy klienta nepoškodit.
- g) Pracovní zatížení klienta včetně příležitostných prací je možno připustit pouze po jeho jednoznačném souhlasu, a to jen v rámci plánovaného rozvoje osobnosti.
- h) Nenechat si od klienta sloužit (ani bezplatně, ani úplatně) nepřijímat peníze ani věcné dary a žádným způsobem klienta nezneužít.

- i) Nevnášet do kontaktu s klientem své osobní problémy ani pracovní záležitosti a současně zachovávat potřebnou empatii.
- j) Nepřipustit ani náznak intimního vztahu ke klientovi nebo jeho rodinným příslušníkům, od vztahu intimního odlišovat lidský citový vztah ke klientovi.
- k) Podporovat dobrou spolupráci Naděje s rodinou klientů a v rámci možností též dobré vztahy klientů s jejich rodinnými příslušníky.
- l) Nedát ani nepůjčit klientu peníze (ani služební, ani vlastní).
- m) Zachovávat profesionální mlčenlivost o skutečnostech týkajících se klienta.

Schváleno předsednictvem v Praze dne 11. listopadu 2009

6.3 Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR

1. Etické zásady

1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práva sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1. 5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi

2. 1. 1. Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného

prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.

2. 1. 7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

2. 2. Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.

2. 3. 3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložená.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.

2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.

2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.

2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

2. 4. 6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.

2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.

2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2. 5. 6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech.

Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

-kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),

-kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,

-kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,

-kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů

- při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta,
- při konfliktu klienta a jiného občana,
- při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
- při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
- při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost:

diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.

2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.

3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

6.4 Zákon o sociálních službách

§ 109 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

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.

§ 110

(1) Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(2) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a 3.

(3) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče.

(4) **Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je**

a) **vyšší odborné vzdělání** získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 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,

b) **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, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu,

c) **absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů** v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d) absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního

pracovníka v trvání nejméně 10 let, za podmínky středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději 31. prosince 1998,

(5) Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.

(6) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu³¹).

§ 116 PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

(1) **Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává**

a) **přímou obslužnou péči** o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,

b) **základní výchovnou nepedagogickou činnost** spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti,

c) **pečovatelskou činnost v domácnosti osoby** spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při

zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

(2) Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona.

(3) Bezúhonnost se posuzuje a prokazuje podle § 79 odst. 2 a 3.

(4) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává praktický lékař a u zaměstnanců lékař závodní preventivní péče.

(5) **Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách**

a) uvedeného v **odstavci 1 písm. a)** je základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

b) uvedeného v **odstavci 1 písm. b)** je střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

c) uvedeného v **odstavci 1 písm. c)** je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem,

d) uvedeného v **odstavci 1 písm. d)** je základní vzdělání, střední vzdělání, střední vzdělání s výučním listem, střední vzdělání s maturitní zkouškou nebo vyšší odborné vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110.

(6) Obsah kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 a jeho minimální rozsah stanoví prováděcí právní předpis.

(7) Podmínku absolvování kvalifikačního kurzu podle odstavce 5 je třeba splnit do 18 měsíců ode dne nástupu zaměstnance do zaměstnání. Do doby splnění této podmínky vykonává zaměstnanec činnost pracovníka v sociálních službách pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách.

(8) Při uznávání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie se postupuje podle zvláštního právního předpisu.

(9) Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci. Účast na dalším vzdělávání se považuje za prohlubování kvalifikace podle zvláštního právního předpisu⁴³). Další vzdělávání se uskutečňuje formami uvedenými v § 111 odst. 3.

7 Použitá literatura

Citováno podle 3. vydání normy ČSN ISO 690 z roku 2011

BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: NCO NZO, 2006. ISBN 80-7013-439-9.

BAŠTECKÁ, B. *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

CUNGI, Ch. *Jak zvládat stres*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-465-6.

DVOŘÁKOVÁ, J. *Duševní hygiena, relaxační metody*. [přednáška]. Praha 4, U Modré škloly 1/237, Komunitní centrum Matky Terezy, 4.10.2012.

GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999. ISBN80-7203-124-4.

HÁJEK, K. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-346-8.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HAVLÍČKOVÁ, M. *Mentoring a supervize jako zdroj sebereflexe učitele*. Praha: Vyšší odborná škola sociálně právní, 2011. ISBN.

HOWARD, P., J. *Průručka pro uživatele mozku*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-211-4.

HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.

HUDLIČKA, P. *Úvod do psychologie a psychopatologie*. [přednáška]. Praha 3, Husitská 70, Naděje o. s., 22. 4. 2008.

KALLWAS, A. *Syndrom vyhoření*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-318-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0784-5.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. Praha: SPN, 1986.

MITÁŠ, V. *Základy krizové intervence*. [přednáška]. Praha 3, Husitská 70, Naděje o. s., 21. 6. 2008.

PRÁŠILOVÁ, H. Vyhořelí zaměstnanci domovů důchodců. *Psychologie dnes*. č.7-8/2000, str. 24-25.

SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Písek: Renesance, 1996.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-9.

Syndrom vyhoření. [online]. Psychoweb.cz, PhDr. Michaela Peterková 2008-2012. [13. 04. 2013]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni>

Naděje. [online]. Naděje.o. s. [10. 4. 2013]. Dostupné z: www.nadeje.cz

Wikipedie: Duševní hygiena. [online]. Wikipedie. [3. 5. 2013]. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Psychohygiena>