

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

Syndrom vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků

Matoušová Kateřina

Katedra sociální práce
Vedoucí práce PhDr. Hana Janečková, Ph.D.
Studijní program Sociální a pastorační práce
Studijní obor Sociální a pastorační práce

Praha 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem Syndrom vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Kladně dne 25. 4. 2023

Matoušová Kateřina

Anotace

Tématem této bakalářské práce je: „Syndrom vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků“. Práce vznikla na základě mého zájmu o problematiku syndromu vyhoření a také o profesi zdravotně sociálního pracovníka, které bych se po absolvování tohoto oboru ráda věnovala. Práce se zabývá představením problému vyhoření mezi zdravotně sociálními pracovníky a apelováním na důležitost prevence jeho vzniku. Je rozdělena do dvou částí.

V teoretické části je vysvětlen pojem syndrom vyhoření, popsány jeho příznaky, stádia, diagnostika a prevence. Také je zde popsán syndrom pomáhajících a souvislost mezi vyhořením a stresem. Dále je v této části objasněna profese zdravotně sociálního pracovníka, jeho vzdělání, kompetence, etika, typologie jeho klientů, multidisciplinarita a nakonec jsou zde uvedena rizika vzniku syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků.

V praktické části je využita kvantitativní metoda sběru dat, pomocí dotazníkového šetření. Výzkumu se zúčastnilo 123 respondentů a data byla analyzována dle standardizované metody MBI - Maslach Burnout Inventory.

Klíčová slova

Zdravotně sociální pracovníci, sociální práce v nemocnicích, syndrom vyhoření, prevence vyhoření, multidisciplinarita

Summary

The subject of this bachelor is „Burnout syndrome Health social workers” This work was created on the basis of my interest, because I am interested in burnout syndrome and in health social work, which I would like to work in after graduating from this study programme. The thesis deals with the problem of burnout syndrome between health social workers and appeals to critical information about prevention of his rise. The thesis is divided into two parts.

In the theoretical part is describes the term burnout syndrome, his symptoms, phases, diagnostics and prevention. Helper syndrome is described here too and caddish with burnout syndrome and stress. Further in this part it describes the profession of a health social worker, his education, competency, ethic, types of clients, multidisciplinary and at least risks for beginning burnout syndrome in health social workers.

The practical part is to utilize the quantity method of research with questionnaire. Participants of this research were 123 people and dates were analyzed by standardized method MBI - Maslach Burnout Inventory.

Keywords

Healthcare social workers, social work in hospital, burnout syndrome, burnout prevention, multidisciplinary

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PhDr. Haně Janečkové, Ph.D. za vedení mé bakalářské práce, za její trpělivost, ochotu a cenné rady a připomínky, které mi velmi pomohly při vypracování práce. Má vděčnost patří také respondentům, kteří vyplnili dotazník a tím mi poskytli informace k dokončení praktické části práce.

Obsah

Úvod	10
1. Teoretická část	11
1.1 Syndrom vyhoření	11
1.1.1 Vymezení pojmu a historie	11
1.1.2 Stres a syndrom vyhoření	13
1.1.3 Syndrom pomáhajícího	13
1.1.4 Rizikové faktory vyhoření	14
1.1.5 Příznaky vyhoření	16
1.1.6 Stádia syndromu vyhoření	17
1.1.7 Diagnostika syndromu vyhoření	18
1.1.8 Prevence vyhoření	20
1.1.9 Psychohygiena	22
1.2 Zdravotně sociální pracovník	24
1.2.1 Předpoklady pro výkon zdravotně sociálního pracovníka	24
1.2.2 Vzdělání zdravotně sociálního pracovníka	25
1.2.3 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka	26
1.2.4 Etika zdravotně sociálního pracovníka	28
1.2.5 Typologie klientů zdravotně sociálního pracovníka	28
1.2.6 Multidisciplinarita u zdravotně sociálního pracovníka	29
1.2.7 Zdravotně sociální pracovník a rizika pro vznik syndromu vyhoření	30
2 Praktická část	32
2.1 Cíl práce	32
2.2 Metoda výzkumu	32
2.3 Realizace výzkumu	33
2.4 Výzkumný vzorek	34
2.5 Hypotézy	34
2.6 Výsledky výzkumu (analýza dat a jejich interpretace)	35
2.7 Shrnutí a diskuse	54
Závěr	59
Seznam literatury	61
Seznam zkratk	64
Seznam tabulek	65
Seznam grafů	65

Seznam příloh

66

Přílohy

66

Úvod

Syndrom vyhoření se řadí mezi nemoci postihující především pomáhající profese. Do těch řadíme i práci zdravotně sociálního pracovníka, ten je z tohoto důvodu velmi ohrožen jeho vznikem. Syndrom má několik fází, které budu později ve své práci popisovat, stejně tak to, jak ho lze rozpoznat. Vzniká na základě nadměrného stresu, který je u zdravotně sociálních pracovníků přítomen především při přímém kontaktu s klientem. V dřívějších dobách povědomí o syndromu vyhoření nebylo tak rozšířené, jako v dnešní době.

Hlavním cílem bakalářské práce je: Představit problematiku syndromu vyhoření a zdravotně sociální profesi. Poté vysvětlit spojitost mezi vyhořením a zdravotně sociálními pracovníky. Dalším cílem je zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků, kteří jsou zaměstnaní ve zdravotnických zařízeních v České Republice.

Při odborné praxi, kterou jsem za dobu svého studia na střední a vysoké škole absolvovala ve zdravotnických zařízeních jsem si uvědomila, že je práce zdravotně sociálního pracovníka velmi psychicky náročná. To způsobuje zvýšené riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníka. Naštěstí je v dnešní době mnoho způsobů, jak vyhoření předcházet, jak ze stran samotného pracovníka, tak i ze strany zaměstnavatelů či organizací.

1. Teoretická část

V teoretické části bakalářské práce se budu zabývat nejprve syndromem vyhoření a v druhé části profesí zdravotně sociálního pracovníka, tedy sociálního pracovníka, vykonávajícího svoji profesi ve zdravotnických zařízeních.

První část bude obsahovat definici syndromu vyhoření, dále se budu zabývat jednotlivými zátěžovými a rizikovými faktory. Vymezím příznaky a stádia syndromu vyhoření, jeho diagnostiku a prevenci a nakonec se zaměřím na psychohygienu, která je velmi důležitá, ať už jako prevence tohoto syndromu, tak i jako podstatná část jeho léčby.

Následná druhá část bude obsahovat informace týkající se zdravotně sociálních pracovníků, jejich profesních předpokladů, potřebného dosaženého vzdělání a jejich kompetencemi. Dále se budu zabývat etikou této profese a typologií klientů zdravotně sociálních pracovníků. Uvedu aspekty této profese z hlediska ohrožení syndromem vyhoření, z kterých později odvodím své hypotézy. Budu věnovat pozornost jednomu z hlavních předpokladů kvalitního výkonu této profese, totiž začleněním zdravotně sociálních pracovníků v multidisciplinárních týmech.

1.1 Syndrom vyhoření

1.1.1 Vymezení pojmu a historie

Syndrom vyhoření (angl. burnout syndrom). Stock (2010, s. 14) ve své knize uvádí, že syndrom vyhoření dříve nebyl klasifikován jako nemoc a dle světové zdravotnické organizace (WHO) se jednalo pouze o doplňkovou diagnózu. Podle poslední 11. revize mezinárodní klasifikace nemocí (ICD-11) se burnout syndrom dostal mezi diagnózy. Nalezneme ho pod označením QD85 Burnout. Tato nemoc je v klasifikaci WHO popisována jako důsledek chronického stresu

na pracovišti, který nelze uspokojivě zvládnout a je vyznačen třemi dimenzemi:

- pocitem úbytku energie nebo vyčerpání,
- pocitem nedostatečné výkonnosti a úspěšnosti,
- zvýšeným mentálním odpojením od své práce, pocity negativismu až cynismu ve vztahu k zaměstnání. (ICD-11)

Z historického hlediska je ve světě syndrom vyhoření přítomný již velmi dlouhou dobu, ačkoliv pojmenován byl až v osmdesátých letech 20. století. Původně byl spojován s alkoholiky a drogově závislými osobami, které prožívaly stav vyčerpání. (Jeklová, Reitmayerová 2006, s. 6)

Pojem burnout byl poprvé popsán psychologem H. J. Freudenbergerem a bylo původně spojované s dobrovolníky. Freudenberger uvedl, že „burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svoji motivaci (své vlastní hnací síly).” (Freudenberger, cit dle Křivohlavý, 2012, s. 65). Až později bylo zjištěno že se tento syndrom objevuje i u placených pracovních pozic. (Jeklová, Reitmayerová 2006, s. 6).

Termín vyhoření byl také spojován s lidmi, kteří byli závislí na své práci a nežili pro nic jiného nebo s těmi, kteří zažívali apatii, deprese a vyčerpání. (Křivohlavý 2012, s. 62)

Dle Janáčkové (2008, s. 99) je syndrom vyhoření profesionální selhávání konkrétní osoby, která se potýká s celou řadou negativních symptomů a zároveň i s negativním pracovním sebehodnocením.

Syndrom vyhoření a jeho příznaky se vyskytují nejčastěji v pomáhajících profesích, kam patří sociální práce, pedagogika, psychologie i medicína. Kopřiva (2006, s. 14) považuje za společný znak všech pomáhajících profesí vzájemný vztah mezi klientem a profesionálem. Jinak lze tuto profesi vymezit jako určitou službu nebo, jak již název napovídá, pomoc druhým lidem (Špirudová, 2015, s. 72). V tomto typu profesí je velmi náročné definovat kritéria úspěšnosti práce, zároveň je také na pracovníka kladena nesmírná míra zodpovědnosti za klienta. (Matoušek 2008, s. 56). Syndrom vyhoření je pak možné definovat jako výsledek neustálého stresu spojeného s přítomností druhých osob v pracovním prostředí a interakce s nimi.

1.1.2 Stres a syndrom vyhoření

Stres lze charakterizovat jako zátěžovou situaci nebo stav ohrožení vyvolávající nadměrný tlak na jedince. Stres existuje ve dvou formách a to pozitivní, tzv. eustres a negativní, tedy distres. V přiměřené míře může být stres užitečný a může povzbudit člověka k aktivitě a hledání přijatelného řešení zátěžové situace, kterou prožívá. Jedinec na nadměrný stres reaguje aktivními obrannými reakcemi, kdy se aktivuje sympatikus, což je část vegetativního nervového systému produkující adrenalin. To se projeví útokem, útekem nebo agresí. Naopak pasivní obranné reakce se projeví jako ochromení, kdy se aktivuje parasympatikus - noradrenalin. (Jeklová, Reitmayerová 2006, s. 8)

Avšak ne vždy je stres nutně spojený se syndromem vyhoření. Tento syndrom je důsledkem nadměrné pracovní zátěže nebo dlouhodobého stresu. Pokud se do stresové situace dostane jedinec, který nezažívá zvýšené pracovní vytížení, nelze to diagnostikovat jako vyhoření. Stres se u jedince často objevuje při vykonávání různých činností, které mohou působit zátěžově, ale k diagnostikování syndromu vyhoření dochází v případě, že se stres vyskytuje v situacích, kdy je pracovník v osobním kontaktu s klienty. Pokud jsou zátěžové pracovní stavy řešitelné a překonatelné, tak k vyhoření nedojde. (Křivohlavý 2012, s. 69) Dnes se ale zdůrazňuje vliv nejen pracovního vytížení a pracovního stresu, ale zásadní roli pro vznik syndromu vyhoření hraje také nedocení pracovníka ze strany nadřízených a také ze strany spolupracovníků. Tento fakt ve své knize uvádí Stock (2010 s. 63), který říká, že nedostatek uznání může zapříčinit syndrom vyhoření z toho důvodu, že pracovník nemá při výkonu své práce motivaci. Ta vychází nejen z finanční odměny, ale především z uznání a pocitu, že si druzí jeho práce váží. Z tohoto důvodu je potřeba ocenění důležitá v předcházení zklamání a následnému stresu.

1.1.3 Syndrom pomáhajícího

Odborníci odlišují syndrom vyhoření od syndromu pomáhajícího. W. Schmidbauer (2015, s. 31) jej definoval jako narcistickou poruchu, která má

většinou základ v traumatu z raných vývojových stádií dítěte. Podle Schmidbauera osoba trpící tímto syndromem vyžaduje uspokojení své touhy po porozumění, vděčnosti a obdivu, a proto se věnuje pomáhání, které jí uspokojení této touhy přináší.

Matoušek upozornil, že syndromem pomáhajícího nemusí trpět pouze jedinec, ale i celá zařízení. Často je syndrom pomáhajících podporován ve svém vzniku u pracovníků, kteří musí své momentální potřeby upozadit před klienty a kontrolovat své projevy, aby se zachovala profesionalita, zatímco klienti mají možnost se projevat volně a bez výčitek. Jediný účinný lék na tuto situaci je pravidelná supervize a dostatečný zácvik pracovníka. (Matoušek 2008, s. 59)

1.1.4 Rizikové faktory vyhoření

Dle Jeklové & Reitmayerové (2006, s. 15) je možné rizikové faktory rozdělit na vnější a vnitřní.

Vnější faktory jsou takové, které se týkají okolního světa jedince, mezilidských vztahů, pracovní náplně a také společenských vlivů. Patří sem především oblast zaměstnání, konkrétně tedy vysoká míra setkávání a interakce s lidmi, nepříznivé pracovní podmínky, příliš velké pracovní ambice nebo naopak nedostatek odpočinku a spánku. Dle Stocka (2010, s. 57) přispívá ke vzniku syndromu vyhoření i působení rušivých vlivů na jedince, za což můžeme považovat ku příkladu neustálou přítomnost na telefonu či e-mailu. Další oblastí je rodinná, kam patří nevyhovující vztahy v rodině, partnerské problémy nebo nemoc jednoho z členů rodiny. Poslední důležitou oblastí týkající se vnějších faktorů syndromu vyhoření je společnost. Rizika v této oblasti spočívají ve společenském tlaku, ať už na profesní a kariéerní růst nebo na úspěšnost. V soudobé společnosti nejsou výjimkou ani nepřiměřené nároky, které jsou různými způsoby kladeny na muže a ženy.

Vnitřní rizikové faktory se naopak týkají přímo konkrétní osoby, k těmto faktorům řadíme například charakter a osobnostní předpoklady vedoucí k vyšší míře náchylnosti na vznik syndromu vyhoření, což může být například nízké sebehodnocení, neschopnost asertivního jednání a řešení konfliktů, perfekcionismus a soutěživost, dále také tělesný stav a reakce jedince na probíhající situace.

Matoušek (2008, s. 57) ve své knize uvádí, že pro mnohé pracovníky je rizikovým faktorem tvořivost, kdy vyžadují od zaměstnavatele jistý prostor projevit svůj tvůrčí smysl. V případě, že jim toto není umožněno, dostávají se do rizikového stádia vzplanutí syndromu vyhoření. Dalším faktorem je podle Matouška přehnané očekávání pracovníka, které se týká osobního růstu a plnění vlastních cílů. Zatímco osoby, které taková očekávání nemají a své zaměstnání berou spíše jako prostředek k zisku financí a rozvíjení sociálního kontaktu, bez zvyšování nároků na zaměstnavatele, jsou ohrožené v mnohem menším měřítku. Tento faktor může být s největší pravděpodobností důvodem, proč jsou více ohroženy profese, ve kterých je nutné vyšší vzdělání a s tím také předpoklad vyšší míry angažovanosti, než u profesí, kde si pracovník vystačí s nižším vzděláním.

Všeobecně lze říct, že čím více rizikových faktorů na člověka působí, tak tím více je ohrožen syndromem vyhoření. Ale ani ten, na koho působí méně rizikových faktorů, není proti vyhoření imunní. Záleží totiž na tom, jak a zda vůbec se s riziky, které na něho působí, dokáže vypořádat. Každý na stresové situace, které bývají spouštěčem burnout syndromu reaguje odlišně. To co pro některé může být běžný a zvládnutelný stres je pro jiného nesmírně zatěžující. Důležitým faktorem ve vypořádávání se s riziky je také doba působení a intenzita stresoru, pokud působí delší dobu, stane se pro jedince náročnější ho zvládnout. Dlouhodobé působení těchto stresorů má dopad i na soukromý život pracovníka a může radikálně poškodit jeho vztahové vazby. (Stock 2010, s. 24)

Dle Jeklové & Reitmayerové (2006, s. 14) vedou k vzplanutí syndromu vyhoření tři cesty. První cestou je ztráta ideálů, kdy upadá pracovní nadšení. Druhou cestou je workoholismus, tedy nadměrná pracovní zátěž a práce

přesčas, což vyžaduje vyšší míru energie a času. Třetí cestou je takzvaný teror příležitosti, kdy se pracovníkovi naskytují nové lákavé příležitosti, které nechce či nemůže odmítnout.

1.1.5 Příznaky vyhoření

Všechny příznaky lze definovat jako rapidní změnu v chování konkrétního pracovníka. Projevy syndromu vyhoření lze zaznamenat již v relativně krátké době od příchodu do nového zaměstnání, může se jednat i jen o několik týdnů až měsíců, kdy se u pracovníka plně rozvine tento syndrom. (Matoušek 2008, s. 56)

Podle Venglářové (2011, s. 24) je možné příznaky rozdělit do tří rovin, které nazýváme tělesné, psychické a emocionální vyčerpání:

- Tělesné vyčerpání se projevuje únavou a nedostatkem spánku, dále bolestí těla či hlavy, úbytkem nebo přibýváním tělesné hmotnosti, apatií, zrychleným pulsem a nebo také pocitem nedostačující kapacitou plic.
- Nejdominantnější příznaky vyčerpání jsou v psychické oblasti a projevují se pesimistickou a negativní náladou a celkovým útlumem organismu.
- Emocionální vyčerpání se projevuje ztrátou empatie, uzavřeností a neschopností projevovat radost. Pelcák (s. 51) tento typ vyčerpání spojuje s psychickým vyčerpáním, které se projevuje v oblasti emocí, postojů a názorů, čímž se ovlivňuje nejen kvalita života, ale i celkový zdravotní stav.

Dle Stanislava Pelcáka (s. 51) jsou všechny tyto příznaky fyziologickou reakcí na nadměrný stres, který jedinec zažívá, je to takzvaná přirozená obranná reakce, kdy se osoba snaží co nejvíce snížit své pracovní nasazení a tím i své povinnosti. Také říká, že lze při těchto obtížích dojít až k depersonalizaci, což můžeme vysvětlit tak, že jedinec vnímá své vlastní pocity jako cizí a prožívá svou existenci jako něco nereálného.

Dalšími příznaky, které jsou typické pro syndrom vyhoření jsou například neustálá snaha o vyhnutí se práci, vybírání si dovolené a neplaceného volna, ztráta pracovního nasazení a snaha o omezování kontaktů s klienty, kdy

převažují spíše administrativní činnosti. V některých případech může docházet až ke zneužívání klientů ve svůj vlastní prospěch. (Matoušek 2008, s. 56)

1.1.6 Stádia syndromu vyhoření

Venglářová (2011, s. 31) popisuje syndrom vyhoření jako neustále se vyvíjející proces, mající několik stádií. Stádia syndromu vyhoření se mohou popisovat podle modelu vytvořeného Edelwichem a Brodskym. (viz. Jeklová, Reitmayerová 2006, s. 18) V tomto modelu se definuje pět stádií, a to nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření.

V první fázi - nadšení - se pracovník setkává s přehnaným očekáváním, nadšením pro práci a tendencí pracovat více a častěji. Dále se snaží vytyčit cíle, které s sebou nesou optimismus a snahu takzvaně všechny zachránit.

Ve fázi stagnace začne dotyčný vnímat, že jeho očekávání byla nereálná a je nucen od nich upustit a jeho život je omezen pouze na práci.

Následuje stadium frustrace, které spočívá v rozvoji somatických a psychických problémů, kdy jedinec začíná být nešťastný ze svého zaměstnání, nepřikládá své práci žádnou důležitost. Zároveň se před ním otevírá propast mezi jeho cíli a realitou.

V předposlední fázi vzniká apatie, která se vyznačuje přetrvávající a zhoršující se frustrací, rezignací a zoufalstvím.

Poslední stádium již představuje skutečné vyhoření, které charakterizuje celkové vyčerpání, nepřetržitý stres a někdy celkový kolaps člověka.

Méně častým dělením procesu syndromu vyhoření je model A. Laengleho, který definuje pouze tři fáze. Na počátku je nadšení, které popisuje už předchozí model. Následuje stadium vedlejšího zájmu, kdy se člověk spíše než na cíl soustředí na sledování kritérií, podle kterých je hodnocen. Poslední je fáze popela, kterou charakterizuje vlastní vyhoření, tedy úplná ztráta motivace a smyslu života a také úplná neschopnost komunikace v profesním týmu nebo s klienty. (viz. Jeklová, Reitmayerová 2006, s. 18)

Nejčlenitější model, díky kterému se lze lépe zorientovat v procesu syndromu vyhoření, vypracoval John W. James, kterého ve své knize citoval Křivohlavý (2012, s. 82). Jamesův model zahrnuje 12 fází:

1. snaha o osvědčení se v práci
2. pokus o samostatné zvládnutí každého úkonu
3. opomíjení vlastních potřeb
4. jedině po čem jedinec touží je práce, plnění úkolů a cílů
5. neschopnost rozlišování v hodnotovém žebříčku
6. popírání příznaků
7. útek od problémů
8. změny v chování
9. depersonalizace
10. zoufalost
11. deprese
12. totální vyčerpání

Všechny tyto modely mají společné to, že z počátku se u jedince nachází nadšení z práce a vysoká míra motivace, kdy dotyčná osoba směřuje ke svému konkrétnímu cíli a poté to, že posledním bodem je vždy úplná psychická a fyzická vyčerpanost, z níž se ve velmi vysokém procentě případů nelze vyprostit a jedinec je poté nucen své zaměstnání opustit. (Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 19)

1.1.7 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnóze syndromu vyhoření se používá pozorování, rozhovor a nejčastěji se využívají dotazníky, které mapují různé symptomy, jak v tělesné, tak i v psychické oblasti. (Venglářová 2011, s. 29).

Jeden z nejvíce rozšířených dotazníků od Christiny Maslachové a Susan E. Jacksonové (z roku 1981) je MBI neboli Maslach Burnout Inventory, který zároveň využívám v empirické části mé práce. Zabývá se třemi oblastmi - vyčerpáním, depersonalizací a snížením výkonnosti. Obsahuje 22 bodů, které se posuzují na hodnotící škále. Vyhodnocení této metody spočívá ve stupnici, která je tvořena čísly. Začíná od 0, která znamená, že s danými výroky jedinec vůbec nesouhlasí a 7 znamená, že s nimi velmi silně souhlasí. MBI dotazník je

formulován pomocí oznamovacích vět, které jsou hodnoceny na základě četnosti výskytu a intenzity jednotlivých výroků. (Venglářová 2011, s. 42)

Dalším používaným dotazníkem je Tedium Measure (TM), vytvořený Christinou Maslachovou a Ayalou Pinesovou (z roku 1981), který obsahuje hodnocení několika položek, spojených s vyhořením na stupnici podle míry jejich výskytu, v životě jedince. Je tvořen dvěma skupinami a to otázkami A a poté otázkami B. Položky se hodnotí čísly od 1 do 7, kdy 1 znamená nikdy a 7 znamená vždy. U otázek označených písmenem A se výsledné hodnoty sečtou a následně připočítávají ke konečné hodnotě skupiny B. Ta se získá stejným způsobem, tedy že se sečtou hodnoty otázek B s tím rozdílem, že se výsledná cifra odečte od čísla 32. Až po tomto matematickém úkonu je možné sčítat skupinu A se skupinou B. Rozdíl od předchozího MBI dotazníku je tedy nejen v rozpětí hodnotící škály a množství hodnotících oblastí, ale také ve formulaci, jelikož MBI je založen na oznamovacích větách, kdežto TM na otázkách. (Stock 2010, s. 48).

Dotazníkovou metodou, kterou ve své knize popisuje Křivohlavý (2012, s. 49) a nebo také Venglářová (2011, s.45), se nazývá Burnout Measure neboli BM, vytvořena Ayalou M. Pinesovou a Ellion Aronsonovou (z roku 1980). Tento dotazník vyhodnocuje míru ohrožení burnout syndromem. Zaměřený je na fyzické, duševní a emocionální vyčerpání a má vysokou shodu s jinými psychologickými vyšetřeními, a to jak v oblasti spokojenosti jedince s prací či sebou samým, tak i v oblasti zdravotních problémů. Opět, jako předchozí typy dotazníků se hodnotí pomocí stupnice, která udává sílu pocitů. Jedinec má na škále k dispozici čísla 1 až 7, kdy 1 znamená nikdy a číslice 7 znamená vždy. Formulací je blíže k MBI, protože je tvořen 21 výroky, které se rozdělují stejně jako TM na skupinu A, B. (Křivohlavý 2012 s. 49)

Dotazníkem, který byl vytvořen v České Republice Jiřím a Tamarou Tošnerovými se nazývá Inventář projevů syndromu vyhoření, který je velmi podobný předchozím dotazníkům, ačkoli se jedná pouze o orientačně dané výsledky, které nemusí značit přítomnost syndromu vyhoření a slouží spíše jako informace pro dotazovaného jedince. Je tvořen 24 výroky, formulace je zde také pomocí oznamovacích vět. Hodnotící škála obsahuje pouze číslice od 0 (nikdy) do 4 (vždy). Hodnotí se čtyři oblasti a to rozumová rovina,

emocionální rovina, tělesná rovina a sociální rovina. Vyhodnocení spočívá rovněž v součtu všech bodů získaných za hodnocení daných výroků. (Švamberg, Šauerová, 2018, s. 55)

Metoda, která není vytvořena formou dotazníku se nazývá PSA - personal subjective analysis, která obsahuje stupnici pocitu vlastní hodnoty a je ve tvaru úsečky. Na této čáře jsou vyznačené krajní body A (zcela bezcenný) a C (plně hodnotný). Jedinec na této škále vyznačí pomocí bodu B (jak se cítí) to, jak hodnotí co dělá a jak se cítí při různých aktivitách. (Křivohlavý 2012, s. 56)

Jeden z těchto dotazníků, konkrétně MBI - Maslach Burnout Inventory využívám ve svém výzkumu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

1.1.8 Prevence vyhoření

Matoušek (2008, s. 58) udává, že mezi preventivní opatření, snižující riziko vzniku syndromu vyhoření, patří především dostatečná kvalifikační příprava na pomáhající profesi. Co se týče preventivních intervencí, zaměřuje se autor hlavně na takové, které by měly pracovníkovi zajišťovat organizace, pro které pracuje. Mezi tyto intervence řadí pravidelné supervize či případové konference, zajišťování dostatečného profesního zácvičku nových zaměstnanců, podporu vzdělávání a poskytování poradenství. Velmi podstatné je jasné vymezení profesní role a organizace práce.

Důležitou preventivní funkci má také schopnost pracovníka vyrovnávat se s pracovní zátěží, snižovat ji nebo ji alespoň nezvyšovat. (Stock 2010, s. 60)

Dle Stocka (2010, s. 108) existují základní body, díky kterým se lze chránit před burnout syndromem. Prvním bodem je nalézt pomoc od profesionála, pokud jedinec pocítuje, že by mohl být tímto syndromem ohrožen, neměl by se obávat vyhledat odbornou pomoc, například v psychosomatickém rehabilitačním centru. Dalšími body jsou získání si vnitřního i fyzického odstupu, s čímž souvisí i nevytváření si zbytečných iluzí a přiznání si existence vlastních slabých míst, vytvořit si nadhled. Případně si zažádat o léčebný pobyt

a to v případě, pokud jsou příznaky či stádia syndromu vyhoření v pokročilém stavu. Při problémech v pracovním prostředí, které u jedince mohou způsobit vyšší míru ohrožení syndromem vyhoření jsou prevencí rozhovory s nadřízenými a kolegy, navrhování změn a vlastních inovací, které by vedly ke zlepšení kolektivu, případně změnit pracovní pozici nebo dát výpověď z pracovního poměru. (Stock 2010 str. 108)

Dalším podstatným prvkem v prevenci je mapování a následné přehodnocování cílů. Rizikovní jedinci mají tendence si nastavovat nereálné cíle. V tomto případě je podstatné každý cíl přehodnotit a plnit ho postupně pomocí malých kroků. Všeobecně se říká, že cíle by měly být SMART, tedy specifické, měřitelné, dosažitelné, realistické a časově ohraničené, proto je důležité nastavovat cíle tímto způsobem a nastavovat nejdříve menší, které poté povedou k větším. (Stock 2010, s. 102)

Stock (2010, s. 138) také udává jako významnou součást prevence relaxaci, jejímž cílem je zpomalit a uvolnit se, věnovat čas sám sobě. Relaxace nemusí být pouze pasivní formou - odpočíváním, ale pro někoho to může být i aktivní forma, tedy sport nebo cvičení. Důležité je umět relaxovat. Nápomocná mohou být relaxační cvičení, kam patří například autogenní trénink podle Schultze, uvolnění svalů podle Jacobsona, jóga, autohypnóza, meditace nebo také biologická zpětná vazba, což je terapeutická metoda, při které se jedinec, pomocí své vůle, snaží ovládat vlastní tělesné procesy.

Jeklová a Reitmayerová (2003, s. 29) ve své knize uvádí, že v rámci prevence vyhoření je důležitým faktorem, jak je jedinec schopný bojovat se stresem a z toho důvodu je důležité poznat sám sebe, věnovat se své seberealizaci, svým prioritám, plánům a zdravotnímu stavu. Autorky se zde také věnují sedmi postupům, díky kterým lze snížit pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření. Mezi tyto postupy se řadí:

- Tvorba stupnice důležitosti, která je významná pro schopnost řešení akutních situací a vyhýbání se zbytečnému čerpání energie na irelevantní okolnosti.
- Vyhýbání se stresu a snaha o nalezení způsobů řešení problémů.
- Naučit se takzvaně vypnout, tedy umět odpočívat.
- Dostatek pohybu, který má prokazatelně pozitivní vliv na lidské tělo a

- zvládnání stresových situací.
- Tvorba mezilidských vztahů, která napomáhá získat porozumění nebo také rady ke správnému jednání a předcházení konfliktů.
 - Zdravá strava, která má vliv na sebedůvěru a sebevědomí.
 - Relaxace, která může souviset jak s odpočinkem, tak i s pohybovou aktivitou.

Podle Krivohlavého (2012, s. 137) je pro prevenci syndromu vyhoření důležité, aby pracovníci byli poučeni o tomto riziku. Hlavním bodem je edukování v tom, co to syndrom vyhoření je, jaké jsou jeho příznaky a jak ho mohou pracovníci na sobě samotných rozeznat. Dále také seznámení se s tím, jak mu předcházet a jakých metod v léčbě či prevenci je možné využít v organizaci, ve které pracují.

1.1.9 Psychohygiena

Psychohygiena neboli duševní hygiena je nezbytnou součástí prevence syndromu vyhoření. Přispívá k celkové psychické kondici a udržení zdraví, které je nezbytnou podmínkou k výkonu kteréhokoli povolání. Zdraví je podle WHO stav úplné pohody v oblasti psychické, fyzické, sociální a spirituální. Psychohygiena se dá charakterizovat jako soubor technik, díky kterým lze výrazně redukovat působení stresorů a zvyšovat odolnost jedince. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 59)

Lze ji chápat jako důležitý bod v prevenci syndromu vyhoření a zmírnění dopadů negativních důsledků již rozvinutého syndromu. Významnou částí v duševní hygieně je edukace veřejnosti, normalizace používání různých metod psychohygieny a brát ji jako součást života. Duševní hygiena obsahuje několik technik a to například fyziologické a duchovní techniky, dále odstup od situace a dostupnost sociálních kontaktů. Fyziologické postupy jsou založené na prožitku, který může být jak vědomý tak i nevědomý a je důležitý k rozvoji osobnosti. Rozvíjí se prožitkovými aktivitami a následným zpracováním prožitku a zkušenosti s ním spojené. Prostředky, které vedou k vytvoření prožitku jsou různé, ačkoli by měla daná aktivita vždy mířit k podpoře cíle

jedince. Do fyziologických technik řadíme různé sportovní a pohybové aktivity, které vedou ke zdravému psychickému a tělesnému vývoji a mají nespočet benefitů od tvorby endorfinů, přes zvyšování fyzické výkonnosti, až po schopnost emočního uvolnění. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 71)

Relaxace je rovněž velmi důležitou součástí duševní hygieny, při které je hlavním účelem uvolnění těla a mysli. Do relaxačních technik patří již zmiňované pohybové aktivity, dále tvůrčí techniky, například malování, pletení, psaní či zpěv a poté relaxační dechové techniky, které jsou velmi účinné při stresových situacích. (Švamberg Šauerová, 2018, s. 131)

Jako techniku psychohygieny považuje autorka také humor a to ho vytvářet i chápat. Mít smysl pro humor a být schopen se smát. Součástí duševního zdraví je také rozvoj resilience neboli odolnosti, která je založena na podpoře a porozumění. Resilience by měla být posilována již v dětství, kde hraje hlavní roli přijetí rodiny. V dospělosti se poté rozvíjí pomocí sportu, hudby a jiné zábavy. (Švamberg, Šauerová, 2018, s. 109)

Autorka v knize uvádí i různé podpůrné techniky psychohygieny, kterými jsou například aromaterapie, relaxační omalovánky, masáže, holotropní dýchání a nebo také hypnóza. (Švamberg, Šauerová, 2018, s. 146)

Shrnutí

Syndrom vyhoření je diagnóza definovaná zvýšenou přítomností stresových faktorů v pracovním prostředí, které mají za následek ztrátu motivace a ochoty svou práci vykonávat. Lze mu předcházet jak prevencí ze strany samotného pracovníka formou psychohygieny, tak i ze strany zaměstnavatele, který by měl být schopen vytvořit vhodné pracovní podmínky, umožnit supervizi, využívat případových konferencí na pracovišti a také poskytnout dostatečný zácvikem nových pracovníků. Významnou skupinou profesí, které jsou zvláště ohrožené burnout syndromem jsou sociální pracovníci a zdravotníci. V této práci bych chtěla zaměřit pozornost především na skupinu sociálních pracovníků ve zdravotnictví, tedy na zdravotně sociální pracovníky. Podám nejprve charakteristiku této profese a její rizika z hlediska vzniku syndromu vyhoření a v závěrečné části své práce budu prezentovat výsledky svého

výzkumu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

1.2 Zdravotně sociální pracovník

V České Republice není pojem zdravotně sociální pracovník příliš častý, jelikož se jedná o velmi mladý obor. Zdravotně sociální pracovník pracuje jako sociální pracovník ve zdravotnických zařízeních, kde pomáhá svým klientům a také jejich rodinám v řešení nepříznivé životní situace, ve které se ocitli v souvislosti se svým onemocněním a hospitalizací. Kuzníková vnímá především sociálně rehabilitační funkci sociální práce ve zdravotnictví: *“Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení má významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace.”* (Kuzníková 2011, s. 47) Sociální rehabilitace podle ní zajišťuje kvalitu života nemocného ve zdravotnickém zařízení a prevenci selhání po jeho propuštění do domácího ošetřování či následné péče. Předchází tak rovněž tzv. rehospitalizaci, čili nové hospitalizaci v důsledku nezvládnutého propuštění a nedostatečného zabezpečení návazných služeb a neformální péče v přirozeném prostředí.

Zdravotnická zařízení jsou dle zákona 307/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejího poskytování taková, ve kterých lze poskytovat zdravotní péči, jsou to například ambulance, nemocnice, polikliniky a nebo také lékárny. Dle Kutnohorské (2011, s. 76) stojí zdravotně sociální pracovník na pomezí mezi ošetřovatelstvím a sociální prací a je tedy nutné na tuto profesi nahlížet, jako na celek, který má multidisciplinární přesah.

Zdravotně sociální pracovník propojuje sociální práci, která využívá specifické metody práce v rámci prevence, péče nebo poradenství a snaží se řešit sociální problémy pacientů. (Kuzníková, 2011, s. 229)

1.2.1 Předpoklady pro výkon zdravotně sociálního pracovníka

K nejdůležitějším předpokladům pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka patří komunikace, která je opravdu nezbytná, ať už se jedná o komunikaci verbální či neverbální, komunikací s pacienty, se zdravotnickým

personálem nebo i s rodinou a pracovníky komunitních služeb. Pokud se pracovník ocitne v situaci, kdy nelze využít metodu rozhovoru, tak je možné přejít na pozorování, přičemž ale nastává problém v dosažení autentického porozumění. (Kuzníková, 2011, s. 30)

Tím, že je každý klient zdravotně sociálního pracovníka jiný, je nutné, aby byl pracovník schopen individuálního přístupu a podle toho přizpůsoboval svou komunikaci. (Kutnohorská, 2011, s. 20)

Dle Kuzníkové (2011, s. 30) musí zdravotně sociální pracovník dobře znát práva pacientů (klientů) a legislativu, tedy orientovat se v zákonech.

Neméně důležitý je holistický přístup ke klientovi a zaměřování podpory na všechny oblasti jeho potřeb, jak biologických, tak psychologických, sociálních i spirituálních. (Kutnohorská, 2011, s. 20)

Co se týče osobnostních předpokladů, tak je dle Kutnohorské (2011, s. 154) důležitá opravdovost, vřelost a hlavně schopnost empatie, kdy se pracovník dokáže vcítit do pocitů klienta a podle toho poté adekvátně reagovat a respektovat jeho názory. Chápat proč učinil určitá rozhodnutí ve svém životě a být schopen číst všechny klientovy projevy, jak verbální, tak i neverbální.

1.2.2 Vzdělání zdravotně sociálního pracovníka

Předpoklady pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka jsou specifikované v zákoně 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V §10 tohoto zákona je popsána odborná způsobilost pro práci zdravotně sociálního pracovníka, která je možná několika různými způsoby. První možností je splnění zdravotnického bakalářského nebo magisterského oboru, který je sociálně zaměřený. Dalším způsobem je studium na vyšších odborných školách, které jsou zaměřené na oblast sociální. Dále na vysokých školách, zaměřených na sociální oblast, právo či speciální pedagogiku. Po úspěšném ukončení této vyšší odborné nebo vysoké školy je nutné splnění kvalifikovaného akreditačního kurzu. Výjimkou, která nemá povinnost splnění akreditačního kurzu, jsou pouze absolventi některých z těchto oborů: všeobecná sestra, dětská sestra, porodní asistentka či zdravotnický záchranář. Poslední možnost k vykonávání této profese platí pro všeobecné sestry, které si

mohou doplnit specializační vzdělání v oboru zdravotně-sociální péče a tím se stát zdravotně sociálním pracovníkem. (Zákon 96/2007)

V poslední době také vznikl studijní program s názvem zdravotně sociální péče, po jehož absolvování se student stává zdravotně sociálním pracovníkem. Nyní je možné, dle informací z internetového portálu VysokeSkoly.cz, tento obor studovat na pěti vysokých školách, které se nacházejí v Pardubicích, Zlíně, Ostravě, Jihlavě a Českých Budějovicích. (Vysoké školy, rok 2023).

Dle Kuzníkové (2011, s. 28) je také velmi důležitým požadavkem na profesi zdravotně sociálních pracovníků celoživotní vzdělávání a osobní sebevzdělávání, díky kterému je možné neustále zvyšovat kvalitu poskytovaných služeb.

1.2.3 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Činnosti, které může bez indikace lékaře vykonávat zdravotně sociální pracovník jsou popsány v § 9 Vyhlášky 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Mezi tyto činnosti patří vykonávání sociální prevence, včetně depistáže osob nacházejících se v nepříznivé situaci. Dále vykonávání sociálních šetření, provádět návštěvní službu v rodinách a nebo také vytvářet zprávy o sociální situaci klienta. Další činností je sestavování psychosociálního plánu, který má možnost konzultovat se zdravotnickými pracovníky. Dále zajišťovat sociálně právní poradenství a být nápomocný v integraci klientů do společenského prostředí. Zdravotně sociální pracovník může také organizovat rekondiční pobyty, pomáhá zařizovat propouštění klientů a zajišťuje návazné služby a v situacích, kdy osamělý klient zemře, může zajišťovat pomoc s řešením okolností spojených se smrtí.

Týká se ho ovšem i § 3, odst. 1 stejné vyhlášky, kde jsou uvedeny činnosti, které vykonává bez odborného dohledu a bez indikace lékaře každý zdravotnický pracovník. Patří sem např. vykonávání zdravotnické péče dle standardů a zúčastnění se jejich tvorby, poskytování informací klientovi v rámci své odborné způsobilosti, motivace a edukace klienta nebo také řešení následků krizových situací.

Ve zdravotnictví pracují i sociální pracovníci bez zdravotnického vzdělání, tzv. jiní odborní pracovníci ve zdravotnictví. Jejich kompetence jsou omezené a pracují pod dohledem zdravotnického pracovníka se specializovanou působností (zdravotně sociální pracovník). Mohou např. pečovat o hygienicko-epidemiologický režim, vést zdravotnickou dokumentaci dle své odborné způsobilosti a nebo se podílet na praktickém vyučování ve zdravotnických oborech středních a vysokých škol. (§ 44 s 51 Vyhlášky č. 55/2011 Sb.)

Dle Kutnohorské (2011, s. 237) lze kompetence zdravotně sociálního pracovníka rozdělit na kompetence profesně oborové, sociálně anamnestické, poradenské, výchovné, rozhodovací, organizační, metodické, jazykové, etické a kompetence osobně kultivující.

Mezi profesně oborové kompetence patří propojování teoretických a praktických znalostí, což zahrnuje pomoc řešení klientovy nepříznivé situace a její negativní vliv na potřeby klienta. Řadí se sem i schopnost multioborové spolupráce a dodržování všech standardů.

Do sociálně anamnestických kompetencí patří, jak již název napovídá, zjišťování sociální anamnézy klienta, stanovení diagnózy a prognózy. Mezi tyto kompetence také patří organizace nebo provedení sociálního šetření.

Poradenské kompetence lze chápat jako poskytování základního sociálního poradenství každému klientovi nebo jeho blízkým.

Sociální prevence souvisí s kompetencí výchovnou. Kompetence provádět depistáže znamená, že sociálně-zdravotní pracovník vyhledává rizikové pacienty, kterým bude třeba věnovat zvláštní pozornost, zejména při propouštění. Rozhodovací kompetence jsou součástí plánování intervencí a používání poznatků v praxi.

Další jsou kompetence organizační, díky kterým je schopen zdravotně sociální pracovník spolupráce s dalšími odborníky či státními orgány.

Mezi kompetence metodické patří navrhování metodik a provádět výzkumy.

Jazykové kompetence zaručují schopnost komunikace v jiném jazyce a pro zdravotně sociálního pracovníka velmi důležitou orientaci v latinské terminologii.

Kompetence etické zahrnují znalost etického kodexu, dodržovat povinnost mlčenlivosti, být empatický, naslouchat a řešit dilemata. Samotnou etiku blíže specifikuji v další podkapitole.

Posledními kompetencemi jsou osobnostně kultivující, kam patří sebevzdělávání a sebereflexe. (Kutnohorská, 2011, s. 238)

1.2.4 Etika zdravotně sociálního pracovníka

Etika zkoumá hodnoty, které jsou důležité při rozhodování se mezi různými variantami řešení a snaží se najít řešení, které je správné, mravní či dobré. Etika se snaží popisovat a hodnotit a tím ovlivňovat chování a jednání člověka. (Kutnohorská, 2011, s. 23)

Při používání etického přístupu ke klientovi je důležité přijímat a respektovat jeho způsob myšlení a života a zároveň umět využít vhodnou metodu a postup při práci s konkrétním klientem. Při tom musí být respektována přání a potřeby klienta. (Kutnohorská, 2011, s. 20)

Zdravotně sociálnímu pracovníkovi nestačí pouze znalost etického kodexu, ale je zapotřebí také zvnitřnění norem, které jsou uplatňované ve zdravotnictví. (Kuzníková, 2011, s. 29)

Řešení dilemat patří k obvyklým věcem, se kterými se musí zdravotně sociální pracovník potýkat. Protože jde o pacienty nemocnice, kteří se obvykle kvůli svému zdravotnímu stavu potýkají s nejrůznějšími bolestmi, strádáním a obavami, včetně strachu ze smrti a umírání, je tato profese eticky mimořádně náročná. Dilematickou situaci lze chápat jako rozhodování mezi dvěma a více variantami, kdy ovšem ani jedna není stoprocentně správným řešením situace. Při volbě mezi variantami by se měl zdravotně sociální pracovník zaměřovat na to, zda jeho rozhodnutí klientovi pomůže či nikoliv a zda bude jednat spíše pro blaho jednotlivce, organizace nebo celé společnosti. (Kutnohorská, 2011, s. 158)

1.2.5 Typologie klientů zdravotně sociálního pracovníka

Klienty zdravotně sociálního pracovníka lze rozdělit na akutně nemocné klienty, tedy ty u kterých nemoc propukne náhle, a poté na chronicky nemocné pacienty, kteří jsou nemocní dlouhodobě a jejich stav se nijak výrazně nezlepšuje. (Kuzníková, 2011, s. 56)

Celkově můžeme, dle Kuzníkové (2011, s. 56), klienty rozdělit podle cílových skupin na:

Seniory se sníženou soběstačností, kteří se nemohou po léčbě vrátit do domácího prostředí, protože by se o sebe nedokázali postarat sami. Zdravotně sociální pracovník mu musí nalézt vhodnou následnou péči, ať už ve formě pobytové služby či osobní asistence. Nejčastěji jsou to pacienti z interního, ortopedického a neurologického oddělení.

Onkologicky nemocní klienti všech věkových kategorií, kteří se nacházejí nejen na onkologických odděleních nebo v hospicích, kde se uplatňuje paliativní péče.

Těžce nemocné osoby, které jsou chronicky nemocné, kdy je jen malá naděje na zlepšení jejich onemocnění, jedná se například o trvalé úrazy po nehodě.

Klienti gynekologicko-porodnických klinik, což jsou nejčastěji matky samoživitelky, opuštěné novorozené děti, osoby mající novorozené dítě s postižením, drogově závislé těhotné ženy či matky s poporodními depresemi.

Děti, které jsou hospitalizované a je lékařem stanovené, že je týrané, zneužívané nebo jinak zanedbávané.

Drogově závislí klienti, kteří se nacházejí na detoxikačních klinikách

Osoby bez přístřeší, kteří nemají uspokojené základní životní potřeby, jsou to například squateři, narkomani nebo lidé po výkonu trestu

Klienti, kteří poskytují sexuální služby, jedná se nejčastěji o ženy, kdy mohou nastat případné problémy s těhotenstvím v nedostatečných životních podmínkách.

Komunita, ať už se jedná o jakékoliv minoritní skupiny (cizinci, narkomani, osoby bez domova nebo mládež)

Důležité je také zvažování **druhu a míry rizika** konkrétního klienta, které ohrožuje jeho bezpečné propuštění z nemocnice (Angelovská Janečková, 2023 s.)

1.2.6 Multidisciplinarita u zdravotně sociálního pracovníka

Multidisciplinaritou rozumíme uspokojování různých potřeb jedince pod podmínkou spolupráce mnoha odborníků. Podstata multidisciplinární práce je provázanost, která zajišťuje snazší dostupnost zdrojů, za předpokladu vyšší efektivity saturace potřeb. Členy tohoto týmu nemusí být například jen lékaři a nelékařští zdravotničtí pracovníci, psychologové, sociální pracovníci, ale jsou to i samotní klienti a jejich rodiny. (Mahrová, Venglářová 2008, s. 60)

Multidisciplinární tým je důležitý v posouzení zdravotních a sociálních potřeb jedince, kdy se každý profesionál podílí na péči a vzájemně spolu komunikují o dalších možnostech postupu. (Kutnohorská, 2011, s. 496)

Dle Kuzníkové (2011, s. 23) není místo zdravotně sociálního pracovníka v nemocnicích dostatečně vyjasněno, tudíž dochází k problémům v komunikaci se zdravotnickým týmem. Sociální pracovník musí být v tomto týmu respektován, ačkoli je v mnohých případech ostatními zdravotnickými pracovníky nedoceněn. Samotná spolupráce sociálních zdravotníků a nemocničního týmu se odvíjí od pravidel daných zařízeními či organizacemi, ve kterých pracují, například zda může být sociální pracovník přítomný u vizity.

Dle Matouška (2003, s. 203) je hlavním úkolem sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu zajištění dostatečného množství profesionálů. Jeho hlavní rolí je sestavování týmu a jeho následná koordinace. Po zhodnocení problému všemi odborníky by měla nastat spolupráce v plánování postupu vyšetření, stanovování sociální diagnózy a snaha o řešení klientova problému.

1.2.7 Zdravotně sociální pracovník a rizika pro vznik syndromu vyhoření

Práce zdravotně sociálního pracovníka je sama o sobě riziková pro vznik syndromu vyhoření, protože je tato profese spojena s vysokou tvorbou stresu, který narůstá při práci, kdy se pracovník dostává do kontaktu s lidským utrpením. (Wang, 2019)

Nadměrná míra stresu sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních je zapříčiněná také tím, že se zde velmi často setkává se smrtí. Pomáhá klientovi s touto náročnou etapou života a také je k dispozici klientově rodině. Stres se poté ještě zvyšuje, pokud je pracovníkova schopnost pomoci limitována. (Quinn-Lee, 2014)

Zdravotně sociální pracovník se při své práci setkává s celou řadou klientů, kteří mají mnohokrát závažné a velmi komplexní problémy. Je dokázáno, že hlavním důvodem pro vyhoření mezi profesionály je právě práce s mnohoblémovými klienty. Dalším důvodem proč jsou tito pracovníci zranitelní je vysoký stupeň závislosti klienta, u kterého často není výjimkou vyžadování pomoci každý den. Ovšem všechna tato rizika jsou závislá na dalších faktorech, kterými jsou například profesní vnímání pacientovy nemoci a nebo také emoční reakce na pacienta, na jeho zármutek a trápení. (Shinan 2016)

Shrnutí

Sociální pracovníci ve zdravotnictví a zdravotně sociální pracovníci představují důležitou součást multidisciplinárních týmů ve zdravotnických zařízeních, zejména v nemocnicích. Jejich úkolem je vykonávat sociální šetření a depistážní činnost, také zjišťování sociální anamnézy klienta, provádět sociální poradenství a plánování intervencí.

Při své práci jsou vystaveni vysoké míře stresové zátěže, protože se setkávají s mnohoblémovými klienty, kteří se ocitají v nepříznivé životní situaci, která je spojená se sociálními a zdravotními problémy. Rovněž jejich zapojení v multidisciplinárních týmech přináší vysokou míru stresové zátěže, vzhledem k nedostatečnému oceňování ze strany ostatních pracovníků.

Empirická část práce se zaměří na zjištění míry výskytu syndromu vyhoření mezi zdravotně sociálními pracovníky a jeho příčin.

2 Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak vysoká je míra ohrožení syndromem vyhoření mezi zdravotně sociálními pracovníky, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních v České Republice. Ve výzkumu jsem využila také MBI metodu diagnostiky syndromu vyhoření pro splnění mnou vytyčeného cíle a zjištění průměrné hodnoty míry ohrožení u celého výzkumného vzorku.

2.2 Metoda výzkumu

Použitou metodou v tomto kvantitativním výzkumu bylo dotazníkové šetření.

Dotazník byl vytvořen v programu Google Forms a obsahoval úvod, ve kterém jsem své respondenty oslovila, informovala je o výzkumu a o tom, že je určen pro potřeby mé bakalářské práce. Obezámila je s délkou trvání vyplnění, což činilo přibližně 10 minut. Ujistila jsem je, že se jedná o anonymní formu a poděkovala jim za spolupráci. Následovala část, kterou měli moji respondenti za úkol vyplnit. Několik prvních otázek se týkalo sociodemografických údajů a poté jsem se zaměřila na otázky, které mapovaly rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření a jejich přítomnost u výzkumného vzorku. Jako součást dotazníku jsem využila diagnostiku MBI. Jedná se o metodu diagnostiky syndromu vyhoření s názvem Maslach Burnout Index, ze které bylo využito kompletní množství otázek (22), z důvodu vyhodnocení průměrného rizika vzniku syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků. Každá otázka v MBI diagnostice je hodnocena na škále od 0 do 7. Respondent hodnotí, jak moc s danými výroky souhlasí, kdy 0 znamená, že s nimi respondent vůbec nesouhlasí a 7 znamená, že s nimi velmi silně souhlasí.

Součástí MBI metody je diagnostika tří oblastí vedoucích k vyhoření a to:

- Stupeň emocionálního vyčerpání neboli EE
- Stupeň depersonalizace neboli DP

- Stupeň osobního uspokojení neboli PA

Ke každé z těchto oblastí přísluší otázky, ze kterých se poté vypočítá stupeň míry vyhoření od nízkého, přes mírný, až po vysoký.

Samotný dotazník byl kombinací nestandardizované a standardizované metody diagnostiky syndromu vyhoření MBI.

Celkové množství otázek v dotazníku činilo 38, z toho 36 bylo polostrukturovaných s možností výběru z několika předem daných odpovědí. Ve všech případech byla možná pouze jedna odpověď, na což byl respondent vždy pod otázkou upozorněn. Pouze u jedné z těchto otázek, která se týkala vzdělání, měla daná osoba možnost odpovědět svými slovy a to pokud se v možných odpovědích nenacházela žádná varianta, kterou by chtěla zvolit. Zbylé dvě otázky byly otevřené, ve kterých jsem zkoumala výši pracovního úvazku a hodnocení práce zdravotně sociálního pracovníka z respondentova subjektivního pohledu.

2.3 Realizace výzkumu

Sběr dat probíhal jeden měsíc v období od 1.3. 2023 do 1.4. 2023 v České Republice.

Pro sběr dat jsem se rozhodla využít dotazníkové šetření, které bylo realizováno dvěma způsoby. Prvním způsobem bylo odeslání dotazníku na e-mailové adresy. Tyto adresy byly vhodně zvolené tak, aby se výzkum dostal k sociálním pracovníkům ve zdravotnických zařízeních. Náhodně zvoleným nemocnicím a jiným zařízením, zajišťujících lůžkovou zdravotní péči po celé České Republice, jsem rozeslala na e-mailové adresy průvodní dopis spolu s odkazem na dotazník. E-mailové adresy jsem vyhledala přímo na internetových stránkách daného zařízení. V některých případech webové stránky postrádaly kontakt na sociální pracovníky, tudíž byl e-mail zaslán na sekretariát.

Druhou zvolenou variantou, kterou jsem následně také realizovala, bylo vložení dotazníku na facebookové stránky, konkrétně do skupin s názvem "Sociální pracovníci" a "Pracujeme v sociálních službách". Do těchto skupin jsem současně s odkazem na dotazník uvedla, že výzkum probíhá u zdravotně

sociálních pracovníků, kteří pracují ve zdravotnickém zařízení, tudíž je dotazník určen pouze jim. Tento způsob sběru dat byl zvolen pro zajištění většího množství respondentů a následné zlepšení kvality výsledků výzkumného šetření.

Také jsem dbala na informovanost respondentů a ujistila je na počátku výzkumu, že všechna získaná data jsou plně anonymizována a budou využita pouze pro účely mé bakalářské práce.

2.4 Výzkumný vzorek

Účastníci tohoto výzkumu byli sociální pracovníci, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních v České Republice. Respondenti byli vybráni náhodně a celý výzkum probíhal bez věkového omezení, ačkoliv zkoumaný vzorek musel být zaměstnán ve zdravotnickém zařízení.

Celkový počet respondentů byl 123 osob a z tohoto počtu se výzkumu zúčastnilo 119 žen a 4 muži. U dotazníků, které byly zaslané na vybraných 104 e-mailových adres se vrátilo zpět celkem 80 a návratnost tedy byla 76,9 %. Zbýlých 43 respondentů bylo získaných ze sociální sítě facebook.

2.5 Hypotézy

H1: Pracovníci, kteří jsou se svým zaměstnáním spokojeni jsou méně ohroženi syndromem vyhoření, než ti, kteří jsou v něm nespokojeni.

H2: Pracovníci, kteří jsou spokojeni s finančním ohodnocením své práce jsou méně ohroženi syndromem vyhoření než ti, kteří s ním spokojeni nejsou

H3: Pracovníci, kteří nevnímají dostatečnou podporu od přímého nadřízeného, jsou více ohroženi syndromem vyhoření, než ti kteří ji jako dostatečnou vnímají

H4: Pracovníci, kteří nevnímají dostatečnou podporu od zaměstnavatele, jsou více ohroženi syndromem vyhoření, než ti kteří ji jako dostatečnou vnímají

H5: Pracovníci, kteří vykonávají práci zdravotně sociálního pracovníka kratší dobu než 5 let, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření, než ti, kteří ji vykonávají déle než 5 let.

Pro potřeby výzkumu byly pro analýzu vybrané pouze tři hypotézy, z důvodu nedostatku prostoru. Konkrétně H1, H4 a H5.

2.6 Výsledky výzkumu (analýza dat a jejich interpretace)

Každou otázku v dotazníku jsem zpracovala v Google Sheets a následně, pro větší přehlednost, jsem některá data převedla do tabulky a poté je jednotlivě vyhodnocovala.

V první otázce jsem se ptala, jakého pohlaví jsou účastníci mého výzkumu. Většina respondentů byly ženského pohlaví, konkrétně 119 žen, což činí 96,7 % z celého výzkumného vzorku a pouze 4 byli mužského pohlaví, tedy 3,3 %. Z této první výzkumné otázky vyplývá, že ve většině případů, jsou z mého výzkumného souboru, ve zdravotnických zařízeních zaměstnané ženy a muži jsou zde zaměstnaní ve značné menšině.

Ve druhé otázce jsem zjišťovala věk respondentů. Kde jsem zjistila, že největší skupinou ve výzkumném souboru jsou osoby ve věku 41 až 50 let (35,8 %). Druhou nejpočetnější skupinou jsou osoby ve věku 31 až 40 let (29,3 %). V 17,9 % byli moji respondenti starší 51 let a v 17 % případů byl jejich věk v rozmezí od 20 do 30 let.

Výsledek této výzkumné otázky je takový, že nejvíce osob, z mého výzkumného souboru, pracujících jako sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních je ve středním věku, konkrétně od 31 do 50 let.

Zjišťovala jsem také v jakém kraji je největší počet respondentů. Dle analýzy výsledných dat jsem zjistila, že dotazníky byly vyplněny v každém kraji České republiky. Nejvíce jich je ze Středočeského kraje, tam dotazník vyplnilo 20 osob, tedy 16,3 % všech respondentů. Hned za středočeským krajem se umístilo hlavní město Praha s 16 respondenty (13 %) a na pomyslném třetím místě skončil kraj Moravskoslezský, ve kterém na dotazník odpovědělo 12 osob (9,8 %). Nejméně respondentů jsem získala v Olomouckém kraji, kde se výzkumu zúčastnily pouze dvě osoby, což činí 1,6 % z celku.

Otázka č. 4 - Jak moc jste spokojený se svým zaměstnáním?

Tabulka 1 - Spokojenost respondentů se zaměstnáním

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Spokojený	65	52,8 %
Spíše spokojený	44	35,8 %
Spíše nespokojený	9	7,3 %
Nespokojený	5	4,1 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce jsem se zaměřila na spokojenost respondentů s jejich zaměstnáním. Vyžadovala jsem po nich výběr ze čtyř možností, kdy bylo nejvíce označováno, že dotazovaní jsou se svou prací spokojeni a nebo spíše spokojeni a to v 88,6 %. Spíše nespokojeno nebo úplně nespokojeno je 11,4 % osob.

Z této výzkumné otázky tedy vyplývá, že většina sociálních pracovníků, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních jsou se svým zaměstnáním spokojeni.

Otázka č. 5 - Jak velké je zařízení, ve kterém pracujete?

Tabulka 2 - Velikost zařízení, ve kterém respondenti pracují

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
----------------	----------------	-----------------------

Méně než 100 lůžek	37	30,1 %
101 až 500 lůžek	52	42,3 %
501 až 1000 lůžek	17	13,8 %
Více než 1000 lůžek	17	13,8 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato otázka byla zaměřena na velikost zařízení, ve kterém dotazovaný pracuje. Výsledky poukazují na to, že ve velkých zařízeních, která mají 501 až 1000 lůžek a nebo více jak 1000 lůžek pracuje shodně 13,8 %. Valná většina respondentů tedy pracuje v menších zařízeních, majících pod 500 lůžek a to konkrétně 72,4 % osob.

Otázka č. 6 - Jak jste spokojen s finančním ohodnocením své práce?

Tabulka 3 - Spokojenost s finančním ohodnocením respondentů

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Spokojený	22	17,9 %
Spíše spokojený	66	53,7 %
Spíše nespokojený	25	20,3 %
Nespokojený	10	8,1 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Sedmá otázka se podobně jako čtvrtá zabývala spokojeností. Zde jsem se respondentů ptala na to, zda jsou spokojeni s finančním ohodnocením své provedené práce. Výsledky poukazují na to, že 74 % všech dotazovaných bilancují na pomezí spokojenosti s finančním ohodnocením své práce a zcela spokojených nebo naopak nespokojených je mnohem méně.

Otázka č. 7 – Vzdělání zdravotně sociálních pracovníků

Tabulka 4 - Vzdělání respondentů

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Sociální práce na VOŠ	16	13,0 %
Sociální práce na VŠ	23	18,7 %
Sociálně zdravotní práce na vysoké škole	16	13,0 %
Vystudoval jsem sociální práci nebo jiný podobný obor a mám kvalifikační akreditovaný kurz pro pracovníky ve zdravotnictví	28	22,8 %
Vystudoval jsem zdravotnický obor a absolvovala certifikovaný kurz zdravotně-sociální péče	13	10,6 %
Jiné	27	22,0 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V této otázce jsem se zaměřila na vzdělání respondentů. Ti měli za úkol odpovědět pomocí pěti možných, mnou předem vytvořených, odpovědí a nebo mohli odpovědět svými slovy v případě, že jejich vzdělání neobsahovala ani jedna z možností.

Z této tabulky lze vyčíst, že nejčastější vzdělání mých respondentů je absolvování sociální práce nebo jiného podobného oboru, spolu s kvalifikačním akreditovaným kurzem pro pracovníky ve zdravotnictví, takové vzdělání má 22,8 % osob.

Druhou nejpočetnější skupinou (22 %) jsou pracovníci s jiným vzděláním, které respondenti uváděli v možnosti "jiné". Zde byla nejčastěji uváděna tato vzdělání:

- absolvování kurzu pro pracovníky v sociálních službách

- absolvování sociální práce na vysoké škole a aktuálně probíhající účast na kurzu zdravotně sociálního pracovníka
- absolvování bakalářského programu zdravotně-sociální práce
- absolvování zdravotnické školy spolu s absolvováním programu sociální pedagogika
- absolvování programu sociálně právní činnost

Nejmenší skupinou jsou osoby vzdělané ve zdravotnickém oboru s kombinací studia certifikovaného kurzu zdravotně-sociální péče, kterých je pouze 10,6 %. Výsledkem této výzkumné otázky je to, že většina sociálních pracovníků, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních jsou vysokoškolsky vzdělaní.

Otázka č. 8 - Jak dlouho již vykonáváte práci zdravotně-sociálního nebo sociálního pracovníka v tomto zařízení?

Tabulka 5 - Délka praxe respondentů

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Méně než 2 roky	17	13,8 %
2 až 5 let	39	31,7 %
6 až 10 let	27	22,0 %
Více než 10 let	40	32,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Devátá otázka se zabývala délkou zaměstnání konkrétního pracovníka v zařízení, ve kterém aktuálně pracuje.

Z dat, která jsou obsažena v tabulce, lze vyčíst, že sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních jsou, co se týče délky úvazku, rozdělení na dvě skoro totožně velké skupiny. Respondentů, kteří jsou zaměstnaní kratší dobu, tedy pod 5 let je 45,5 % a těch, kteří jsou zaměstnaní delší dobu, tedy více než 5 let je 54,5 %.

Otázka č. 9 - Přemýšlel jste někdy o změně svého zaměstnání?

Tabulka 6 - Přemýšlení respondentů o změně jejich zaměstnání

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Ano, chci ho změnit v nejbližší době	4	3,3 %
Ano, často	16	13,0 %
Občas o tom přemýšlím	56	45,5 %
Ne, nikdy	47	38,2 %

Zdroj: Vlastní výzkum

V desáté otázce jsem zkoumala to, zda respondenti zamýšlejí změnit své zaměstnání. Nejvíce z nich, konkrétně 45,5 %, o změně svého zaměstnání občas přemýšlí. Nikdy o tom nepřemýšlelo 38,2 %. Lze tedy říct, že více jak polovina respondentů neuvažuje, nebo jen občas uvažuje o změně svého zaměstnání.

Otázka č. 10 - Vnímáte dostatečnou podporu od svého zaměstnavatele?

Tabulka 7 - Podpora respondentů od zaměstnavatele

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Ano	26	21,1 %
Spíše ano	58	47,2 %
Spíše ne	29	23,6 %
Ne	10	8,1 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Následující čtyři otázky se zabývají tím, zda respondenti vnímají dostatečnou podporu od druhých osob, se kterými se setkávají v jejich pracovním prostředí. První se týká podpory od zaměstnavatele. Jako zcela či spíše dostatečnou ji vnímá 68,3 %. Zbýlých 31,7 % uvedlo, že je spíše a nebo úplně nedostatečná.

Více než polovina dotazovaných je s podporou od svého zaměstnavatele spokojena.

Otázka č. 11 - Vnímáte dostatečnou podporu od svého přímého nadřízeného?

Tabulka 8 - Podpora respondentů od přímého nadřízeného

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Ano	53	43,1 %
Spíše ano	46	37,4 %
Spíše ne	16	13,0 %
Ne	8	6,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Ve druhé otázce jsem se zaměřila na podporu respondentů od jejich přímého nadřízeného. Opět, jako v předchozí otázce je více než polovina, konkrétně 80,5 % osob, spokojeno s podporou, kterou dostává od svého přímého nadřízeného, zatímco co nespokojeno je pouze 19,5 %.

Otázka č. 12 - Vnímáte dostatečnou podporu od lékařů?

Tabulka 9 - Podpora respondentů od lékařů

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Ano	26	21,1 %
Spíše ano	58	47,2 %
Spíše ne	28	22,8 %
Ne	11	8,9 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Třetí otázka zkoumala, zda dotazovaní vnímají dostatečnou podporu od lékařů, se kterými spolupracují. Zde je také více než polovina respondentů, konkrétně 68,3%, spokojených s podporou, která se jim dostává od lékařů, zatímco 31,7 % není.

Otázka č. 13 - Vnímáte dostatečnou podporu od zdravotních sester?

Tabulka 10 - Podpora respondentů od zdravotních sester

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Ano	26	21,1 %
Spíše ano	68	55,3 %
Spíše ne	19	15,4 %
Ne	10	8,1 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Čtvrtá otázka, která se týká podpory, měla za cíl, zmapovat podporu ze strany zdravotních sester, kdy tak jako v předchozích otázkách, je více než polovina dotazovaných, tedy 76,4 % přesvědčeno, že je podpora od zdravotních sester dostatečná. Nedostatečná je pro 23,5 % osob.

Otázka č. 14 - Vnímáte dostatečnou podporu od ostatních sociálních pracovníků?

Tabulka 11 - Podpora respondentů od sociálních pracovníků

Výběr odpovědí	Počet odpovědí	Procentuální výsledek
Ano	51	41,5 %
Spíše ano	51	41,5 %
Spíše ne	17	13,8 %
Ne	4	3,3 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Poslední otázka, týkající se podpory, se zaměřovala na ostatní sociální pracovníky. Zde je možné spatřit nejvyšší spokojenost, kdy je s podporou od ostatních sociálních pracovníků celkově spokojeno přesně 83 % osob. Zároveň je zde nejmenší počet zcela nespokojených pracovníků, kteří jsou pouze čtyři z celého výzkumného vzorku.

MBI metoda diagnostiky syndromu vyhoření

Zbylé otázky mého dotazníku jsou formulovány dle metody diagnostiky syndromu vyhoření s názvem Maslach Burnout Index (MBI), která obsahuje 22 výroků. Na každý z nich respondent odpovídá pomocí stupnice od 0 do 7, kdy 0 znamená, že s daným výrokem vůbec nesouhlasí a 7 znamená, že s výrokem velmi silně souhlasí. Každá odpověď se poté sčítá a vyhodnocuje dle standardů MBI. Vyhodnocení probíhá třemi způsoby, protože tato metoda zkoumá tři oblasti a to emocionální vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a osobní uspokojení (PA)

Výroky MBI diagnostiky, které jsem použila v mém výzkumu, byly tyto:

1. Vaše práce Vás emočně vysává.
2. Cítíte, že jste na konci pracovního dne na dně svých sil.
3. Když ráno vstanete a pomyslíte na práci, cítíte se unavený/á.
4. Velmi dobře rozumíte pocitům svých klientů/pacientů.
5. Máte pocit, že s klienty/pacienty někdy jednáte jako s neosobními věcmi.
6. Celodenní práce s lidmi je pro Vás skutečně namáhavá.
7. Jste schopný/á velmi účinně řešit klientovy/pacientovy problémy.
8. Cítíte vyhoření/vyčerpání ze své práce.
9. Máte pocit, že při své práci lidi pozitivně ovlivňujete a naladíte.
10. Myslíte si, že jste se stal/a méně citlivý/á k druhým lidem od té doby, co vykonáváte svou profesi.
11. Máte pocit, že výkon Vaší práce Vás činí emočně tvrdým.
12. Máte stále hodně energie.
13. Vaše práce Vám přináší pocit marnosti a neuspokojení.

14. Máte pocit, že úkoly plníte tak usilovně, že Vás to vyčerpává.
15. Už dnes Vás moc nezajímá, co se děje s Vašimi klienty/pacienty.
16. Práce s lidmi Vám přináší silný stres.
17. Dovedete u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.
18. Cítíte se svěží a povzbuzený/á, když pracujete se svými klienty/pacienty.
19. Za roky své práce jste byl/a úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.
20. Máte pocit, že jste na konci svých sil.
21. Citové problémy v práci řešíte velmi klidně a vyrovnaně.
22. Cítíte, že klienti/pacienti Vám přičítají některé své problémy.

Tuto část výzkumu jsem analyzovala podobným způsobem jako první část dotazníku. Avšak na rozdíl od předchozích otázek jsem data vyhodnocovala u každé osoby zvlášť. Z výsledných odpovědí jsem tedy u každého respondenta vypočítala stupeň ohrožení syndromem vyhoření v každé oblasti (DP, EE, PA) a tyto hodnoty poté analyzovala. Vždy jsem postupovala dle standardizovaných výpočtů MBI diagnostiky.

Nejprve se budu zabývat výsledky celkového stupně vyhoření u každé oblasti (DP, EE, PA). Tyto oblasti mají rozdílné hodnoty poukazující na vyhoření jedince. Jak jsem již řekla v předchozích kapitolách, při diagnostice je nutné každou tuto oblast vyhodnotit zvlášť. Vyhodnocení se provádí součtem všech získaných hodnot za každou otázku, přidružené k určité oblasti MBI. Každá oblast má také tři stupně možného vyhoření: nízký, mírný a vysoký. Tyto stupně se hodnotí právě na základě součtu odpovědí na otázky z daných oblastí.

Oblast emocionálního vyčerpání

Tabulka 12 - Vyhoření v oblasti emocionální vyčerpání

Celkový stupeň EE	Počet	Procentuální výsledek
Nízký	32	26,0 %

Mírný	40	32,5 %
Vysoký	51	41,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka znázorňuje celkový stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání (EE). Za nízký stupeň vyhoření v této oblasti označujeme hodnoty, které jsou od 0 do 16 bodů, mírný stupeň je 17 až 26 bodů a vysoký stupeň, který zároveň značí nejvyšší riziko vyhoření jedince, je hodnota nad 27 bodů. Výsledek, který je čitelný z této tabulky je ten, že 51 osob, necelá polovina, konkrétně 41,5 % respondentů, je ohroženo syndromem vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

Oblast depersonalizace

Tabulka 13 - Vyhoření v oblasti depersonalizace

Celkový stupeň DP	Počet	Procentuální výsledek
Nízký	51	41,5 %
Mírný	43	35,0 %
Vysoký	29	23,6 %

Zdroj: Vlastní výzkum

Druhá tabulka znázorňuje celkový stupeň vyčerpání v oblasti depersonalizace (DP). Vyhoření nastává u vysokého stupně, který je označován hodnotami nad 13 bodů. Mírný stupeň se vyznačuje hodnotami od 7 do 12 bodů a výsledek s méně než 6 body je nízký stupeň a nejmenší riziko.

V této části výzkumu je výsledkem, že 29 respondentů, tedy 23,6 % je ohroženo syndromem vyhoření v oblasti depersonalizace.

Oblast osobního uspokojení

Tabulka 14 - Vyhoření v oblasti osobního uspokojení

Celkový stupeň PA	Počet	Procentuální výsledek
Nízký	21	17,1 %
Mírný	46	37,4 %
Vysoký	56	45,5 %

Zdroj: Vlastní výzkum

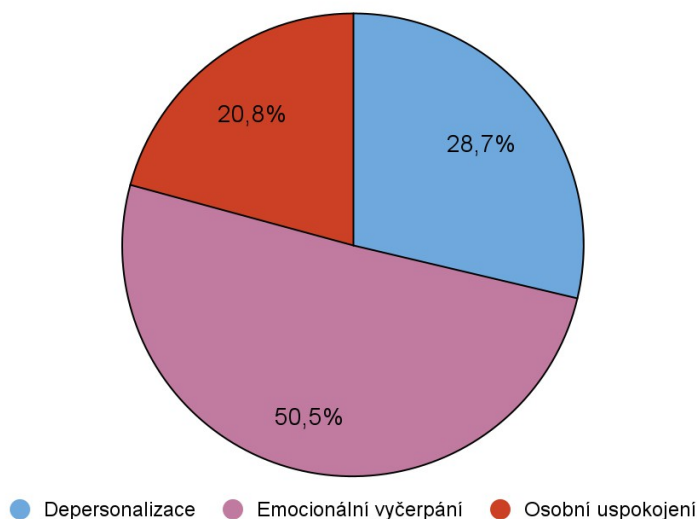
Třetí tabulka znázorňuje celkový stupeň vyčerpání v oblasti osobního uspokojení (PA). U této oblasti se za nízký stupeň vyčerpání označují hodnoty od 0 do 31 bodů. Za mírný stupeň vyčerpání se označují hodnoty od 32 do 38 bodů a u vysokého stupně se objevují hodnoty nad 39 bodů. Jako vyhoření se označuje nízký stupeň, tedy 31 bodů a méně.

Na této tabulce lze spatřit, že 21 mých respondentů, což je 17,1 % výzkumného vzorku, je ohroženo syndromem vyhoření v oblasti osobního uspokojení.

V následujícím grafu je vyznačen celkový počet osob, konkrétně 101, které jsou vysoce ohroženy alespoň v jedné, ze zkoumaných oblastí (EE, PA, DP). Nejvíce jich je ohroženo v oblasti emocionálního vyčerpání, počet osob, které jsou vyčerpané v této oblasti je 51. Oblast depersonalizace je druhou nejvíce ohroženou oblastí, takto vyčerpaných je 29 osob. Nejméně vysoce ohrožených jedinců je v oblasti osobního uspokojení, zde je 21 vysoce vyčerpaných osob. Celý soubor 101 takto ohrožených osob se člení na 3 nepřekrývající se podskupiny.

Graf 1 - Množství osob ohrožených vyhořením v jednotlivých oblastech (N = 101)

Množství osob ohrožených vyhořením v jednotlivých oblastech



Zdroj: Vlastní výzkum

Dalšími získanými daty, které bych v této práci chtěla zmínit jsou extrémní hodnoty respondentů vymykající se průměru. Respondenti jsou anonymní, tudíž je v tabulkách uvádím pod přezdívkou R + pořadové číslo, ve kterém vyplnili můj dotazník.

Tabulka 15 - Vyhořelí respondenti ve všech oblastech najednou

Respondent	Věk	Velikost zařízení (počet lůžek)	Hodnoty v oblasti		
			DP	EE	PA
R26	31 až 40	Méně než 100	20	35	30
R31	41 až 50	Méně než 100	21	49	26
R43	41 až 50	Méně než 100	16	34	23
R47	31 až 40	Méně než 100	24	42	23

R57	21 až 30	Více než 1000	14	32	30
R72	31 až 40	101 až 500	13	41	20

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce jsou vyznačeni respondenti, mající hodnoty, které poukazují na vyhoření ve všech třech zkoumaných oblastech a jsou tedy z celého zkoumaného vzorku nejvíce ohroženi syndromem vyhoření. Na základě tabulky bylo zjištěno, že 5 ze 6 vysoce ohrožených osob, je ve věku od 31 do 40 let. A dále, že shodných 5 ze 6 osob je zaměstnáno v zařízeních, která mají méně než 500 lůžek.

Tabulka 16 - Respondenti s nejvyšší hodnotou vyhoření v jedné oblasti

Respondent	Nejvyšší hodnota v oblasti	Hodnota	Věk	Velikost zařízení (počet lůžek)
R112	DP	26	21 až 30	501 až 1000
R94	EE	61	31 až 40	Více než 1000
R72	PA	20	31 až 40	101 až 500

Zdroj: Vlastní výzkum

Zde jsem se zaměřila na osoby s nejvyšší hodnotou stupně vyhoření v jednotlivých oblastech. U depersonalizace (DP) se objevila nejvyšší hodnota u respondenta číslo 112. Osoba, která měla nejvíce bodů v oblasti emocionálního vyčerpání (EE), byl respondent číslo 94. Co se týče oblasti osobního uspokojení (PA), tak zde je nejohroženější respondent R72. Dva ze tří nejvíce ohrožených jsou starší než 31 let.

Nakonec výzkumu bych ráda analyzovala průměrné hodnoty všech mých respondentů z každé oblasti zvlášť. Výpočet jsem provedla tím, že jsem sečetla hodnoty celého výzkumného vzorku v konkrétní oblasti a to jsem poté vydělila

počtem respondentů, abych získala průměrnou hodnotu a následně zjistila, dle standardů MBI, stupeň poukazující na riziko vyhoření.

Tabulka 17 - Průměrná hodnota vyhoření celého výzkumného vzorku

Zkoumaná oblast	Součet hodnot	Průměrná hodnota
Depersonalizace	1057	8,59
Emocionální vyčerpání	3016	24,52
Osobní uspokojení	4672	37,98

Zdroj: Vlastní výzkum

Dle výsledků vyznačených v tabulce je v oblasti depersonalizace (DP) mezi respondenty průměrná hodnota 8,59 bodů, což označujeme jako **mírný stupeň vyhoření**. Dále v oblasti emocionálního vyčerpání (EE) je průměrná hodnota 24,52 bodů, tedy také **mírný stupeň**. A nakonec je zde oblast osobního uspokojení (PA), která má průměrnou hodnotu 37,98 bodů, což je opět **mírný stupeň**.

Celkový výsledek je takový, že zdravotně sociální pracovníci jsou v průměru mírně ohroženi syndromem vyhoření, ačkoliv oblast emocionálního vyčerpání dělilo od v průměru vysokých hodnot rizika vzniku syndromu vyhoření pouze 2,5 bodu. Lze tedy říci, že oblastí, která je u zdravotně sociálních pracovníků nejvíce ohrožená je emocionální vyčerpání (EE).

Analýza hypotéz

Pro účely této bakalářské práce jsem stanovila pět hypotéz. Z důvodu omezeného množství stran pro tuto práci jsem byla nucena vybrat k analýze pouze tři z nich. Vyhodnocovat budu tyto tři hypotézy:

1. Pracovníci, kteří jsou se svým zaměstnáním spokojeni, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření než ti, kteří jsou v něm nespokojeni.
2. Pracovníci, kteří nevnímají dostatečnou podporu od zaměstnavatele, jsou více ohroženi syndromem vyhoření než ti, kteří ji jako dostatečnou vnímají.

3. Pracovníci, kteří vykonávají práci zdravotně sociálního pracovníka kratší dobu než 5 let, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření než ti, kteří ji vykonávají déle než 5 let.

Hypotézy byly analyzovány pomocí kontingenčních tabulek. Respondenti zařazení do analýzy hypotéz byly pouze ti, u kterých z vyplněného dotazníku vyplynulo, že jsou vysoce ohroženi syndromem vyhoření alespoň v jedné ze zkoumaných oblastí (EE, PA, DP). Výzkumný soubor vysoce ohrožených tvoří 101 osob, tedy 82,1 % celého výzkumného vzorku, 29 z nich je vysoce ohroženo v oblasti depersonalizace, 51 z nich v oblasti emocionálního vyčerpání a 21 osob v oblasti osobního uspokojení.

Hypotéza č. 1 - Pracovníci, kteří nevnímají dostatečnou podporu od zaměstnavatele, jsou více ohroženi syndromem vyhoření, než ti kteří ji jako dostatečnou vnímají.

Tabulka 18 - Počet osob vysoce ohrožených vyhořením v závislosti na podpoře zaměstnavatelem

Podpora zaměstnavatelem	Oblast vyčerpání		
	Depersonalizace	Emocionální vyčerpání	Osobní uspokojení
Ano nebo spíše ano	13	27	12
Ne nebo spíše ne	16	24	9
Celkem osob	29	51	21

Zdroj: Vlastní výzkum

Tato tabulka představuje výzkumný vzorek osob, které jsou vysoce ohroženy v alespoň v jedné ze zkoumaných oblastí (EE, PA, DP) – celkem se jedná o 101 osob. U osob vysoce ohrožených v oblasti depersonalizace (DP), kterých je celkem 29 můžeme vidět to, že 13 z nich (44,8 %) uvedlo to, že je zcela nebo

spíše spokojeno s podporou zaměstnavatele. Zatímco 16 (55,2 %) si myslí, že je zcela nebo spíše nedostatečná.

Vysoce ohrožení jedinci v oblasti emocionálního vyčerpání (51 osob) označili ve 27 případech (52,9 %), že ji vnímají jako zcela nebo spíše dostatečnou a zbylých 24 (47,1 %) ji vnímá jako zcela nebo spíše nedostatečnou.

Poslední oblast se týká osobního uspokojení, (21 osob), kde 12 osob (57,1 %) vybralo možnost „ano” nebo „spíše ano” a zbylých 9 osob (42,9 %) zvolilo možnost „ne” nebo „spíše ne”.

Pouze osoby ohrožené v oblasti depersonalizace (DP) si myslí, že nedostávají dostatečnou podporu od svého zaměstnavatele.

Hypotéza je tímto v mém výzkumu potvrzena pouze v oblasti depersonalizace. Ve zbylých dvou je vyvrácena.

Hypotéza č. 2 - Pracovníci, kteří jsou se svým zaměstnáním spokojeni jsou méně ohroženi syndromem vyhoření, než ti, kteří jsou v něm nespokojeni.

Tabulka 19 - Počet osob vysoce ohrožených vyhořením v závislosti na spokojenosti v zaměstnání

Spokojenost v zaměstnání	Oblast vyčerpání		
	Depersonalizace	Emocionální vyčerpání	Osobní uspokojení
Spokojený a spíše spokojený	21	38	16
Nespokojený a spíše nespokojený	8	13	5
Celkem osob	29	51	21

Zdroj: Vlastní zdroj

Tato tabulka obsahuje vysoce ohrožené osoby vyhořením v závislosti na spokojenosti s jejich zaměstnáním. Osoby vysoce ohroženy syndromem vyhoření v oblasti depersonalizace volily v 8 případech (27,6 %), že jsou zcela či spíše nespokojené ve svém zaměstnání a 21 (72,4%) zvolilo možnost, že

jsou úplně nebo částečně spokojené. Další část se týká oblasti emocionálního vyčerpání, kdy 13 vysoce rizikových respondentů (25,5 %) označilo možnost, že jsou nespokojeni nebo spíše nespokojeni. Zcela nebo spíše spokojených je 38 osob (74,5 %). V oblasti osobního uspokojení je zcela nebo spíše nespokojeno 5 osob (23,8 %) a dalších 16 (76,2 %) je spokojeno nebo spíše spokojeno. V každé oblasti je více než 70 % vysoce ohrožených respondentů spokojeno se svým zaměstnáním a proto se tato hypotéza v mém výzkumu nepotvrdila.

Hypotéza č. 3 - Pracovníci, kteří vykonávají práci zdravotně sociálního pracovníka kratší dobu než 5 let, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření, než ti, kteří ji vykonávají déle než 6 let.

Tabulka 20 - Počet osob vysoce ohrožených vyhořením v závislosti na délce zaměstnání v jednom zařízení

Délka praxe	Oblast vyčerpání		
	Depersonalizace	Emocionální vyčerpání	Osobní uspokojení
Méně než 5 let	15	25	9
Více než 6 let	14	26	12
Celkem osob	29	51	21

Zdroj: Vlastní výzkum

V této tabulce lze vidět osoby vysoce ohrožené vyhořením v závislosti na délce jejich praxe. Respondenti byli rozděleni do dvou skupin, v jedné byli ti, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních méně než 5 let a v druhé ti, kteří takto pracují déle než 6 let. Vysoce ohrožených osob v oblasti depersonalizace, pracujících méně než 5 let je 15 jedinců (51,7 %) a zbylých 14 (48,3 %) pracuje více než 6 let. Dále jsem mapovala osoby ohrožené v oblasti emocionálního vyčerpání. Délku praxe pod 5 let uvedlo 25 osob (49 %). Délku praxe nad 6 let uvedlo 26 osob (51 %). Jako poslední jsem zkoumala oblast osobního uspokojení, kde vysoce ohrožený vzorek respondentů s praxí méně

než 5 let byl o velikosti 9 osob (42,9 %) a zbylých 12 osob (57,1 %) je zaměstnáno více než 6 let. Z tabulky vyplývá to, že jsou více ohroženy osoby, pracující ve zdravotnickém zařízení déle než 6 let a to konkrétně v oblastech emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení. U oblasti depersonalizace převažovalo ohrožení u výzkumného vzorku s praxí do 5 let. Tato hypotéza je v mém výzkumu částečně potvrzena pro oblast emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení. A zároveň částečně vyvrácena pro oblast depersonalizace.

2.7 Shrnutí a diskuse

Cílem této práce bylo zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků, kteří pracují ve zdravotnických zařízeních na území České Republiky. Tento cíl jsem splnila za pomoci výzkumné metody dotazníkového šetření. Informace získané z výsledků dotazníku jsou tyto:

Ze sociodemografických údajů, které poukazují na to, že zaměstnané v tomto oboru jsou s velkou početní převahou ženy vyplývá to, že mezi zdravotně sociálními pracovníky jsou nejohroženější skupinou ženy v různých věkových kategoriích.

Dotazníkové šetření prokázalo, že dle použité standardizované metody diagnostiky Maslach Burnout Inventory (MBI), je nyní zaměstnáno několik zdravotně sociálních pracovníků, kteří jsou vysoce ohroženi syndromem vyhoření. Tato část dotazníku byla vyhodnocována dle standardních postupů, kdy se stupeň vyhoření získával ze třech oblastí (EE, PA, DP). V oblasti emocionálního vyčerpání (EE) bylo zjištěno, že 41,5 % z celého výzkumného vzorku, je dle získaných dat, vysoce ohroženo syndromem vyhoření. Z druhé části, která se zabývá depersonalizací (DP), bylo vyzkoumáno, že je nadměrně ohroženo 23,6 % respondentů. Z poslední hodnocené oblasti osobního uspokojení (PA) bylo odhaleno, že zde je ze všech tří oblastí nejméně ohrožených jedinců, konkrétně jen 17,1 %. Celkový počet respondentů, kteří s sebou nesou vysoké riziko burnout syndromu z alespoň jedné oblasti, je 67 osob, což je 54,5 %, tedy více než polovina celého výzkumného vzorku. Z takového výsledku je patrné, že zdravotně sociální pracovníci jsou velice ohroženou skupinou a k brzkému vyhoření může dojít u každé druhé osoby takto zaměstnané.

Zároveň jsem také zjišťovala průměrnou hodnotu vyhoření, která byla zkoumána opět ve třech oblastech (EE, DP, PA). Zde bylo zjištěno, že průměrnou hodnotou z každé oblasti byla taková, která značí mírný stupeň ohrožení vyčerpáním. Z tohoto výsledku lze říci, že v průměru je mírně

ohrožen každý zdravotně sociální pracovník, pracující ve zdravotnickém zařízení.

Pro zajímavost jsem do tohoto výzkumu zařadila také respondenty, kteří mají vysoký stupeň vyhoření ve všech třech zkoumaných oblastech současně. Osob takto ohrožených se při vyhodnocování dotazníku objevilo 6, což je 4,9 % ze všech zkoumaných. U těchto jedinců lze předpokládat, že syndromem vyhoření aktuálně trpí, případně se u nich velmi brzy projeví. Zaměřila jsem se u nich také na další charakteristiku, která by mohla přinést zjištění společných předpokladů pro vznik syndromu vyhoření. Zde jsem zjistila, že společný znak těchto vysoce ohrožených jedinců je věk od 31 do 50 let a dále velikost zařízení, ve kterém pracují. Ta byla spíše menšího typu, obsahující méně než 500 lůžek. Z tohoto výsledku lze předpokládat, že nejohroženější skupinou jsou zdravotně sociální pracovníci ve středním věku od 31 do 50 let, kteří pracují v menších zdravotnických zařízeních.

Nedostatečné ohodnocování zdravotně sociálních pracovníků vede k vyššímu riziku vzniku syndromu vyhoření a proto jsem měla tuto hypotézu:

“Pracovníci, kteří nevnímají dostatečnou podporu od zaměstnavatele, jsou více ohroženi syndromem vyhoření, než ti kteří ji jako dostatečnou vnímají.”

Z výsledků výzkumu se prokázalo, že nedostatečná podpora zaměstnavatelem přímo nesouvisí s vyšším rizikem vzplanutí vyhoření. V oblastech emocionálního vyčerpání (EE) a osobního uspokojení (PA) bylo přibližně podobné množství vysoce ohrožených jedinců, hlasujících pro „ano” a „spíše ano” jako těch, kteří vybrali možnost „ne” a „spíše ne”, přesto zde převažují spokojené osoby. Hodnoty v oblasti depersonalizace (DP) jsou také velmi podobné, avšak zde převažuje množství respondentů, kteří vybrali možnost „ne” a nebo „spíše ne”. Z toho lze vyvodit to, že nedostatečné hodnocení zaměstnavatelem může vést k vyššímu riziku ohrožení v oblasti depersonalizace (DP).

Tuto první hypotézu nelze potvrdit, ale ani zcela vyvrátit, protože data, týkající se počtu podporovaných a nepodporovaných jedinců, byla velmi podobná. Oblast emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení mou hypotézu spíše vyvrátila, zatímco oblast depersonalizace ji spíše potvrdila.

Další hypotéza se týkala spokojenosti výzkumného souboru. Zněla takto: „Pracovníci, kteří jsou se svým zaměstnáním spokojeni jsou méně ohroženi syndromem vyhoření, než ti, kteří jsou v něm nespokojeni.”

Z výsledků výzkumu bylo zjištěno, že v každé ze zkoumaných oblastí (EE, PA, DP), osoby vysoce ohrožené vyhořením, označily v převážné části případů to, že jsou se svým zaměstnáním spokojené nebo spíše spokojené. Dle těchto výsledků se má hypotéza vyvrátit, protože majorita osob, které byly vyhodnoceny jako vysoce rizikové, jsou se svým zaměstnáním v nadpoloviční většině úplně a nebo alespoň částečně spokojeny.

Poslední hypotézou, kterou jsem se v této práci zabývala je:

„Pracovníci, kteří vykonávají práci zdravotně sociálního pracovníka kratší dobu než 5 let, jsou méně ohroženi syndromem vyhoření, než ti, kteří ji vykonávají déle než 6 let.”

V oblasti emocionálního vyčerpání (EE) a osobního uspokojení (PA) bylo zjištěno, že více než 50 % osob, vysoce ohrožených syndromem vyhoření, pracuje ve zdravotnickém zařízení déle než 6 let. Ačkoliv je v obou případech podobné množství rizikových jedinců, kteří pracují jako zdravotně sociální pracovníci méně než 5 let jako těch, kteří praxi vykonávají déle než 6 let, tak počet těch, kteří jsou zaměstnáni déle než 6 let lehce převažuje. Z tohoto důvodu lze říct, že se má hypotéza v těchto dvou oblastech potvrdit. V oblasti depersonalizace (DP) se pro možnost praxe pod 5 let rozhodlo 15 vysoce ohrožených a zbylých 12 uvedlo, že jejich délka praxe více než 6 let. Zde je tedy hypotéza vyvrácena. Výsledkem výzkumu je to, že vysoká míra ohrožení syndromem vyhoření v oblasti depersonalizace více postihuje osoby, pracující ve zdravotnickém zařízení kratší dobu než 5 let. A naopak v oblasti osobního uspokojení a emocionálního vyčerpání postihuje více osoby, pracující déle než 6 let. Z důvodu velmi malých rozdílů, ve výsledcích analýzy, lze hypotézu nazvat pouze jako částečně potvrzenou.

Ačkoli se vysoké riziko vzniku syndromu vyhoření jednoznačně, podle výsledků mého výzkumu, nepojí se spokojeností, podporou od zaměstnavatele nebo s délkou praxe, dle výsledků není ani zcela vyloučeno, že tyto faktory

nemají vliv na jeho případný vznik. Je možné, že pokud by se výzkumu zúčastnilo více respondentů, byly by mé hypotézy zcela vyvráceny nebo naopak potvrzeny.

Pohlová, Kozáková a Jarošová (2011) publikovaly v odborném časopise „praktický lékař“ výzkum, ve kterém se zabývaly syndromem vyhoření u sester pracujících se seniory. Jejich cílem bylo určit, zda zvýšená míra vyhoření souvisí s věkem, délkou zaměstnání nebo také s hodnocením náročnosti práce. Ve svém výzkumu oslovily 98 sester a použily MBI dotazník. Z výsledků vyplynulo, že délka praxe nemá vliv na vznik syndromu vyhoření, stejně tak tato informace byla zjištěna v mém výzkumu u zdravotně sociálních pracovníků. Jediný faktor, u kterého Pohlová, Kozáková a Jarošová našly souvislost se syndromem vyhoření bylo subjektivní hodnocení náročnosti práce. U sester, které mají pocit, že je jejich práce velmi náročná, byl v 81 % případů zjištěn syndrom vyhoření. Ve svém výzkumu jsem hodnotila spokojenost v zaměstnání zdravotně sociálních pracovníků, proto byly výsledky takové, že spokojenost neměla žádný vliv na výskyt syndromu vyhoření. Tyto rozdílné závěry zkoumání lze odůvodnit tím, že náročná práce nemusí nutně znamenat celkovou nespokojenost pracovníka. Je tedy pravděpodobné, že pokud by byla otázka v mém dotazníku formulována jiným způsobem, tak by výsledné hodnoty mohly poukazovat na propojenost hodnocení práce a vzniku burnout syndromu.

Bc. Lucie Prokopová (2011) ve své práci zkoumala rovněž vliv spokojenosti v zaměstnání sociálních pracovníků na vznik burnout syndromu. Výzkumný vzorek tvořili sociální pracovníci, kteří jsou zaměstnaní v denních stacionářích, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením. Respondentů získala celkem 23. Výsledek jejího výzkumu byl takový, že není přímá spojitost s nespokojenými pracovníky v zaměstnání a vyšším rizikem syndromu vyhoření. Tuto skutečnost, se podařilo zjistit i mně a tedy na tomto závěru se spolu s autorkou shodujeme. Dále také porovnávala souvislost mezi vyčerpáním a délkou praxe sociálních pracovníků, kde zjistila, taktéž podobné výsledky jako já a to ty, že mezi těmito dvěma proměnnými není přímá spojitost. Ačkoliv v mém výzkumném vzorku byla v oblastech emocionálního

vyčerpání a osobního uspokojení převaha ohrožených respondentů pracujících déle než 6 let.

Doporučení pro praxi

Ze zjištěných výsledků výzkumu o syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků lze říci, že každý tento pracovník je tímto syndromem ohrožen a je tedy nutné s tímto profesním rizikem počítat a dostatečně předcházet jeho vzniku.

Pro každého, kdo v tomto oboru pracuje nebo chce začít pracovat, by mělo být pravidlem, že bude v dostatečné míře edukován o samotném syndromu a o jeho možných příčinách vzniku. Nejdůležitějším bodem je prevence vyčerpání, proto je další radou pro pracovníky dodržování psychohygieny. Doporučení pro samotné zaměstnavatele zdravotně sociálních pracovníků je především pravidelné pořádání supervizí.

Závěr

V bakalářské práci, která nese název: „Syndrom vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků” bylo hlavním cílem zjistit míru ohrožení syndromem vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků, pracujících ve zdravotnických zařízeních. Věnována byla tématu syndromu vyhoření a zdravotně sociální práce.

V teoretické části jsem se zaměřovala nejprve na syndrom vyhoření, vysvětlení tohoto pojmu a popis jeho historie, na jeho rizikové faktory, příznaky, stádia, diagnostiku a také prevenci jeho vzniku, s čímž se pojí také psychohygiena. Dále jsem se věnovala spojitosti stresu s burnout syndromem a takzvaným syndromem pomáhajících.

Ve druhé části jsem popisovala zdravotně sociální práci a to předpoklady pro výkon tohoto povolání, jeho legislativní úpravu, která se týká vzdělání a kompetencí. Také jsem zde popsala etickou stránku této profese, typologii klientů, kteří takového odborníka potřebují a nezbytně důležitý bod, který se týká multidisciplinarity. Na konec druhé části jsem poté zařadila kapitulu objasňující to, proč je zdravotně sociální pracovník touto nemocí ohrožen.

Hlavním cílem teoretické části bylo popsat čtenáři problematiku syndromu vyhoření a jeho souvislost se zdravotně sociální prací a pomáhajícími profesemi.

Praktická část byla věnována představení cíle práce, vybrané výzkumné metodě, popisu realizace výzkumu a zkoumaného vzorku. Dále jsem popsala své hypotézy a získaná data, která jsem převedla do tabulkové formy pro lepší přehlednost. Hypotézy jsem v konečné části práce analyzovala a zjistila zda jsou potvrzeny či nikoliv. Výsledkem bylo to, že jedna z mých hypotéz, která se týkala spokojenosti pracovníků v zaměstnání byla pravděpodobně vyvrácena. Z toho důvodu, že respondenti, kteří se účastnili mého výzkumu a jsou zároveň vysoce ohrožení syndromem vyhoření, byli ve své práci spokojeni ve více než 70 % případů. Zatímco nespokojeno ve svém zaměstnání bylo jen 30 % z vyčerpaných osob. Hypotéza, že jedinci kteří ve svém zaměstnání nejsou spokojeni, vyhoří snadněji než ti kteří spokojeni jsou, je v tomto výzkumu vyvrácena. Zbylé dvě hypotézy nebylo možné zcela potvrdit, ale ani vyvrátit. U hypotézy týkající se podpory zaměstnavatelem se prokázala

částečná pravdivost v oblasti depersonalizace. Poslední hypotéza byla také částečně pravdivá, díky výsledkům z oblasti emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení.

Zdrojem informací byla především odborná literatura, odborné články a legislativa.

Seznam literatury

EDELWICH, Jerry. BRODSKY, Archie. Ausgebranntdas 'Burn-out': Syndrom in den Sozialberufen. Paris: AVM, 1984. 186 s. ISBN 978-39-0045-602-3.

ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics . [online]. Dostupné z: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release

JANÁČKOVÁ, L. Základy zdravotnické psychologie. 1. vyd. Praha: Triton, 2008.

JEKLOVÁ, Marta. REITMAYEROVÁ, Iva. Syndrom vyhoření. 2006, Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN: 80-86991-74-1

KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese. 5. vydání. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.

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

KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

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

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

MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-502-8.

PROKOPOVÁ, Lucie. Syndrom vyhoření a jeho prevence u pracovníků v sociálních službách. Diplomová práce. Vedoucí práce PhDr. Mgr. Lucie Procházková Ph.D. Brno. 2011.

QUINN-LEE L, OLSON-MCBRIDE L, UNTERBERGER A. Burnout and death anxiety in hospice social workers. J Soc Work End Life Palliat Care. 2014.

Redirecting to /specialist-agreement. Redirecting to /specialist-agreement [online]. Dostupné z:

<https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticky-lekar/2011-5/syndrom-vyhoreni-u-sester-pracujicich-se-seniory-35228>

REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6

SHINAN-ALTMAN S, WERNER P, COHEN M. The connection between illness representations of Alzheimer's disease and burnout among social workers and nurses in nursing homes and hospitals: a mixed-methods investigation. Aging Ment Health. 2016.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka. Vyd. 2. Praha: Portál, 2015. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-0865-5.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5710-0.

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

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele. Praha: Grada, 2018. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0470-3.

Univerzita Hradec Králové [online]. Copyright © [cit. 17.03.2023]. Dostupné z: https://www.uhk.cz/file/edee/pedagogicka-fakulta/pdf/pracoviste-fakulty/ustav-socialnich-studii/dokumenty/studijni_opory/socialni_patologie_a_prevence_2021/psychologie-zdravi-a-nemoci.pdf

VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků

Výsledky hledání „zdravotně sociální péče“ - Vysoké školy. Soukromé a státní vysoké školy - přijímací zkoušky, studium na VŠ a vzdělávání - Vysoké školy [online]. Copyright © 1996 [cit. 17.03.2023]. Dostupné z: <https://www.vysokeskoly.cz/v/q-zdravotn%C4%9B%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20p%C3%A9%C4%8De/>

WANG Y, ZHANG H, YANG Y. The Moderating Effect of Professional Self-Care Training on Novice Practitioners' Organizational Citizenship Behavior in China. Soc Work. 2019.

Seznam zkratek

MBI = Maslach Burnout Inventory

TM = Tedium Measure

BM = Burnout Measure

DP = depersonalizace

EE = emocionální vyčerpání

PA = osobní uspokojení

Seznam tabulek

- Tabulka č. 1 - Spokojenost respondentů se zaměstnáním
- Tabulka č. 2 - Velikost zařízení, ve kterém respondenti pracují
- Tabulka č. 3 - Spokojenost s finančním ohodnocením respondentů
- Tabulka č. 4 - Vzdělání respondentů
- Tabulka č. 5 - Délka praxe respondentů
- Tabulka č. 6 - Přemýšlení respondentů o změně jejich zaměstnání
- Tabulka č. 7 - Podpora respondentů od zaměstnavatele
- Tabulka č. 8 - Podpora respondentů od přímého nadřízeného
- Tabulka č. 9 - Podpora respondentů od lékařů
- Tabulka č. 10 - Podpora respondentů od zdravotních sester
- Tabulka č. 11 - Podpora respondentů od sociálních pracovníků
- Tabulka č. 12 - Vyhoření v oblasti emocionální vyčerpání
- Tabulka č. 13 - Vyhoření v oblasti depersonalizace
- Tabulka č. 14 - Vyhoření v oblasti osobního uspokojení
- Tabulka č. 15 - Vyhořelí respondenti ve všech oblastech najednou
- Tabulka č. 16 - Respondenti s nejvyšší hodnotou vyhoření v jedné oblasti
- Tabulka č. 17 - Průměrná hodnota vyhoření celého výzkumného vzorku
- Tabulka č. 18 - Počet osob vysoce ohrožených vyhořením v závislosti na podpoře zaměstnavatelem
- Tabulka č. 19 - Počet osob vysoce ohrožených vyhořením v závislosti na spokojenosti v zaměstnání
- Tabulka č. 20 - Počet osob vysoce ohrožených vyhořením v závislosti na délce zaměstnání v jednom zařízení

Seznam grafů

- Graf č. 1 - Množství osob ohrožených vyhořením v jednotlivých oblastech

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Maslach Burnout Inventory (MBI)

Příloha č. 2 - Tedium Measure (TM)

Příloha č. 3 - Burnout Measure (BM)

Příloha č. 4 - Inventář projevů syndromu vyhoření

Přílohy

Příloha č. 1 - Maslach Burnout Inventory (MBI)

Síla pocitů: (vůbec) 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 (velmi silně)

1	EE	Práce mě citově vysává.	
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unavený/á.	
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.	
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.	
7	PA	Jsem schopen/ná velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8	EE	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.	
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, jsem se stal méně citlivý k lidem.	
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12	PA	Mám stále hodně energie.	
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	
15	DP	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	

1) Příslušnost k oblasti vyhoření (EE – emocionální vyhoření, DP – depersonalizace, PA – osobní uspokojení).

16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	
19	PA	Za roky své práce jsem byl úspěšný/á a udělal/a hodně dobrého.	
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách.

Stupeň emocionálního vyčerpání – EE

Nízký 0–16

Mírný 17–26

Vysoký 27 a více = **vyhoření!**

Stupeň depersonalizace – DP

Nízký 0–6

Mírný 7–12

Vysoký 13 a více = **vyhoření!**

Stupeň osobního uspokojení – PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38

Nízký 31–0 = **vyhoření!**

(Zdroj: www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf, 2. 10. 2010)

Příloha č. 2 - Tedium Measure (TM)

Otázky A:	1	2	3	4	5	6	7
Jste unavení?							
Pocítujete sklíčenost?							
Cítíte se fyzicky vyčerpaní?							
Cítíte se emocionálně vyčerpaní?							
Připadáte si „vyždímaní“?							
Cítíte se vnitřně vyprázdnění?							
Jste nešťastní?							
Jste přepracovaní?							
Cítíte se jako v pasti?							
Připadáte si bezcenní?							
Jste znechucení?							
Pocítujete obavy?							
Pocítujete vůči svému okolí zlost nebo zklamání?							
Připadáte si slabí a bezmocní?							
Pocítujete beznaděj?							
Máte pocit, že vás okolí odmítá?							
Máte strach?							
Součet A:							
Otázky B:	1	2	3	4	5	6	7
Máte dnes hezký den?							
Jste šťastní?							
Máte optimistickou náladu?							
Jste plní energie a chuti do práce?							
Součet B:							

Dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření

Pokuste se vyplnit dotazník tak, jak cítíte, že se věci opravdu mají. Tak se můžete dozvědět kousek pravdy o sobě.

Doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů:

1. nikdy – 2. jednou za čas – 3. zřídka kdy – 4. někdy – 5. často – 6. obvykle – 7. vždy

1.	Byl(a) jsem unaven(á).	
2.	Byl(a) jsem v depresi (tísni).	
3.	Prožíval(a) jsem krásný den.	
4.	Byl(a) jsem tělesně vyčerpán(a).	
5.	Byl(a) jsem citově vyčerpán(a).	
6.	Byl(a) jsem šťastná (šťasten).	
7.	Cítil(a) jsem se vyřízen(á), zničen(á).	
8.	Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9.	Byl(a) jsem nešťastný(á).	
10.	Cítil(a) jsem se uhoněn(á) a utahán(aná).	
11.	Cítil(a) jsem se jakoby uvězněn(á) v pasti.	
12.	Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).	
13.	Cítil(a) jsem se utrápen(á).	
14.	Tížily mne starosti.	
15.	Cítil(a) jsem se zklamán(a) a rozčarován(a).	
16.	Byl(a) jsem slab(a) a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17.	Cítil(a) jsem se beznadějně.	
18.	Cítil(a) jsem se odmítnut(a) a odstrčen(a).	
19.	Cítil(a) jsem se pln(á) optimizmu.	
20.	Cítil(a) jsem se pln(á) energie.	
21.	Byl(a) jsem pln(á) úzkosti a obav.	

Vyhodnocení dotazníku:

- Sečtete hodnoty uvedené u položek číslo: 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.
 - Sečtete hodnoty uvedené u položek číslo: 3, 6, 19 a 20. Tento součet označte jako B.
 - Vypočítejte $C = 32 - B$
 - Vypočítejte $D = A + C$
 - Výsledný skóre BQ získáte tak, že číslo D dělíte 21, tedy $BQ = D : 21$
-
- $BQ < 2$ (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)
 - $2 < BQ < 3$ (výsledek uspokojivý)
 - $3 < BQ < 4$ (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...)
 - $4 < BQ < 5$ (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)
 - $BQ > 5$ (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)

Pro zjednodušení (abychom se vyhnuli dělení 21)

- $BQ < 42$ (dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví)
- $42 < BQ < 63$ (výsledek uspokojivý)
- $63 < BQ < 84$ (doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...)
- $84 < BQ < 105$ (zde je již možno považovat přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou)
- $BQ > 105$ (tento stav je třeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta)

(Převzato z knihy Křivohlavý, J.: *Jak neztratit nadšení*. Praha, Grada Publishing 1998.)

Příloha č. 4 - Inventář projevů syndromu vyhoření

INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Pokud se chcete dozvědět více o projevech vyhoření, a to již podrobněji a z hlediska více rovin, vyplňte následující dotazník - Inventář projevů syndromu vyhoření...
(zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají)

	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
počet bodů	4	3	2	1	0
1. Obtížně se soustřed'uji	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
8. Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9. Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	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 soukromé 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

VYHODNOCENÍ INVENTÁŘE PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli.

Potom v každé řádce sečtěte výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil.

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... = bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... = bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... = bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... = bodů

Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem = bodů

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0