

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

Bakalářská práce

**Riziko syndromu vyhoření u pracovníků poskytujících sociální
služby lidem s duševním onemocněním**

**The risk of burnout among workers providing social services to
people with mental illness**

Praha 2013

Vedoucí práce
PaedDr. Mgr. Hana Žáčková

Autor práce
Jana Horsáková

Děkuji vedoucí práce PaedDr. Mgr. Haně Žáčkové za pomoc, podporu a čas, který mi věnovala.

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci napsala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení, aby práce byla umístěna v knihovně Univerzity Karlovy a byla používána ke studijním účelům.

V Praze, dne 20. června 2013

.....

podpis

Anotace

Cílem práce je mapovat syndrom vyhoření a způsoby, jak se před tímto rizikem chránit. Práce se specializuje na sociální pracovníky poskytující péči lidem s duševním onemocněním. Zkoumá tedy syndrom vyhoření s ohledem na pracovní rozsah sociální práce a s ohledem na specifickou cílovou skupinu. Vyjma tradičních definic syndromu vyhoření se zabývám i existenciálním rozměrem vyčerpání a také situací, kdy krize může být podporou k růstu nebo k vyhoření. V neposlední řadě se práce věnuje způsobům, jak přecházet vyhoření, jak vyrovnávat výdej energie, důležitosti podpory ze strany prostředí pracovního i osobního a vlastním schopnostem se chránit. V průzkumu využívám metody Maslach Burnout Inventory a z tohoto dotazníku zjištěné hodnoty míry vyhoření porovnávám s dalším dotazníkovým šetřením zaměřeným na míru podpory, na očekávání pracovníků a délku praxe.

Klíčová slova

syndrom vyhoření, sociální pracovník, sociální služba, duševní onemocnění, dotazníkové šetření, Maslach Burnout Inventory, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Abstract

The aim of the work is to map burnout syndrome and ways to protect against it. Subject of this work is focused on social workers specializing in providing care for people with mental illness. Therefore is examined burnout syndrome with regard to the working range of profession and to the specific target group. Except traditional definitions of burnout I deal with existential dimension of exhaustion and also the situation where the crisis may be supportive to growth. Finally, the work discusses ways to prevent burnout, how to balance energy expenditure, the importance of support from the professional and personal environment and people's own abilities to protect themselves. In a survey are used methods of Maslach Burnout Inventory. Results of the research and discovered values of burn rate are then compared with results of secondary questionnaire focusing on the level of support, expectations of employees and length of experience.

Keywords

burnout syndrome, social worker, social service, mental illness, survey, Maslach Burnout Inventory, social work with people with mental illness

Obsah

Předmluva	7
Úvod.....	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1. Teoretický rámec syndromu vyhoření	9
1.1 Definice a symptomy syndromu vyhoření	9
1.2 Vznik syndromu vyhoření.....	10
1.3 Vývoj syndromu vyhoření	11
2. Sociální pracovník a jeho povinnosti v roli poskytovatele sociálních služeb.....	12
2.1 Povinnosti sociálního pracovníka	12
2.2 Sociální služby	13
2.3 Rehabilitační proces	14
2.4 Komplexnost sociální péče	15
2.5 Reflexe povinností sociálního pracovníka	16
3. Specifika sociální práce s duševně nemocnými.....	18
4. Specifičnost vztahu klienta a sociálního pracovníka	20
5. Riziko syndromu vyhoření u sociálního pracovníka	22
5.1 Existenciální hledisko syndromu vyhoření	22
5.2 Krize jako možnost růstu nebo vyhoření	23
5.3 Přetíženost jako zdroj vyhoření.....	24
5.4 Dávání a očekávání	25
5.5 Materiální zajištění pracovníků.....	26
6. Jak předcházet syndromu vyhoření.....	27
6.1 Osobnostní předpoklady pro prevenci syndromu vyhoření	27
6.2 Zdroje v pracovním prostředí pro prevenci syndromu vyhoření	28
6.3 Individuální zdroje pro prevenci syndromu vyhoření.....	29

PRAKTICKÁ ČÁST	32
7. Dotazníkové šetření	32
7.1 Cíl průzkumu.....	32
7.2 Stanovené předpoklady	32
7.3 Zkoumaná skupina	32
7.4 Metoda průzkumu	32
7.5 Vyhodnocení průzkumu	34
7.5.1 Způsob vyhodnocování dotazníku MBI	34
7.5.2 Stupně vyhoření respondentů	36
7.5.3 Vyhodnocení jednotlivých otázek	37
7.6 Závěrečná reflexe výsledků průzkumu	54
Závěr	58
Seznam zdrojů.....	60
Přílohy.....	63

Předmluva

Přímá práce s klienty s duševním onemocněním je často zajímavá, inspirující a všestranná. Mám ráda kreativitu, ke které kontakt vybízí, i určitou volnost, jež se v širokém spektru sociální práce nabízí. Každá mince má však i svou druhou stranu. Kontakt s lidmi s duševním onemocněním přináší též ne jeden problém, tíhu, bezmoc, zoufalství, vždyť proto nemocní sociální pracovníky potřebují. Mám zkušenost, že čím lepší kontakt je sociální pracovník schopný s klientem navázat, tím více potřeb se zdá jako vhodné řešit. Ve své podstatě, když je člověk šikovný v udržování vztahů, práce se nabaluje a vyhoření může být poměrně rychlý proces.

Úvod

Následující práce se věnuje riziku syndromu vyhoření u pracovníků poskytujících sociální služby lidem s duševním onemocněním. Cílem práce je zvědomovat riziko burnout syndromu a hledat zdroje, jak se chránit.

Nejprve nabídnu teoretický rámec syndromu vyhoření, tedy některé z definic, z teorií vzniku i vývoje vyčerpání. V další kapitole se budu věnovat zákonným povinnostem sociálního pracovníka. Pro úplnost vyjmenuji i jednotlivé sociální služby. Připojím reflexi pracovních povinností v sociální práci z vlastní praxe v neziskové organizaci. Přes přiblížení specifík sociální práce s lidmi s duševním onemocněním přecházím k popisu vztahu klienta intenzivně spolupracujícího s určitým pracovníkem. Následně se dostávám ke stěžejnímu tématu práce a to k riziku syndromu vyhoření u sociálního pracovníka. Výraznou podporou v uvažování nad tématem mi byla kniha Istifana Maroona Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Stejně jako on se věnuji existenciálnímu hledisku syndromu vyhoření, uvažování nad tím, kdy krize může být podporou pro růst a kdy příčinou vyhoření. Přes další aspekty, které mohou způsobovat vyčerpání jako časté setrvávání v těžkých či patologických situacích, nereálná očekávání ze strany sociálních pracovníků nebo představy zásadního vlivu na vývoj klienta i nedostatečné materiální zajištění pracovníků, se dostávám k cestám, jak předcházet syndromu vyhoření. Věnuji se zdrojům v pracovním prostředí, individuální podpoře, ale i osobnostním předpokladům pracovníka.

Obsahem praktické části je dotazníkové šetření zaměřené na zjištění míry syndromu vyhoření u sociálních pracovníků poskytujících péči lidem s duševním onemocněním, dále na zmapování podpory těchto pracovníků, jejich očekávání a délku praxe. Při porovnání zjištěných hodnot a vzájemném posouzení nevyhází jednoznačné výsledky. Nelze jednoduše konstatovat, že syndrom vyhoření vzniká, když sociální pracovník nemá dostatečnou podporu či má příliš nereálná očekávání apod. Možná proto je i téma syndromu burnout v dnešní době tak živé a ve své podstatě i zajímavé.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Teoretický rámec syndromu vyhoření

1.1 Definice a symptomy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom bývá popisován z různých úhlů. Poprvé byl tento pojem popsán americkým psychoanalytikem H. J. Freudenbergerem (1980), který definoval syndrom burnout jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky (BLATNICKÁ, NOVOTNÁ, 2013).

Většina definic se shoduje, že se jedná o stav vyčerpání na úrovni psychické, fyzické i sociální. Na fyzické úrovni sledujeme slabost, chronickou únavu, poruchy spánku, krevního tlaku, bolesti hlavy, zad, svalů, celkovou tenzi, tendenci podléhat infekčním onemocněním (STOCK, 2010), vegetativní obtíže jako bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací či dýchací obtíže (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003). Vyčerpání na psychické úrovni se projevuje sklíčeností, pocity strachu, bezmocí, dojmem prázdnoty v oblasti emocí (STOCK, 2010, s. 20). „Únava je popisována dosti expresivně („mám toho po krk“, „jsem už úplně na dně“, „jsem k smrti unaven“, cítím se jako vyždímaný“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality.“ Dále dochází k snížení spontaneity, kreativity, iniciativy. Postižený se často lituje, necítí se dostatečně uznán. „Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí s mikromanickými bludy.“ Lidé postižení syndromem vyhoření se nechtějí bavit o práci. Snižuje se jejich empatie, zvyšuje se nechuť pracovat. Organizaci, pro kterou pracují, hodnotí většinou negativně. V oblasti sociálních vztahů celkově nastává útlum. Pracovníci často redukují vztahy s kolegy a pokud možno i s klienty. Z důvodu lhostejnosti a nezájmu dochází ke konfliktům s kolegy. Dotyčný však přestává mít zájem o hodnocení ze strany druhých (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003, s. 10). Došlo k tzv. odcizení, což bývá považováno vedle vyčerpání za další symptom vyhoření.

„Pod pojmem odcizení rozumíme postupnou ztrátu idealismu, cílevědomosti a zájmu. Počáteční pracovní nadšení pomalu slábne a na jeho místo nastupuje cynismus. Zákazníci či klienti začínají být vnímáni jako přítěž, nadřízení jako zdroj ohrožení a spolupracovníci jako „obtížný hmyz“ (STOCK, 2010, s. 20).

Dalším symptomem vyhoření je pokles výkonnosti. Bývá to důsledkem nedostatku energie, ale i nedůvěrou ve vlastní schopnosti. Dle psychologického slovníku je syndrom

vyhoření „ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí; nejčastěji spojeno se ztrátou činnosti a poslání; projevuje se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti, postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst; snaží se pouze přežít, nemít problémy; jde o stav konečný, ačkoliv vývoj je plíživý, a tím nebezpečný“ (HARTL, HARTLOVÁ, 2000, s. 586).

Dle Žáčkové (ŽÁČKOVÁ, 2004, s. 8) „syndrom vyhoření popisuje emocionální a fyzický stav lidí, kteří byli svou prací původně velmi zaujati, soustředili se pouze na ni a postupem času u nich došlo k vyčerpání duševních i fyzických sil, takže ztratili své nadšení, zlhostejněli a snížila se i jejich pracovní výkonnost“.

1.2 Vznik syndromu vyhoření

Stock (STOCK, 2010, s. 15) uvádí, že „syndrom vyhoření bývá způsoben výhradně chronickým stresem a dlouhodobou disbalancí mezi zátěží a fází klidu, tedy mezi aktivitou a odpočinkem. Rovnováha mezi těmito dvěma póly bývá v případě burnout syndromu zpravidla narušena.“

Chronický stres vzniká v důsledku fyzických, psychických nebo sociálních stresorů. Mezi fyzické stresory se řadí například hlad, zápach, hluk, přemíra podnětů. Do psychických stresorů můžeme počítat časovou tíseň a mnoho změn v krátké době. Konflikt s kolegy či ztráta blízké bytosti patří k sociálním stresorům. Zda syndrom vyhoření opravdu vznikne, je ovlivněno vnějšími a vnitřními faktory. Za vnější rizikové faktory považujeme příliš vysokou pracovní zátěž, nedostatek samostatnosti, nedostatek uznání, špatný kolektiv, nespravedlnost hlavně ze strany vedení, konflikt hodnot pracovníka se zaměstnavatelem. Mezi vnitřní, osobní rizikové faktory můžeme počítat tendenci k perfekcionismu, upřednostňování zájmů druhých, neschopnost jednoznačně se vymezit, k přílišnému sebevědomí a sklonu nabírat na sebe víc povinností, než je dotyčný schopen zvládnout. Lidé s těmito povahovými rysy bývají vystaveni více stresorům, než dokáží unést, což u nich zvyšuje riziko syndromu vyhoření (STOCK, 2010). Známým typem lidí, kteří dříve či později vyhoří, bývají workoholici, lidé závislí na práci. Jsou to jedinci s vysokými ambicemi, silně vyvinutým smyslem pro povinnost a perfekcionismus, netrpěliví i soutěživí. Zpočátku bývají profesně velmi úspěšní.

Kallwass (KALLWASS, 2007, s. 9) píše, že „nelze jednoznačně odpovědět na otázku, co k syndromu vyhoření vede. Vyjmenujme některé z příčin, které se v souvislosti s touto poruchou nejčastěji uvádějí. Jsou to konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie,

nejasnosti v hierarchických strukturách (v zaměstnání i jinde), nedostatečná podpora ze strany nadřízených, vztahové konflikty, nadměrné množství práce v příliš stěsnaném časovém rozvrhu, příliš vysoká nebo rostoucí odpovědnost, mobbing na pracovišti atd.“

1.3 Vývoj syndromu vyhoření

V literatuře lze najít několik konceptů vzniku a vývoje syndromu vyhoření. Pro rámcový přehled jsem vybrala dva koncepty. Nejprve představím teorii Christiny Maslachové, která na základě svého výzkumu vytvořila nejpoužívanější dotazník pro diagnostiku syndromu vyhoření.

„Podstatou první fáze je prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s déletrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se postupně objevuje psychické a částečně i fyzické vyčerpání, ve třetí nastupují počátky dehumanizované percepce okolí jako obranného mechanismu před dalším vyčerpáním a konečně ve čtvrté převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezájem a lhostejnost“ (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003, s. 13-14).

Maroon (MAROON, 2012) popisuje model fází vyhoření, jenž přinesli Edelwich a Brodsky (1980). Rozpracovali původně Chernissův model (1980) a popsali etapy, kdy u lidí v pomáhajících profesích postupně dochází ke ztrátě zájmu. Jsou to fáze entuziasmu a nadějí, fáze stagnace, dále frustrace, vystřídaná lhostejností a fáze konce, kdy může být východiskem pouze odchod ze zaměstnání nebo delší dovolená či jiný druh práce. Pokud je dotyčnému umožněno vzdělávání nebo postup na služebním žebříčku, je možné, aby z procesu vyhoření vyšel s lepším sebevědomím a posílen pro další vývoj osobnosti.

2. Sociální pracovník a jeho povinnosti v roli poskytovatele sociálních služeb

2.1 Povinnosti sociálního pracovníka

Činnosti a úkoly sociálního pracovníka určuje Zákon o sociálních službách 2006/108 Sb. §109 uvádí: „Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

Dle §78 zmiňovaného zákona z roku 2006 lze sociální služby poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Pro úspěšnou registraci, získání oprávnění, na krajském úřadě musí poskytovatel splnit řadu podmínek, od materiálního zabezpečení, přes řádné popsání služby, po odbornou způsobilost zaměstnanců poskytujících služby a naplnění všech standardů kvality služby.

V §88 pojmenovává Zákon o sociálních službách Povinnosti poskytovatelů sociálních služeb. Vzhledem k tématu práce mi připadá důležité jednotlivé činnosti ocitovat:

„a) zajišťovat dostupnost informací o druhu, místě, cílech, okruhu osob, jimž poskytují sociální služby, o kapacitě poskytovaných sociálních služeb a o způsobu poskytování sociálních služeb, a to způsobem srozumitelným pro všechny osoby,

b) informovat zájemce o sociální službu o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným,

c) vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, a které zamezí střetům zájmů těchto osob se zájmy poskytovatele sociální služby,

d) zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby,

e) zpracovat vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob, kterým poskytují sociální služby, na úroveň služeb, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby,

f) plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o

průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců,

g) vést evidenci žadatelů o sociální službu, se kterými nemohl uzavřít smlouvu o poskytnutí sociální služby,

h) dodržovat standardy kvality sociálních služeb,

i) uzavřít s osobou smlouvu o poskytnutí sociální služby,

j) v případě, že poskytují sociální službu podle § 48, přednostně poskytnout sociální službu dítěti, kterému byla soudem nařízena ústavní výchova nebo předběžné opatření,

k) neprodleně písemně oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností ukončení poskytování pobytové služby sociální péče osobě, která se může bez další pomoci a podpory ocitnout v situaci ohrožující její život a zdraví, pokud tato osoba s takovým oznámením souhlasí.“

2.2 Sociální služby

Sociální službu označuje zákon č. 108 v §3 jako „činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.“

Paragraf 32 zákona 108 zahrnuje do sociálních služeb sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence, ty se poskytují jako pobytové, ambulantní nebo terénní. V §34 jsou určena zařízení, kde se služby poskytují:

„a) centra denních služeb,

b) denní stacionáře,

c) týdenní stacionáře,

d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,

e) domovy pro seniory,

f) domovy se zvláštním režimem,

g) chráněné bydlení,

h) azylové domy,

i) domy na půl cesty,

j) zařízení pro krizovou pomoc,

k) nízkoprahová denní centra,

l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,

m) noclehárny,

- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,
- t) zařízení následné péče.“

V §35 jsou pojmenovány základní činnosti při poskytování sociálních služeb. Jednotlivé služby jsou povinny určité činnosti vždy zajistit. Za základní činnosti je považováno:

- „a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- e) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- f) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- g) sociální poradenství,
- h) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- i) sociálně terapeutické činnosti,
- j) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- k) telefonická krizová pomoc,
- l) nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- m) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.“

2.3 Rehabilitační proces

Stěžejním úkolem sociálního pracovníka poskytujícího služby sociální péče je rehabilitační podpora klienta. Tuto oblast stát zajišťuje právním předpisem z roku 2007 Standardy kvality sociálních služeb. Sociální pracovník by měl velmi ze široka mapovat klientův život, zjistit co je pro klienta prioritní, v čem vidí pro sebe smysl, čeho by rád dosáhl, co by rád udržel, tak jak má, čeho by se rád zbavil. Sociální pracovník mapuje, o jaké kvality klienta se dá opřít, kdo z jeho okolí mu pomáhá a v čem, případně, kdo pro něj může být

nápomocný, v čem vidí klient překážky atd. V rámci spolupráce domlouvají cíle, kterým by se mohli věnovat a vytváří rehabilitační plán. Domlouvají se na časovém postupu jednotlivých kroků, kdo bude co dělat. Pokud chce klient pomoc pracovníka, jak má tato podpora vypadat. Stanovují jednotlivé činnosti.

2.4 Komplexnost sociální péče

Sociální pracovník by měl být dobře informovaný o možnostech prostředí. Je důležité, aby měl přehled, jaké služby se nabízí pro cílovou skupinu klientů, se kterou pracuje. Je vhodné znát možnosti sociálních dávek, dávek v hmotné nouzi a vědět, kde lze požádat o právní poradenství či poradenství při finanční tísní. Úkolem sociálního pracovníka je i nabízet možnosti, jak zlepšit situaci klienta. Je ideální, když je sociální pracovník kreativní, s otevřenou myslí pro nové způsoby řešení různých situací. Samozřejmě se hodí pečlivost, důslednost a praktičnost. Dodržovat hranice a respektovat klienta i v jeho odlišnostech. Důležitá je etika a zacházení s informacemi. Sociální pracovník by měl vždy vědět, jakou roli v procesu klienta má. Je nutné mít přehled o ostatních profesionálech a nezasahovat do oblastí, které klient řeší s někým jiným. Pokud je domluva, že sociální pracovník povede případ klienta, je důležité, aby koordinoval proces s ostatními profesionály. Je většinou vhodné spolupracovat s rodinou, ale je potřeba mít s klientem přesně domluveno, o čem je pro něj v pořádku mluvit a zda existují témata, která nechce, aby byla před rodinnými příslušníky otevřena. Sociální pracovník by též měl umět poskytovat krizovou intervenci, vyhodnotit situace a dokázat jednat i ve velmi rizikových situacích, v ohrožení života klienta, nebo když je klient ohrožující pro okolí.

Probstová (PROBSTOVÁ, 2005) uvádí, že v moderní komunitní psychiatrii sociální pracovník vytváří s pacientem vztah založený na respektu a partnerství; plní roli jakéhosi vyslance, advokáta, spojky mezi lidmi s duševním onemocněním a komunitou s cílem integrace klienta; respektuje jedinečnost vnitřního světa klienta; mapuje potřeby klienta nenaplněné i naplněné, vliv a možnosti prostředí; chápe a podporuje koncept údravy (nejen vyléčení) – u dlouhodobě duševně nemocných údravou rozumíme readaptaci, tedy přijetí sebe, významu a smyslu života, zvládnání nemoci a adaptaci sebe sama na onemocnění. V neposlední řadě sociální pracovník podporující lidi s duševním onemocněním se snaží o sociální integraci, tedy změnu postoje lidí, kteří se bojí osob označených jako duševně nemocní.

2.5 Reflexe povinností sociálního pracovníka

Výhodou zákonem daných povinností je jasnost kontraktované služby, domluva na poskytované péči i na podmínkách této péče, též na tom kdy bude služba ukončena. Zákon chrání jak klienty, tak sociální pracovníky. Sociální pracovník je však zodpovědný za zajištění všech dokumentů s poskytovanou službou souvisejících. Z předcházejících kapitol může být zřetelné, že se jedná o náročnou administrativu.

Sociální pracovník se často ocitá v situaci, kdy jeho péči vyhledá člověk s mnoha potřebami. Než se však začnou věnovat problémům klienta, je potřeba, aby byl dle Zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, podepsán Souhlas s poskytnutím osobních údajů. Klient si tedy ze všeho nejdříve, přečte, kdo všechno bude mít přístup k dokumentaci o spolupráci s pracovníkem. Někteří lidé to berou pouze jako formalitu, pro jedince trpící paranoidní schizofrenií to však bývá náročné. Úkol sociálního pracovníka vytvořit bezpečí pro žadatele o službu se tím může stát složitější. Klientům, kteří mají velkou úzkost ohledně sdílení informací o svých potřebách v týmu sociálních pracovníků, můžeme nabídnout spolupráci v rámci základního poradenství. V základním poradenství je možné, aby byl klient veden jako anonym. Většina následných služeb však nemůže být poskytnuta anonymně.

Během prvních kontaktů sociální pracovník mapuje, co vše zájemce zatěžuje, i jeho zdroje. Dle šetření a po poradě s kolegy se rozhoduje, jaká služba bude pro klienta a řešení jeho problémů nejvhodnější. Následuje seznámení se smlouvou, pravidly, informacemi o způsobu, jakým může klient podávat stížnosti. V případě, že se klient stane uživatelem služby, která je zpoplatněna, je seznámen se sazebníkem péče. Pokud je klient pobíratelem příspěvku na péči, vyplňuje sociální pracovník Oznámení o poskytovateli pomoci pro úřad práce. Jedná-li se o placenou službu, reflektuje sociální pracovník s klientem každé společné setkání, podpisem pak oba stvrzují časy jednotlivých hrazených činností a pracovník dělá ke konci měsíce vyúčtování.

Z vlastní zkušenosti v sociální práci ve Fokusu Praha, sdružení pro péči o duševně nemocné, mi připadá, že mít v pořádku vše co stanovuje zákon je až nadlidský úkol. V případě, kdy klient má vážné problémy, je pro něj náročné spolupracovat, soustředit se, rozumět informacím, jež mu jsou předkládány. Když se pracovníkovi podaří mít v rámci spolupráce s klientem administrativně v pořádku veškeré dokumenty související s poskytovanou službou, má od klienta vše potřebné podepsané, zajisté není aktualizovaná informační nástěnka či leták o službě či není dodělaná aktuální metodika nebo zpráva o důvodu, proč nebyl jeden ze zájemců zařazen do čekatelů na službu apod. Za moji profesní

dráhu se mi nepodařilo jít domů s tím, že je hotovo vše co má být. Vždy by se našlo něco, na čem by se mělo pracovat, co dodělat. Samozřejmě tato neustálá mnohost povinností bývá už sama o sobě vyčerpávající.

3. Specifika sociální práce s duševně nemocnými

Každý člověk se snaží naplnit své potřeby, věřím, že každý má potřebu se uzdravovat, zacelovat. Tak i lidé s duševním onemocněním se snaží naplnit své potřeby, uzdravit se. Samozřejmě k tomu využívají jakýkoliv vztah s člověkem, který je jim vstřícně nakloněn. Ve vztahu se sociálním pracovníkem se odráží patologické scénáře klientova života i jeho mysl ovlivněná duševní nemocí. Pracovník se nejednou ocitá v nepříjemné situaci a potřebě vyrovnávat a udržovat vztah. Lidé trpící duševní nemocí mívají horší schopnost kontaktu. Pracovat s lidmi v depresi je vysilující. Často jsou tak ponořeni ve svém smutku a beznaději, že pracovník vydává hodně energie a vypotřebovává značné motivační úsilí, aby spolu s klientem dosáhl třeba jen malého rozhýbání situace či vůbec klientova těla. Naopak kontakt s člověkem v mánii je plný neklidu a odbíhání. Jiní lidé jsou ve strachu, paranoidní. Buď se bojí a jsou staženi někde v dáli u sebe nebo si vás prohlížejí způsobem, kdy máte dojem, že skenují vaše útroby. Pro rehabilitační práci s takovýmto člověkem je potřeba pracovat na bezpečí, je důležité chránit klientovy i své hranice. Pak jsou tu lidé, kteří slyší hlasy nebo vidí kromě Vás další bytosti. Zde je potřeba vynaložit vaše a hlavně klientovo úsilí na udržení se u zvoleného tématu. Náročné je být ve vztahu s klientem, jenž trpí hraniční poruchou osobnosti. Tito lidé mají neustále nutkání zkoušet hranice, porušovat pravidla a pracovník je nucen být důsledný a přesný. Je výhodné mít vyřešeny veškeré své slabosti, jelikož lidé s hraniční poruchou osobnosti mají zvláštní schopnost ubližovat, respektive nějak si dokázat, že jim nikdo není schopen pomoci, či že jsou lepší apod. Pracovník klientovi může být nejvíce nápomocný, když je pevný sám v sobě, trpělivý, důsledný a v zásadě stále pro klienta otevřený.

Dalším specifíkem práce s duševně nemocnými jsou ataky nemoci pravidelně se vyskytující u většiny klientů. Znamená to dlouhodobou práci s klienty na zvědomování nemoci, na rozpoznávání signálů, kdy je krize již v takovém stádiu, že je vhodné nastoupit hospitalizaci. Sociální pracovníci se často dostávají do situace, kdy je klient v ohrožení života, ale odmítá pobyt v nemocnici. Je tedy povinností pracovníka, aby jednal i proti vůli klienta a hospitalizaci zajistil. Po takovéto intervenci je často potřeba vynaložit velké úsilí, aby se podařilo obnovit spolupracující vztah.

Kaniová (KANIOVÁ, 2008, s. 58 – 59) uvádí, že „lidé trpící duševním onemocněním mají značné problémy v sociální sféře. Jejich kontakty jsou často narušeny, anebo v důsledku dlouhodobé hospitalizace zcela zpřetrhány. Schopnosti navázat a udržet kontakt jsou napadeny nedůvěrou a strachem. Tyto podmínky pak ve vztahu se sociálním pracovníkem ještě akcentují.

Probstová (PROBSTOVÁ, 2007) také upozorňuje na fakt, že duševní onemocnění se vyvíjí po spirále. Klienti se mohou výrazně zlepšovat, ale vzápětí se jejich stav může rychle propadnout zpět dolů. Proto je nezbytné plánované postupy neustále měnit a koordinovat. U klientů s duševní nemocí je také poměrně vysoký výskyt sebepoškozujícího jednání. Pro sociálního pracovníka bývá složité, když klient, kterého podporoval, se stane obětí vlastního suicidálního pokusu.

Tato situace samozřejmě může zesilovat pracovníkův vlastní pocit selhání, který je považován za jeden z hlavních faktorů vedoucí k vyhoření (MASLACH, 1978; RAQUEPAW & MILLER, 1986; RATLIF, 1988; in ACKER, 1998).

4. Specifičnost vztahu klienta a sociálního pracovníka

Za svou praxi v sociální práci jsem ponejvíce poskytovala službu chráněného bydlení. Moje náplň práce byla široká, úzce závisela na potřebách jednotlivých klientů využívající službu v bytech na půli cesty. Úkolem bylo zajistit, aby klienti byli řádně připravení na samostatné bydlení, aby v bytech probíhala rehabilitace šitá klientovi na míru. Což mnohdy znamenalo zajistit, aby klient ani majetek organizace nepodlehli hnilobným procesům. Některé klienty nestačilo motivovat pro úklid, ale byla potřeba vzít hadr a pomoci jim naučit je, jak dostat byt do tzv. normálního stavu. U mnoha klientů je potřeba ošetřit jejich schopnost se nasytit či jinak zajistit přísun potravin. To znamená, pomoci klientům naučit se nakupovat, vařit a u mnohých též práci s finančními rozpočty, aby vůbec měli peníze na jídlo. Pak je tu psychologická schopnost se osamostatnit a potřeba podpořit rodinný systém ve změně, to jest práce s rodinou, blízkými. Pomáhat klientům orientovat se v partnerských vztazích a motivovat či zajišťovat, aby dokázali držet pravidla služby. V neposlední řadě je tu ošetřování krizí, kterými klienti během samostatného bydlení nejednou procházejí. Je potřeba hledat různé krizové scénáře podpory, pracovat s medikací, případně zajišťovat hospitalizace. Také bývá vhodné, na základě různých incidentů, uklidňovat sousedy a pokoušet se zajistit určité pochopení a pokud možno vstřícný postoj k našim klientům. Sociální pracovník poskytuje i doprovody na úřady, lékařské komise, k lékařům apod. Několikrát za svoji praxi jsem jednala s právníky a účastnila se soudních procesů.

Jako pracovnice v sociálních službách se s klienty pohybuji na mnoha úrovních. Nejraději mám pozici dospělý – dospělý, ale bohužel ne se všemi je možné být v této pozici za všech okolností. Nejednou je nutností vstoupit do role kontrolora či starajícího se rodiče. Ve službě chráněného bydlení je důležité se postarat a mapovat zejména z počátku služby, zda klient má opravdu zajištěny všechny základní potřeby, umí užívat pračku správným způsobem atd. Také je nutné chránit pravidla pobytu, a v případě, že je klient porušuje, zasáhnout dle stanovených domluv. Na druhou stranu je samozřejmě potřeba klienta co nejvíce podpořit, aby rizikové situace uspokojivě zvládl. Pozice sociálního pracovníka jako podpory a společníka v životních změnách bývá nejčastější. Ačkoliv nebývá úkolem sociálního pracovníka psychoterapeutická péče, v rámci jeho podpory, blízké, všestranné a časově bohaté spolupráce, se otevírají i klientova traumata. Cílem sociální práce není zpracovat zranění jako takové, ale je potřeba umět dovedně reagovat na sdělené osobní téma. Pak také různá zneužití, znásilnění a další bolesti se do úzkého pracovního vztahu promítají. Je vhodné umět rozlišovat, co se děje, jakým způsobem se klientovo zranění odráží ve vztahu a pomoci najít klientovi prostor, kde může traumata zpracovávat.

„Pinesová a kol. (1982) poznamenávají, že sociální pracovníci jsou neustále v přímém, dennodenním kontaktu se svými klienty, neboť jsou začleněni do profesních vztahů a struktur, které nutně vyžadují citovou a osobní účast. Na základě toho klient považuje sociálního pracovníka za „osudového společníka“, nebo ho dokonce činí odpovědným za své nevyřešené problémy“ (in MAROON, 2012, s. 51).

5. Riziko syndromu vyhoření u sociálního pracovníka

Práce sociálního pracovníka je obsáhlá, všestranná a náročná. Sociální pracovník se dennodenně setkává s utrpením. Setkává se s osudy doprovázenými násilím, smutkem, ztrátami. Mnozí z klientů jsou ve složité situaci sociální, existenční, finanční a zdravotní. Mají mnoho potřeb v mnoha oblastech a těžko hledají síly pracovat na své změně. Ne jednou se člověk ocitá v situaci, že neví, jak pomoci. Často je potřeba, aby byl sociální pracovník trpělivý a čekal na moment, kdy klient dostane odvalu pro nový krok, změnu. Někdy je také pracovník přítomen tomu, jak se klienti zhoršují a i když se snaží motivovat a podporovat, jak to jde, nezmění život klienta.

Profese orientované na klienta a vyžadující citové zainteresování kladou nároky na pracovníka poskytující služby. Je celkem běžné, že se pak z pracovníků stávají emočně vyčerpaní a chronicky frustrovaní lidé (BEEMSTERBOER & BAUM, 1984; MASLACH, 1982 in ACKER, 1998, s. 113).

Lidé pracující v přímé práci s klienty, dříve či později zažijí nějakou krizi. Jsem přesvědčena, že v zásadě nelze docílit toho, aby člověk poskytující péči lidem v nouzi, se nesetkal s utrpením, které i jeho pohltní. Nelze se vyhnout pocitům smutku a našťvanosti, bezmoci a vyčerpanosti. To, zda se pracovní zkušenost bude odvíjet v těžkém směru, zajisté závisí na schopnosti pracovníka zpracovávat krize, na jeho schopnosti říci si o podporu, na skladbě klientů a kvalitě společné spolupráce, na mnohosti pracovních úkolů, na podpoře od kolegů, supervizorů i partnerů. Jsem přesvědčena, že to zda člověk v pomáhající profesi propadne či nepropadne syndromu vyhoření, je závislé na jeho osobních schopnostech a zdrojích vnější podpory.

5.1 Existenciální hledisko syndromu vyhoření

Oslovila mne teorie Pinesové a Yafeové. Podle nich vyhoření znamená nepřítomnost existenciálního obsahu, který pracovník očekával od své práce. Autorky jsou přesvědčeny, že lidé volí zaměstnání, které jim dovolí reprodukovat významné dětské zážitky nebo uspokojit potřeby, jež během dětství nebyly uspokojeny. Volbu mohou ovlivňovat i očekávání nebo sny předávané rodinou. Pokud tito lidé mají pocit, že ve své práci selhali nebo jim nezprostředkovává nic životně smysluplného, dostaví se vyhoření (in MAROON, 2012, s. 19).

Dle Křivohlavého (KŘIVOHLAVÝ, 2012, s. 102) je „otázka uspokojení či neuspokojení tzv. základní existenciální potřeby – smysluplnosti bytí – jedním z hlavních

faktorů jak při vzniku, tak při zvládnání jevu burnout. Touto základní existenciální potřebou se rozumí prožívání smysluplnosti existence (žití). Prožívání smysluplnosti existence je přitom jevem v jádru subjektivním. Vztahuje se jak k pocitu (představě) smysluplnosti práce, tak k pocitu smysluplnosti života jako celku. Zážitek smysluplnosti práce je přitom dílčím úsekem celkové životní spokojenosti a jednou z nejdůležitějších složek smysluplnosti bytí.“

Mnozí lidé, si vybírají práci, o které mají představu, že jim umožní naplnit některou z jejich potřeb. Když se člověk rozhodne být sociálním pracovníkem, přijde mi zajímavé sledovat i jakou cílovou skupinu klientů volí.

Existenciální důvody nepochybně hrají důležitou roli v procesu vyhoření. Sama jsem procházela různými krizemi, dle témat, která se ve spolupráci s klienty otvírala. Bylo potřeba vyvíjet úsilí a najít postoj k tématům sexuálně zneužívaných, k sebepoškozujícím a sebevražedným tendencím. Nejednou jsem řešila témata hranic a do určité míry i konfliktu rolí, když několik klientek ve svých složitých zdravotních situacích pečovaly o dítě a ne vždy mi jejich péče připadala adekvátní. Některé klientky během naší spolupráce porodily děti, a pak jsem je provázela v čase, kdy jim byly děti odebírány z péče. Hluboce mne zasáhla dokonaná sebevražda jedné z klientek, která se právě mimo jiné musela vzdát svého dítěte. Jen těžko jsem pak hledala motivaci, jak dál pomáhat. Ve všech procesech jsem viděla pomíjivost a v kontextu umírání a smrti mi přišlo zbytečné kamkoliv vkládat energii. Supervize a osobní terapie v mnohém pomohly, ale pojmout smrt se v rámci této péče nepodařilo. Řešení jsem našla v přerušení pracovního procesu, stažení se do ústraní a v intenzivní práci na vlastní mysli. V asijském prostředí jsem zažila mnoho kontaktů se smrtí, což mi mimo jiné pomohlo pojmout pomíjivost. Tento existenciální vhled byl zásadní pro najetí vnitřní stability i pro další praxi.

„Vyhoření je sice bolestnou zkušeností (Turton, 2007), ale může se stát prvním krokem ke zlepšení sebevědomí a k dalšímu osobnímu vývoji. Zpracováním problému získá jedinec důležitou zkušenost a naučí se správně používat své zdroje k řešení závažných problémů spojených s tímto syndromem“ (CASEY, 1998; LE BLANC, 2007; PRINS a kol., 2007, in MAROON, 2012, s. 79).

5.2 Krize jako možnost růstu nebo vyhoření

„Někteří sociální pracovníci čelí vyhoření, krize jim mobilizuje síly a dává do pohybu proces růstu. Je to doba pro uvědomění si problémů, prozkoumání požadavků a podmínek své profesní pozice a soukromého života pro vybudování podpůrné struktury a vyvinutí nových

vyrovnávacích strategií. Musí najít osobní priority, poznat svá silná a slabá místa a rozvíjet talent a schopnosti“(MAROON, 2012, s. 81).

Jsem přesvědčena, že úkolem lidí v pomáhajících profesích by měla být neustálá snaha být lepší, vědomější, moudřejší. Za výhodný nástroj, jak si pomoci, považuji schopnost reflektovat sám sebe, svoje jednání, nebát se vidět věci tak jak jsou. Velmi důležitá je schopnost mít se rád a potřeba se měnit. Práce s lidmi s duševním onemocněním může procesu uzdravování, zacelování sám sebe velmi pomoci. Z mé zkušenosti se v práci s duševně nemocnými osobní zranění a jiné nevyřešené problémy rychle dostávají na povrch. Což má své výhody. Člověk má prostor a příležitost na sobě pracovat. Na druhé straně je to samozřejmě výzva a někdy i hluboký zásah do samé podstaty osobnosti. Může se otevřít bezmoc a tak přinést i dojem, že práce nemá smysl a stát se důvodem pro vyhoření pracovníka. Pokud však pracovník věnuje tématu pozornost, vyhledá supervizi, terapeutickou podporu, je možné se ve svém osobním procesu posunout a stát se ucelenějším.

Riziko, které přináší nedořešenost našich osobních témat v práci s klienty, poměrně fatálně popisuje Istifan Maroon (MAROON, 2012, s. 51). „Sociální pracovník musí být sám „celý“, aby mohl dávat jiným. To působí velké těžkosti pracovníkům, kteří nastoupí do zaměstnání s vlastními nevyřešenými problémy a neuspokojenými základními potřebami, jako je např. potřeba lásky a pozornosti. Problematictí klienti tyto slabosti poznají, a proto začnou se sociálním pracovníkem manipulovat. Ten vběhne do pasti a jako unavený a cynický člověk v ní zůstane a vyhoří.“

5.3 Přetíženost jako zdroj vyhoření

Důvodem pro vyčerpání či dokonce vyhoření, může být časté setkávání se s utrpením, bolestí, nenaplněnými nadějemi, kontakt se zoufalými situacemi klientů. Soucit pracovníka motivuje vydávat síly, aby klientům ulehčil, aby našel řešení jejich těžkých situací a podpořil klienty v práci na změně. Každá práce znamená vydávat energii. Jde však o to najít míru aktivity a střídat ji s odpočinkem, ve kterém opět nabereme síly na další aktivitu. Kraska-Lüdecke (KRASKA-LÜDECKE, 2007, s. 77) píše: „K životu patří napětí a vypětí, stejně tak oddech a odpočinek. S náročnějšími situacemi se setkáváme jak v pracovním, tak v osobním životě; zpravidla se prostě „něco“ stane a my to musíme bez přípravy řešit. Naopak o odpočinek musíme usilovat, sám od sebe nepřijde.“

Pro sociálního pracovníka je důležité umět si rozvrhovat svůj čas osobní i pracovní. Setkání s klienty je vhodné regulovat také dle náročnosti potřeb jednotlivého klienta. Dále je

potřeba brát v úvahu témata, která spolupráce s klientem přináší a reflektovat, čím jsou pro nás náročná a co můžeme udělat pro to, abychom je snadněji zvládali. Samozřejmě někdy ve víru potřeb klientů, organizace a státu se můžeme v povinnostech ztratit či nejsme schopni najít prostor a čas pro sebereflexi, pro reflexi našeho pracovního úsilí. V takové situaci Kraska-Lüdecke (KRASKA-LÜDECKE, 2007) doporučuje zachovat klid, „vystoupit“ ze situace, pročistit hlavu a rozmyslet si, udělat plán, jak dál.

Práce v pomáhajících profesích má určité znaky – lidé se denně setkávají s klienty s tělesnými, citovými a sociálními problémy, doprovázenými např. pocity zlosti, strachu i zoufalství. „Tyto problémy jsou někdy neřešitelné (Maslach a Jackson, 1981). Daný tlak začne být pro pomáhajícího časem skličující, naruší mu všední život, a v extrémních případech ho dokonce úplně ochromí. Podle Maslachové (1982) neustálý úzký styk s těmito osobami vyžaduje intenzivní citovou spoluúčasť a klade na pomáhajícího velké nároky, což způsobuje vyhoření“ (MAROON, 2012, s. 17-18).

Z vlastní zkušenosti vím, že když se dlouho pohybuji v těžkých situacích, jen složitě hledám znovu a znovu zdroje pro pomoc a soucit. Je potřeba se zastavit a dostat k sobě. Pak je možné reflektovat svoji situaci a objevit nové zdroje energie.

To, zda se pracovníci dokáží vyhoření vyhnout, je závislé na osobnosti pracovníka, případně na jeho okolí, jež mu může pomoci reflektovat jeho situaci a s láskou podpořit ke změně stavu. Rozhodně není cesta obviňovat sociálního pracovníka z bezhraničnosti apod. Většinou to spíše zasáhne jeho sebevědomí a podpoří pocity neschopnosti naložit s náročnou životní situací. Sociálnímu pracovníku ohroženému vyhořením je potřeba pomoci hledat krok za krokem možnosti změny, pomoci mu vidět v čem je šikovný a umí se chránit, podpořit jeho sebeúctu a ocenit, když se mu daří si dát hranici.

5.4 Dávání a očekávání

Pokud je nějaký pracovník ohrožený vyhořením, je vhodné se podívat, zda nežije s předpokladem, že klienti budou vděční za jeho pomoc a budou úspěšní. V naší práci je užitečné a pro nás podpůrné naučit se vidět, co můžeme udělat my pro situaci klienta, co můžeme nabídnout a co je již zcela závislé na klientovi samotném. Je výhodné nic neočekávat.

„Vyhoření v pomáhajících profesích bývá pokládáno za následek nespravedlnosti a nedostatečné reciprocity mezi pracovníkem a klientem (Truchot a Derogard, 2001; Truchot a kol., 2000). Podle této teorie mají pomáhající pocit, že investují více energie než klient, ale

dostane se jim toho méně. To objasňuje, proč sociální pracovníci očekávající marně reciprocitu mají nízké sebehodnocení a jsou náchylní k vyhoření (Truchot a kol., 2000). Pracovníci bez tohoto očekávání jsou méně ohroženi vyhořením“ (MAROON, 2012, s. 25).

5.5 Materiální zajištění pracovníků

Angažovanost sociálního pracovníka může být velmi silná, ale pokud je někdo nucen mít kromě pomáhající profese i další zaměstnání, aby zajistil své základní existenční potřeby, je jasné, že jeho energie bude rychle ubývat. Pokud dotyčný považuje za smysluplné pracovat s lidmi, je vhodné, aby byl dostatečně finančně oceněn. Bylo by skvělé, kdyby stačilo i na investice do podpůrných služeb jako je osobní psychoterapie, masáž, cvičení, dovolená apod. Mnoho ze sociálních pracovníků naší organizace si takovou péči nemohou dovolit. Naopak, někteří z mých kolegů si zajišťují další příjmy, aby zvládli zaplatit svoje bydlení a základní potřeby. Únava těchto lidí je pak samozřejmě vyšší. Schopnost soucitu se logicky musí snižovat a riziko syndromu vyhoření zvyšovat.

6. Jak předcházet syndromu vyhoření

6.1 Osobnostní předpoklady pro prevenci syndromu vyhoření

Za základní předpoklad pro udržení vnitřní rovnováhy a štěstí považuji respektování a dodržování etických pravidel, tj. nelhat, nepodvádět, nekrást a neubližovat. Když člověk žije eticky, je schopný se mít rád a tím pádem je schopný mít rád ostatní. Lidé, kteří cítí lásku, snadněji odpouštějí sobě i druhým. Jedinci s takovýmto podkladem lehčeji čistí svá zranění, bolesti a je pro ně jednodušší znát sám sebe, vědět o svých slabostech i silných stránkách. Mohou být velmi dobří v pomáhajících profesích a předpokládám, že nepatří mezi vážně ohrožené syndromem vyhoření.

Dle Kebzy a Šolcové (KEBZA, ŠOLCOVÁ, 2003, s. 20-21) „má při řešení životních situací rozhodující význam náš aktivní přístup k životu, naše schopnost tvrdě a usilovně bojovat vlastními silami se všemi obtížemi, se kterými se v životě setkáváme.

Aktivní přístup k životu v sobě zahrnuje následující zásady:

- (1) Otevřenost tomu, co se kolem nás děje, zájem o okolí a snaha chápat veškeré události a jevy v okolí jako zajímavé a smysluplné.
- (2) Nebát se změn. Chápat a přijímat je jako něco naprosto běžného, přirozeného a obvyklého a považovat je za příležitost k tomu ukázat, co dovedu.
- (3) Při setkání se stresujícími životními událostmi nebýt pasivní, ale aktivně hledat způsoby a kroky, jak životní situaci čelit – odhodlat se k podniknutí rozhodné protiakce.
- (4) Počítat se stresujícími situacemi. Je třeba si uvědomit, že stresujícím situacím se v dnešním světě nevyhneme a při jejich hodnocení je potřeba z tohoto vědomí vycházet. Zejména v postavení, ve kterém jsou napjaté situace každodenním chlebem.
- (5) Umět izolovat stres od ostatních životních aktivit – patří sem např. umění uzavřít své pracovní starosti za dveřmi kanceláře, stejně jako schopnost nepřinášet s sebou do zaměstnání své partnerské nebo rodinné starosti.
- (6) Dbát na dobré a hojné vztahy s ostatními lidmi. Dobré sociální zázemí a pevné zakotvení ve vztazích s druhými lidmi nám velmi pomáhá při zvládnutí stresu. Pocit podpory ze strany ostatních, pocit přináležení k někomu, možnost probrat s někým blízkým své problémy – to vše pomáhá lépe se vyrovnávat s životními těžkostmi.
- (7) Vytvořit si kolem sebe příznivé prostředí – zaměřit se na zdroje stresu, u jejichž vzniku je člověk sám – najít si uspokojující práci, aktivně, vstřícně a s rozvahou řešit průběžné problémy s životním partnerem a dětmi. Harmonický rodinný život

poskytuje nezbytnou oporu nutnou k doplnění rezerv vyčerpaných vysokými nároky ze strany pracovního prostředí.

- (8) Osvojit si zdravý životní styl. Aktivní přístup k životu a aktivní odpovědnost za své zdraví jsou spojeny s dodržováním správné životosprávy, dostatkem spánku, dostatkem pohybové aktivity a s vyloučením škodlivých návyků (kouření, alkohol či jiné závislosti).“

Lékař a sociolog Aaron Antonovsky zkoumal v 80. letech 20. století ženy, jež zažily válku, prošly koncentračním táborem a ztratily své blízké. Vzhledem k tomu, že 29% bylo po psychické stránce v pořádku, zkoumal, jakým způsobem se udržely ve zdravém stavu a jaké obranné mechanismy pomohly zvládnout nadměrnou zátěž. Došel k tomu, že „pro člověka má život smysl, když:

má cíle a závazky,

má svůj hodnotový systém a řídí se morálními principy,

je schopen řídit a ovlivňovat své životní role a cíle (zde nemáme na mysli tzv. control

freaks, tedy jedince, kteří jsou posedlí tím, že musí mít vše neustále pod kontrolou – jde spíš o to, zda má člověk pocit, že má na svůj život nějaký vliv),

je si vědom své hodnoty a důležitosti (čím silnější jeho vědomí je, tím méně podstatné jsou pro něj vnější vlivy a okolnosti – totéž by se dalo vyjádřit slovy „optimismus“ a „sebedůvěra“),

má smysl pro humor, neboť ten jde ruku v ruce s odstupem a nadhledem, jedinec se dokáže na věci dívat z jiné perspektivy a vnímá relativitu problémových situací, s nimiž se dokáže daleko lépe vyrovnat.“(STOCK, 2010, s. 51)

Stock dále shrnuje, že odolní lidé mají schopnost úsudku, jsou tedy schopni klást věcné otázky a dávat upřímné odpovědi. Také mají schopnost nezávislosti, daří se jim udržovat blízké a plnohodnotné vztahy, jsou kreativní, mají smysl pro humor a morálku. Jsou schopni rozlišit dobro a zlo a nebojí se bojovat za tyto hodnoty.

6.2 Zdroje v pracovním prostředí pro prevenci syndromu vyhoření

Pro prevenci syndromu vyhoření vidím jako podstatné bezpečí v týmu pracovníků. Ze všeho nejdůležitější je, zajistit prostor pro sdílení, vytvořit atmosféru, aby se kolegové nebáli si říci o podporu, mluvit o svých pochybnostech v práci s klienty, otevřít nejistotu, strach apod. Tým, kde jednotlivci nejsou ohroženi dojmem hodnocení a kritiky, kde je prostor pro sdílení, může poskytovat kvalitní péči a eliminovat riziko syndromu vyhoření.

„Etzionová a Pinesová (1986) se zabývaly vyrovnávacími strategiemi v pomáhajících povoláních a dospěly k názoru, že není možné, aby jedinec nesl zátěž sám. Je třeba tento problém řešit v rámci celého pracoviště, aby zde vznikla atmosféra chránící před vyhořením, dále je nutno zlepšit pracovní podmínky, obohacovat role a vytvořit podpůrný sociální rámec“ (in MAROON, 2012, s. 79). Prostor pro udržování kvality práce a pracovníků by měl být na poradách, intervizích, supervizích a vzdělávání.

„Maslachová (1982) vytvořila následující závěry: Kdybychom shrnuli všechny naše vědomosti o vyhoření a rady, jak si s tímto jevem poradit, do jednoho slova, tímto slovem by byla rovnováha. Rovnováha mezi dáváním a bráním, mezi klidem a stresem, mezi prací a soukromým životem stojí v protikladu k pracovnímu přetížení, nedostatku personálu, přílišné angažovanosti a jiným činitelům způsobující vyhoření. Včasná diagnóza a zásah supervizora společně s podpůrnými sítěmi na pracovišti mohou vyhoření zmírnit a zabránit jeho chronickému průběhu“ (in MAROON, 2012, s. 133).

6.3 Individuální zdroje pro prevenci syndromu vyhoření

Výhodou pro sociálního pracovníka poskytujícího péči lidem s mnoha potřebami je, když je doma zakotven v kvalitním a láskyplném vztahu. V naší práci je celkem běžné, že čelíme různým projekcím či naštváním právě ze strany klientů, kterým se snažíme pomoci. Sebeúcta pracovníků prochází revizemi a ne vždy je pracovník sám k sobě vstřícný. Je úlevné, když člověk pak doma zažije pocit, že ho má druhý rád. Bezpečí také umožňuje snadnější schopnost reflexe a oddělení se od projekcí klientů.

Bednářová (BEDNÁŘOVÁ, 2010) zdůrazňuje důležitost zabývat se vyhořením dřív, než k němu opravdu dojde. Doporučuje lidem v pomáhajících profesích se zamyslet nad svou stínovou motivací k práci, sledovat příznaky svého vlastního stresu a vytvářet si zdravý systém podpory. V neposlední řadě je podstatné postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.

Pro dobro všech, sociálního pracovníka, klientů i zaměstnavatele, je potřeba, aby každý pracovník cíleně myslel na sebe a zařadil do svého programu věci, jež ho podporují, dostávají k sobě, uvolňují. Může to být cokoli, co ho naplňuje a přináší mu příjemné prožívání. Je nutností vyrovnávat nepříjemné zážitky, žádající si naší podporu a péči, příjemnými prožitky, kde získáváme podporu a péči my. Komačková (KOMAČEKOVÁ, 2009) ve své studii zaměřené na zdravotní sestry, sděluje, že pokud má pracovník kvalitně lidsky a vysoce profesionálně vykonávat ošetrovatelskou péči, měl by být v dobré fyzické a

psychické kondici. Je-li v nepohodě, chybí něco i tomu, co dělá pro druhé. Proto je péče o sebe sama stejně důležitá jako péče o ostatní. Honzák (HONZÁK, 2008, s. 28) v článku zaměřeném na Burnout syndrom sdílí příběh slavného amerického psychiatra H. S. Sullivana, jenž „se v době oběda pohyboval po oddělení a tázal se, zda jeho pracovníci již byli na obědě. Když se dozvěděl, že nebyli, protože neměli čas, vždyť se přece musejí starat o pacienty, údajně vybuchl: „Tohle mi řeknete ještě jednou a máte padáka! Kdo se neumí pořádně postarat sám o sebe, neskýtá záruku, že se postará o druhé!“

Ondriová a Slaninková (ONDRIOVÁ, SLANINKOVÁ, 2010) na základě výsledků průzkumu v rámci problematiky prevence syndromu vyhoření u zdravotnických pracovníků poskytujících paliativní péči navrhly následující doporučení: definovat příčiny, které vedou k syndromu vyhoření, aby bylo možné mu předejít; pochopit význam péče o sebe samého; stanovit dosažitelné osobní a profesionální cíle; vzdělávání; akceptovat přirozené limity člověka; efektivně zacházet s časem; vytvářet projekty v oblasti prevence syndromu vyhoření; nebát se změn, vnímat je pozitivně a jako výzvy; uplatňovat asertivně svá práva v praxi; naučit se rozpoznávat potřeby svého těla a respektovat je; naučit se relaxovat; dobře si rozplánovat volný čas; udržovat se v dobré fyzické kondici; pravidelně dělat něco pro své potěšení.

Na závěr kapitoly Jak předcházet vyhoření bych ráda ještě uvedla několik bodů, jež doporučuje Venglářová (VENGLÁŘOVÁ, 2011 in KŘIVOHLAVÝ, 2012, s. 95 – 97):

1. být připraven na riziko vyhoření v práci;
2. mít se rád, pečovat o sebe, přijímat se, vážit si sebe, mít k sobě úctu;
3. znát hranice svých možností a v situaci, kdy požadavky převyšují mojí kapacitu neváhat si říct o pomoc;
4. pečovat o vlastní sociální síť, o přátelské vztahy;
5. mít dobrého nadřízeného, který má porozumění pro to, co mohu a co dělám, který dovede ocenit a nešetří chválou; nadřízeného, který se stará nejen o výkon, ale i o podmínky, za nichž mají jeho podřízení pracovat; pokud toto vedoucí neposkytuje, je vhodné změnit zaměstnavatele;
6. podporovat své sebepoznávání a sebehodnocení, které v případě, že je kladné, zvyšuje sebedůvěru a umožňuje lepší adaptaci v obtížných situacích;
7. mít svého supervizora, který se stará nejen o můj pracovní, ale i osobnostní růst a v případě potřeby mne upozorňuje na nebezpečí, která mi hrozí;
8. nezapomínat na svůj osobní život, soukromí;
9. naučit se přeladovat z pracovního začlenění;

10. pečovat o dobrou tělesnou kondici, umět odpočívat, když jsme unaveni;
11. umět se adaptovat na změny prostředí a adaptovat si prostředí; být flexibilní.

PRAKTICKÁ ČÁST

7. Dotazníkové šetření

7.1 Cíl průzkumu

Průzkum byl určen sociálním pracovníkům věnujícím se lidem s duševním onemocněním. Cílem bylo zmapovat, zda určitá míra ohrožení syndromem vyhoření souvisí s nedostatkem podpory pracovníků či může být spíše závislá na délce praxe v poskytování péče lidem či na očekávání jednotlivých pracovníků.

7.2 Stanovené předpoklady

Předpokládala jsem, že sociální pracovníci budou více ohroženi syndromem vyhoření v případě, že pracují v přímé práci více než 5 let, nepocítí uží dostatečnou podporu a v případě, kdy očekávání pracovníků jsou orientovány zejména na osobní existencionální potřeby.

7.3 Zkoumaná skupina

Dotazník byl zaslán celkově 146 sociálním pracovníkům podporujícím lidi s duševním onemocněním. Jednalo se o zaměstnance organizací Fokus Praha a Fokus Mladá Boleslav, dále byli obesláni účastníci pracovní skupiny „chráněné bydlení pro lidi s duševním onemocněním“ v rámci Asociace komunitních služeb v České Republice. Využitím webové aplikace byla zcela zajištěna anonymita dotazníku. Šetření, které v průměru zabralo 12 minut, se aktivně zúčastnilo 44 respondentů. Dalších 14 lidí dotazník otevřelo, ale neodeslalo. 88 lidí nereflektovalo na email s žádostí o vyplnění dotazníku. Je otázkou, zda v poslední skupině nemůže být výrazná část z těch, kteří mohou inklinovat k syndromu vyhoření, ale pro nedostatek času, zájmu, energie apod. nemají prostor se věnovat studijním průzkumům.

7.4 Metoda průzkumu

Za metodu zkoumání jsem zvolila dotazníkové šetření. Celý dotazník je uveden v příloze 1. Záměr průzkumu byl nositelem témat jednotlivých otázek.

Po úvodním dotazu na pohlaví byla položena otázka na délku praxe. Následoval výčet nabídky různého významu či očekávání od práce s lidmi, kde bylo možné zvolit více možností. Další část dotazníku byla věnována míře podpory, jakou sociální pracovníci pocítují. Snažila jsem se obsáhnout oblast podpory ze strany zaměstnavatele, kam počítám péči týmu, supervizi, podporu vedení, dále oblast osobní podpory ze strany partnera, přátel, ale i vlastní zdroje či schopnosti zajistit si podporu. Dále mne zajímalo, zda lidé vnímají duchovní podporu a v neposlední řadě, zda jsou dostatečně existenčně zajištěni.

Pro zjištění míry vyhoření jsem se rozhodla využít dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI), který patří mezi nejčastěji používané metody odborného vyšetření syndromu vyhoření (KŘIVOHLAVÝ, 2012). Dotazník vytvořila Christine Maslach spolu se Susan E. Jackson na základě svých výzkumů v 70. letech roku 1981. Aktuálně se využívá 3. vydání tohoto dotazníku, které poprvé vyšlo 1996 (wikipedia, burnout).

Dotazník MBI po ověření validity i užitečnosti kvantifikující stupnice expandoval od původního zaměření na zdravotníky ke všem typům pomáhajících profesí. Byl použit ve stovkách studií. „Jak dokládá zcela recentní metaanalýza, je dotazník MBI použitelný univerzálně, navíc i transkulturně k porovnání získaných výsledků bez větší distorse jejich váhy a smyslu. Navíc byla nedávno v multicentrické studii jeho výpovědní hodnota ověřena na souboru celkem 54 738 zdravotních sester z osmi zemí“ (HONZÁK, 2009, s. 135).

Dotazník MBI dvaadvaceti položkami mapuje tři faktory: emocionální vyčerpání, depersonalizaci a osobní uspokojení z práce. Devět otázek postihuje příznaky emočního vyčerpání, pět symptomy depersonalizace. Tyto dva faktory jsou laděné negativně. Pozitivně orientován je faktor osobního uspokojení z práce, jehož míru zachycuje 8 položek (Inflow magazín, 2009; HONZÁK, 2009).

Emocionální vyčerpání se projevuje jako ztráta chuti k životu, nedostatek sil a nulová motivace k jakékoliv činnosti a je nejsměrodatnějším ukazatelem přítomnosti burnout syndromu. Většina autorů zahrnuje do této oblasti i fyzické vyčerpání. Depersonalizace se objevuje u pracovníků, kteří mají silnou potřebu pozitivní zpětné vazby. V momentě, kdy se jim nedostává, hořknou a cyničtí, ztrácejí k lidem úctu i respekt, v extrémním případě s nimi jednájí jako s neživými předměty. Nedostatek osobního uspokojení vede ke sníženému pracovnímu výkonu. Tato charakteristika syndromu vyhoření se objevuje především u lidí s nízkou mírou sebedůvěry a kladného sebehodnocení, což vede k nedostatku energie pro zvládání stresových situací (KŘIVOHLAVÝ, 2012).

Vyplnění dotazníku MBI probíhá v originále jednak na stupnici častosti výskytu, jednak na stupnici intenzity (síly) a vyhodnocuje se celkové skóre pro jednotlivé faktory.

Dotazník se zaměřuje jak na sílu, tak na četnost pocitů. Pro praktickou část jsem použila dotazník publikovaný v magazínu Inflow (2009), který se zaměřuje jen na sílu pocitů. Respondent volí na škále od 0 do 7, přičemž nula znamená vůbec a sedm velmi silně.

7.5 Vyhodnocení průzkumu

Evaluaci průzkumu začnu od zjištění míry vyhoření jednotlivých respondentů. Následně budu mapovat, zda lidé, kteří nejeví žádnou známku vyhoření, reflektují podobně podporu, která se jim dostává, zda volili očekávání, která nejsou primárně zaměřena na naplňování osobních existenciálních potřeb či jaká je délka jejich praxe. S podobnými záměry budu hledat souvislosti u pracovníků, kteří jeví známky vyhoření.

7.5.1 Způsob vyhodnocování dotazníku MBI

Z 22 otázek dotazníku MBI zjišťují **dimenzi emocionálního vyčerpání** následující položky:

- 1 Práce mne citově vysává
- 2 Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
- 3 Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a
- 6 Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
- 8 Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
- 13 Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
- 14 Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
- 16 Práce s lidmi mi přináší silný stres
- 20 Mám pocit, že jsem na konci svých sil

Faktor **depersonalizace** mapují tvrzení:

- 5 Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi
- 10 Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
- 11 Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
- 15 Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
- 22 Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

Osobní uspokojení je sledováno následujícími dotazy:

- 4 Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
- 7 Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
- 9 Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalad'uji
- 12 Mám stále hodně energie
- 17 Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
- 18 Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
- 19 Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého
- 21 Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.

MBI měří na každé škále **úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný, nízký**. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty. Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách a posouzení s následujícími hodnotami.

Stupeň emocionálního vyčerpání - EE (emotional exhausting)

Nízký 0 - 16

Mírný 17 - 26

Vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace - DP (depersonalization)

Nízký 0 - 6

Mírný 7 - 12

Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení - PA (personal accomplishment)

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32

Nízký 31 - 0 = vyhoření!

7.5.2 Stupně vyhoření respondentů

Ze 44 lidí neprojeví žádnou známku vyhoření 5 respondentů.

1 člověk jeví známky vysokého vyhoření ve všech třech rovinách. 3 lidé jsou dle dotazníku silně vyhořelí ve dvou dimenzích a mírně ve třetí. Další 2 pracovníci jeví známky vyhoření v emocionálním faktoru a v oblasti osobního uspokojení, nejeví však známky vyhoření v oblasti depersonalizace. 18 lidí je silně vyhořelých v jedné rovině a v dalších dvou se ukazuje mírný nebo nízký stupeň vyčerpání.

V levých třech sloupcích tabulky číslo 1 jsou znázorněny jednotlivé faktory MBI a barevně rozlišeny vyhodnocené míry syndromu vyhoření. Červeně je znázorněn vysoký stupeň vyhoření, oranžově mírný a zeleně nízký.

Tabulka 1 - Evaluace MBI

EE	DP	PA	Nízký	Střední	Vysoký	Celkem
Nízký	Nízký	Vysoký	5			5
Nízký	Nízký	Mírný	7			7
Nízký	Nízký	Nízký - vyhoření!		6		6
Nízký	Mírný	Vysoký	2			2
Nízký	Mírný	Mírný		1		1
Nízký	Mírný	Nízký - vyhoření!			1	1
Nízký	Vysoký - vyhoření!	Vysoký		1		1
Mírný	Nízký	Vysoký	1			1
Mírný	Nízký	Mírný		3		3
Mírný	Nízký	Nízký - vyhoření!			4	4
Mírný	Mírný	Nízký - vyhoření!			2	2
Vysoký - vyhoření!	Nízký	Vysoký		3		3
Vysoký - vyhoření!	Nízký	Mírný			1	1
Vysoký - vyhoření!	Nízký	Nízký - vyhoření!			2	2
Vysoký - vyhoření!	Mírný	Mírný			1	1
Vysoký - vyhoření!	Mírný	Nízký - vyhoření!			2	2
Vysoký - vyhoření!	Vysoký - vyhoření!	Mírný			1	1
Vysoký - vyhoření!	Vysoký - vyhoření!	Nízký - vyhoření!			1	1
			15	14	15	44

Když se zaměříme na dimenzi emocionálního vyčerpání, která bývá považována pro určení rizika syndromu vyhoření za stěžejní, zjišťujeme, že ze 44 respondentů 11 vykazuje vysoký stupeň vyhoření. Tendenci k depersonalizaci mají pouze 3 sociální pracovníci, ale nedostatek osobního uspokojení se projevuje u 18 lidí. Tyto hodnoty jsou přehledně uspořádány v tabulce číslo 2.

Tabulka 2 - Vyhodnocení jednotlivých dimenzí

EE	počet
Nízký	23
Mírný	10
Vysoký - vyhoření!	11
DP	počet
Nízký	32
Mírný	9
Vysoký - vyhoření!	3
PA	počet
Vysoký	12
Mírný	14
Nízký - vyhoření!	18

Pro další vyhodnocování průzkumu jsem rozdělila výzkumný vzorek do následujících skupin. Přehledněji je možné způsob rozdělení vidět v pravé polovině tabulky číslo jedna.

Lidé, kteří nejsou vyhořelí, jsou barevně označeni sytě zelenou a jsou tam zařazeni samozřejmě ti, kteří ani v jedné oblasti nejeví známky vyčerpání, ale i ti, kteří ve dvou dimenzích nejeví žádné známky vyhoření a v jedné pouze mírné. Celkem se jedná o 15 pracovníků.

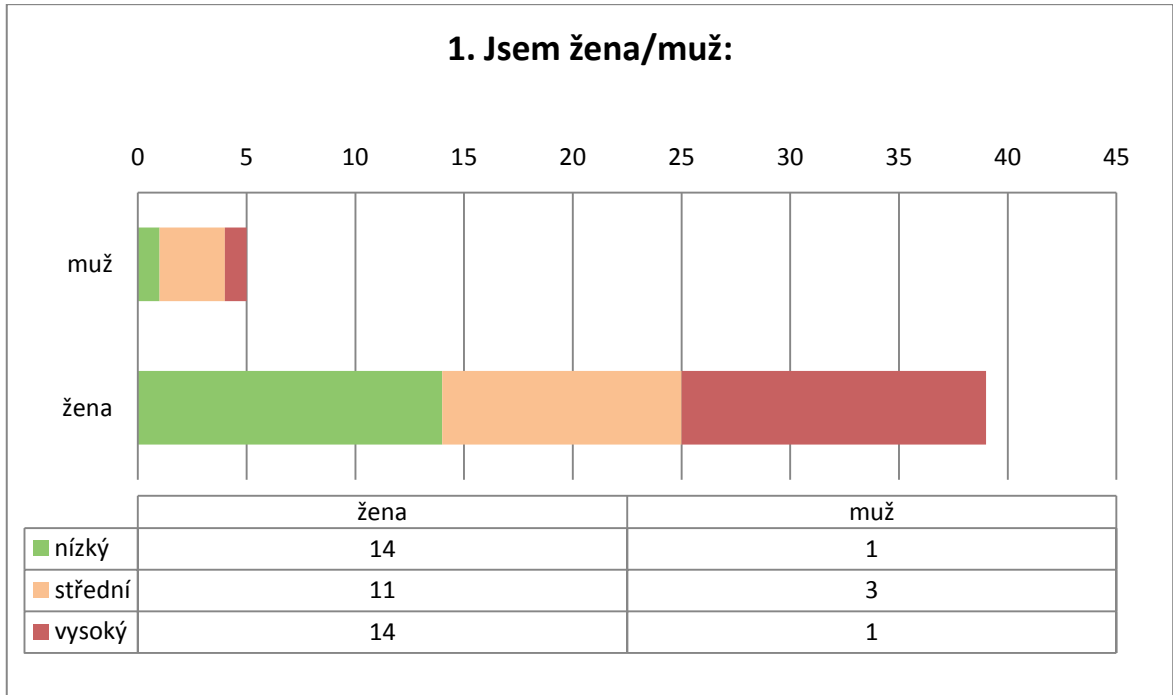
Mezi **14 lidmi, kteří vykazují mírný stupeň burnout syndromu**, jsem zařadila ty, jež mají minimálně ve dvou oblastech znaky mírného vyhoření a pak ty, u nichž jeden faktor vykazuje vysoký stupeň vyhoření, ale další dvě dimenze jsou zcela v pořádku. V pravé části tabulky číslo 1. jsou označeni oranžově.

Mezi vyhořelé sociální pracovníky počítám samozřejmě člověka, jenž má vysoký stupeň vyčerpání ve všech úrovních, pak respondenty, kteří jsou hluboce vyčerpání ve dvou úrovních, ale i ty, kteří vykazují vyhoření v jedné oblasti a mírný stupeň vyčerpání ještě v další oblasti. Dohromady se jedná o 15 respondentů, výběr je v červené barvě.

7.5.3 Vyhodnocení jednotlivých otázek

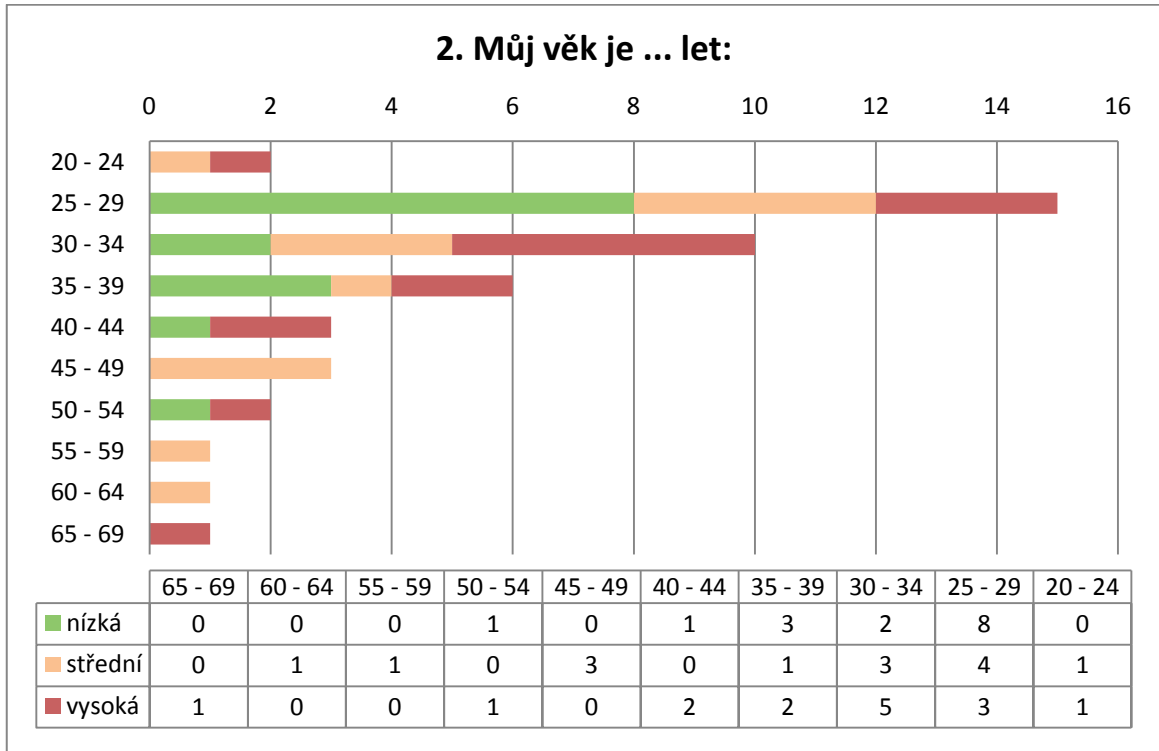
V dotazníku, který přikládám jako přílohu číslo jedna, byla zjišťována míra vyhoření otázkami MBI až v závěrečné části. Pro zhodnocení a zpracování výsledků, bylo však nutné se vyhodnocení škály MBI věnovat nejdříve. Následnou část práce věnuji postupně jednotlivým otázkám vypracovaného dotazníku již s ohledem na rozčlenění respondentů do pásem vyhoření či nevyhoření.

Graf 1



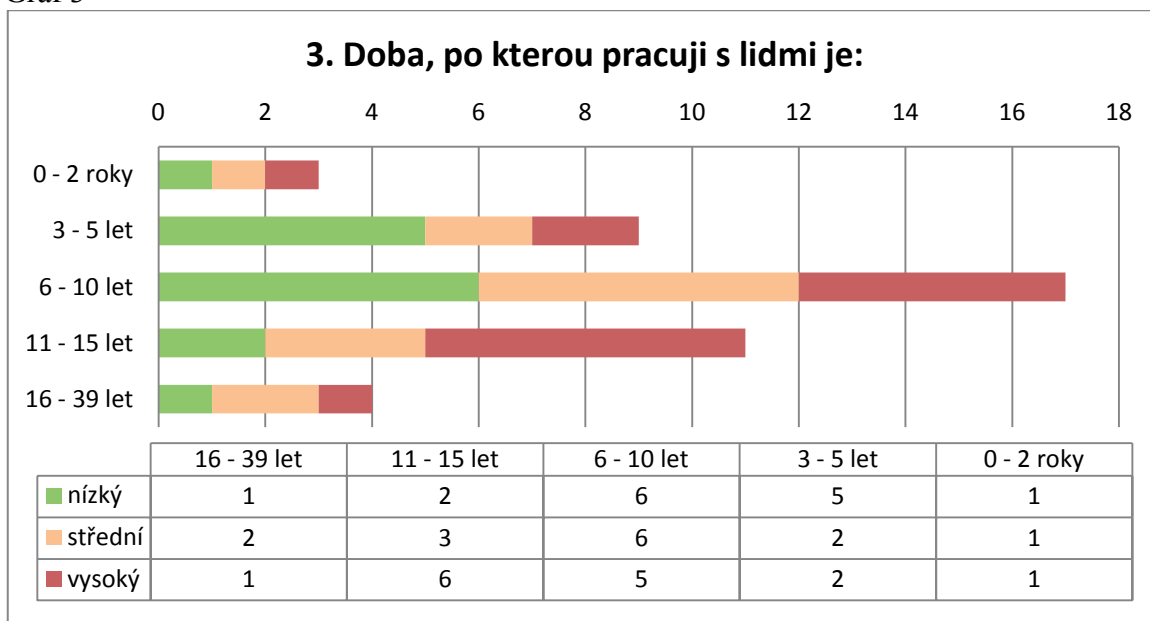
Ve vzorku respondentů je 5 mužů a 39 žen.

Graf 2



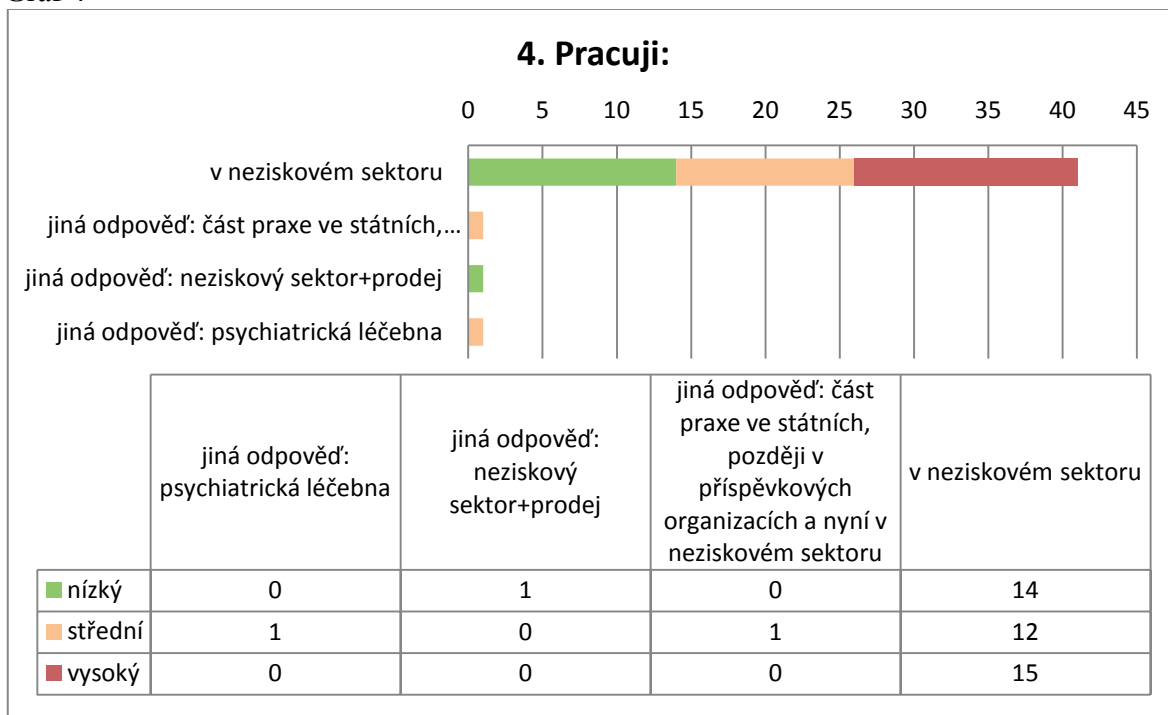
Nejvíce sociálních pracovníků, celkem 31, kteří vyplnili dotazník, je ve věkové hranici od 25 do 39 let. Pouze 2 respondenti byli mladší 24 let a je zajímavé, že oba dva vykazují střední nebo vysoký stupeň vyhoření. 40 až 69 let je 11 respondentům, z těchto lidí pouze 2 nevykazují riziko syndromu vyhoření, zbylých 9 jsou ve vysokém nebo středním stupni burnout.

Graf 3



Nejvíce respondentů, celkem 17 pracuje s lidmi v rozmezí 6 až 10 let. 11 pracovníků pracuje 11 až 15 let v přímé práci s lidmi. 9 sociálních pracovníků 3 až 5 let. 4 lidé pracují v sociální sféře 16 až 39 let a necelé 2 roky se sociální práci věnují 3 účastníci průzkumu. Délka praxe z výsledků průzkumu nepůsobí jako určující pro vznik syndromu vyhoření. Z grafu můžeme vyčíst pouze mírné navýšení nevyhořelých respondentů, kteří pracují s lidmi 3 až 5 let a naopak navýšení vyhořelých pracovníků, kteří se pohybují v sociální sféře 11 až 15 let. Vzorek je však, tak malý, že bych považovala za neprofesionální z výsledků činit výraznější závěry.

Graf 4

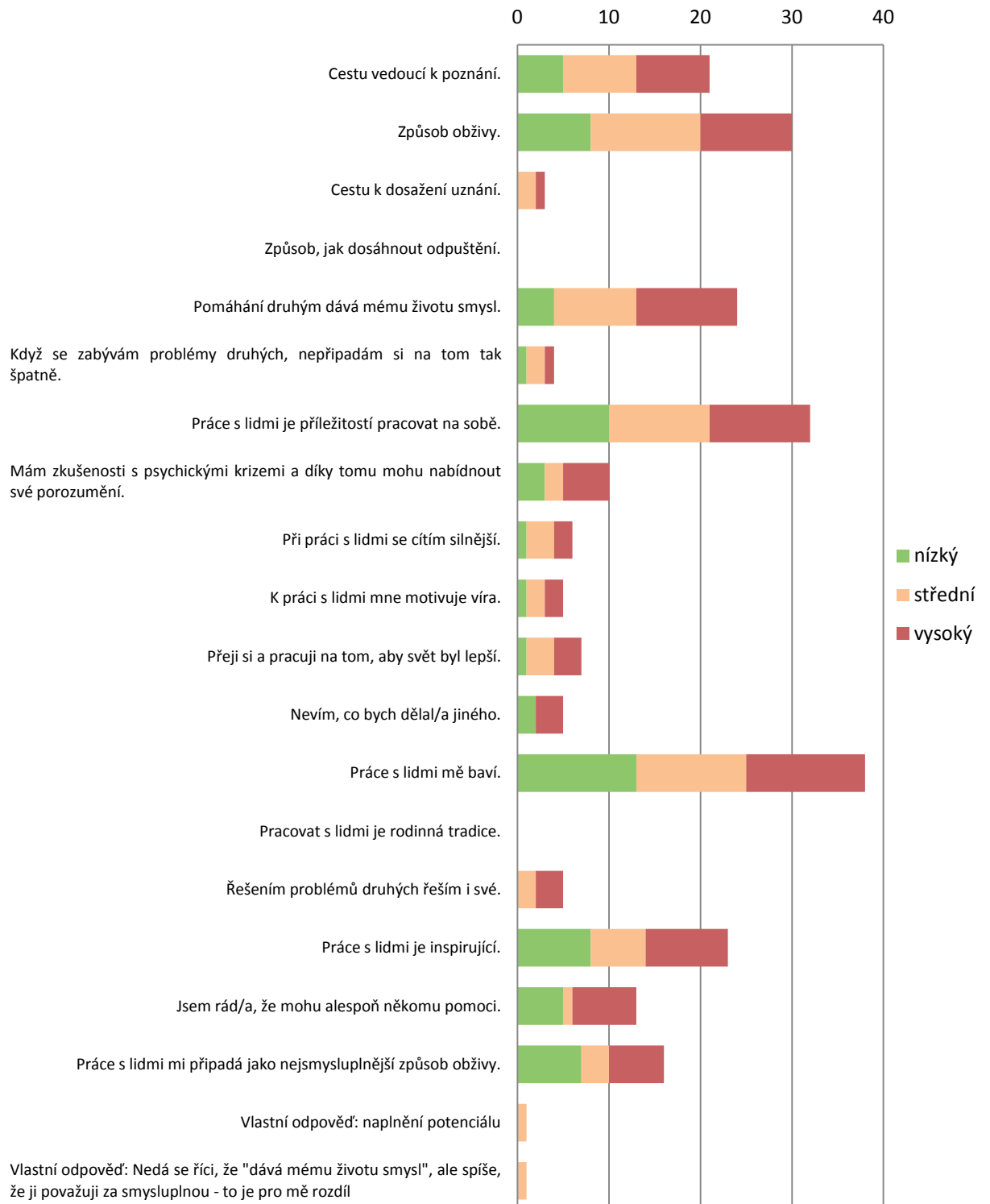


Vzhledem k tomu, že jsem žádost o vyplnění dotazníku zaslala i účastníkům pracovní skupiny chráněné bydlení v rámci Asociace komunitních služeb, vložila jsem ověřující otázku na zaměstnavatele. Drtivá většina účastníků průzkumu je však zaměstnána v neziskovém sektoru.

Graf 5

5. Práce s lidmi pro mne znamená zejména:

(je možné označit i více položek)



Tabulka 3 - Otázka 5

5. Práce s lidmi pro mne znamená zejména:	nízký	střední	vysoký	celkem
Cestu vedoucí k poznání.	5	8	8	21
Způsob obživy.	8	12	10	30
Cestu k dosažení uznání.	0	2	1	3
Způsob, jak dosáhnout odpuštění.	0	0	0	0
Pomáhání druhým dává mému životu smysl.	4	9	11	24
Když se zabývám problémy druhých, nepřipadám si na tom tak špatně.	1	2	1	4
Práce s lidmi je příležitostí pracovat na sobě.	10	11	11	32
Mám zkušenosti s psychickými krizemi a díky tomu mohu nabídnout své porozumění.	3	2	5	10
Při práci s lidmi se cítím silnější.	1	3	2	6
K práci s lidmi mne motivuje víra.	1	2	2	5
Přeji si a pracuji na tom, aby svět byl lepší.	1	3	3	7
Nevím, co bych dělal/a jiného.	2	0	3	5
Práce s lidmi mě baví.	13	12	13	38
Pracovat s lidmi je rodinná tradice.	0	0	0	0
Řešením problémů druhých řeším i své.	0	2	3	5
Práce s lidmi je inspirující.	8	6	9	23
Jsem rád/a, že mohu alespoň někomu pomoci.	5	1	7	13
Práce s lidmi mi připadá jako nejsmysluplnější způsob obživy.	7	3	6	16
Vlastní odpověď: naplnění potenciálu	0	1	0	1
Vlastní odpověď: Nedá se říci, že "dává mému životu smysl", ale spíše, že ji považuji za smysluplnou - to je pro mě rozdíl	0	1	0	1

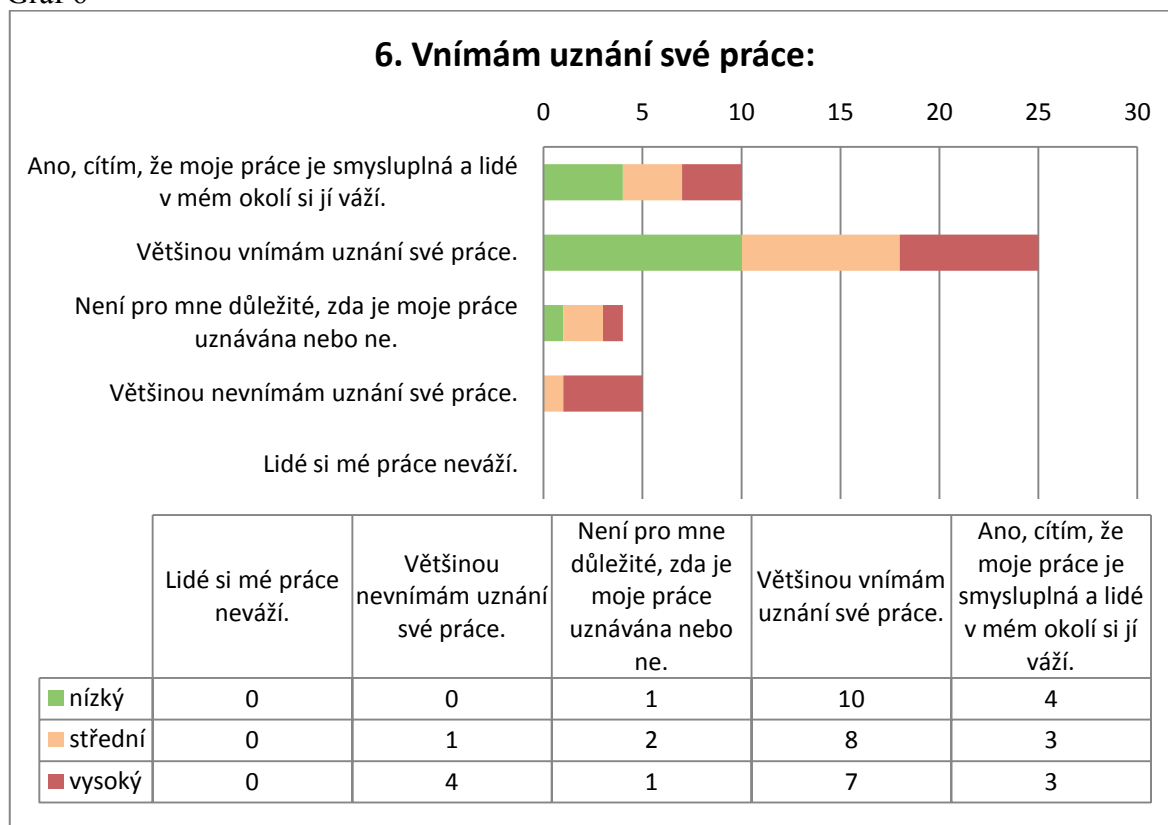
U této otázky se pokusím posoudit, u jakých očekávání bylo více lidí, kteří jsou ohroženi burnout syndromem a kde jsou lidé, u nichž nehrozí vyhoření. Pro přílišnou složitost vyhodnocení nereflaktuji počet odpovědí určitého respondenta.

V tabulce číslo 3 jsem žlutě zbarvila tvrzení, která z mého pohledu jsou dokladem o osobní potřebě respondenta, což může poukazovat na nedořešená osobní témata a potřebu zacelování vlastní bytosti. Ti z nás, kteří pracují s lidmi kvůli vlastním existenciálním potřebám, mohou být ohroženější rizikem vyhoření.

Jak jste si zajisté již v předcházejících grafech mohli všimnout, ani u této otázky nelze jednoznačně rozlišit, v čem je rozdíl mezi lidmi vyhořelými a lidmi, kteří nemají žádné projevy vyčerpání. Přesto, práce s lidmi pro 3 respondenty, jež vykazují určitý stupeň vyhoření, znamená „Cestu k dosažení uznání.“ U výroku „Pomáhání druhým dává mému životu smysl.“ jsou pouze 4 lidé, kteří nejsou vyhořelí, 11 pracovníků je vyhořelých a 9 vykazuje známky středního vyčerpání. Odpověď „Řešením problémů druhých řeším i své.“

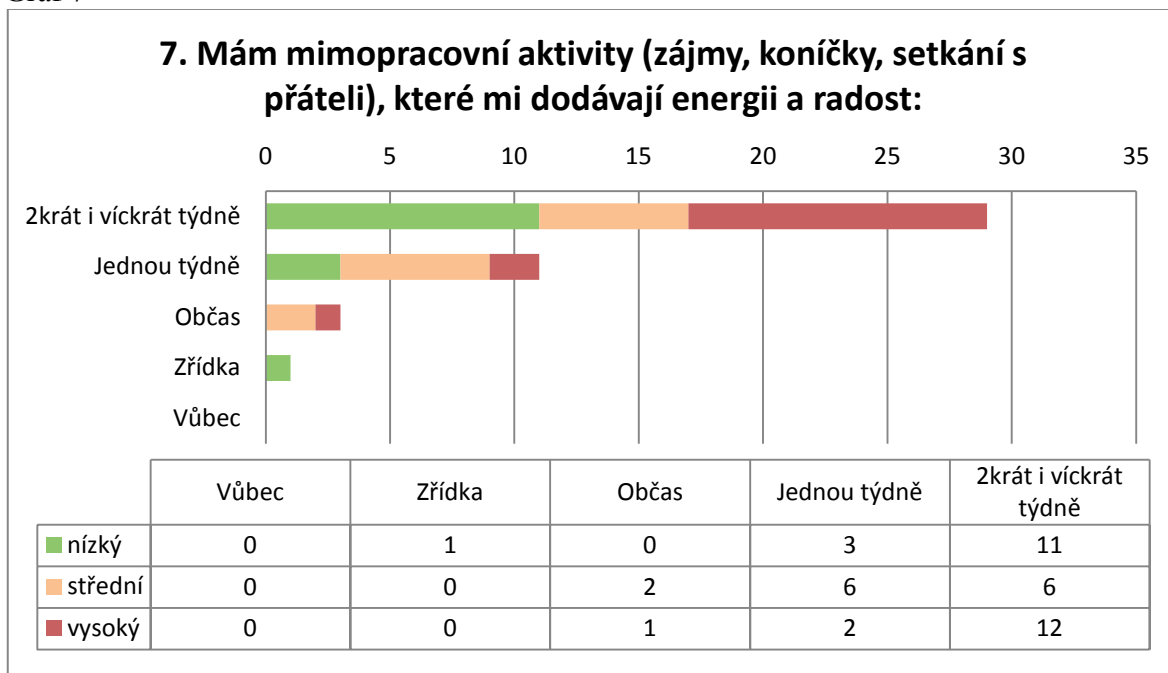
nevyplnil nikdo bez známek burnout syndromu. 5 lidí, jež tato věta zaujala, vykazují střední nebo vysoký stupeň vyhoření.

Graf 6



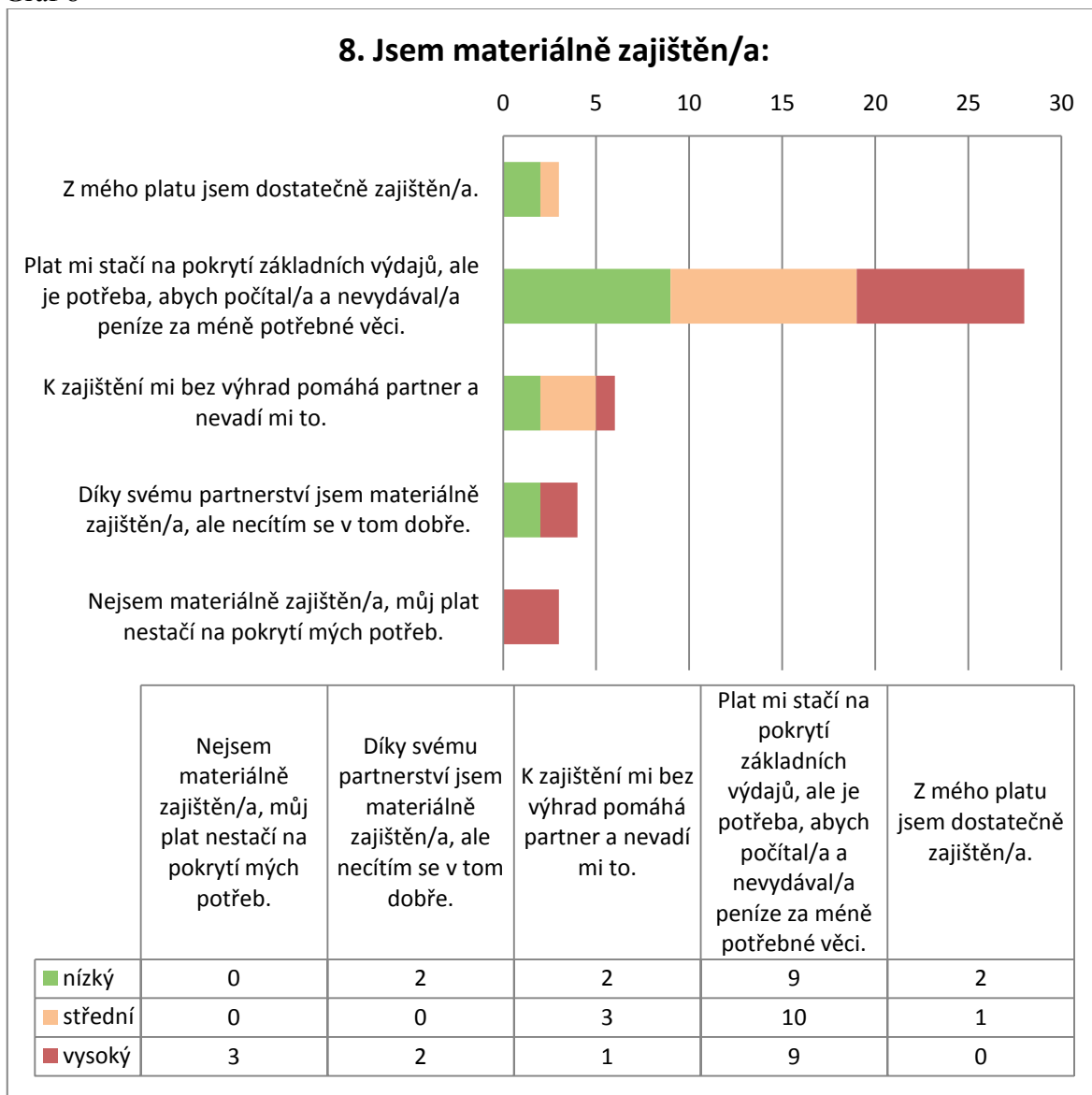
Tato otázka otvírá blok dotazů na podporu. 5 respondentů se středním a vysokým stupněm vyhoření nevnímá uznání své práce. Nikdo ze sociálních pracovníků nezvolil volbu „Lidé si mé práce neváží.“ U zbylých položek je poměr mezi nevyhořelými, mírně vyhořelými a vysoce vyčerpanými pracovníky v podstatě vyrovnaný. Podobně jako u předcházejících i dalších tvrzení. Přesto bychom si mohli všimnout, že pocit respektu a uznání práce, mírně převyšuje u lidí bez známek syndromu vyhoření.

Graf 7



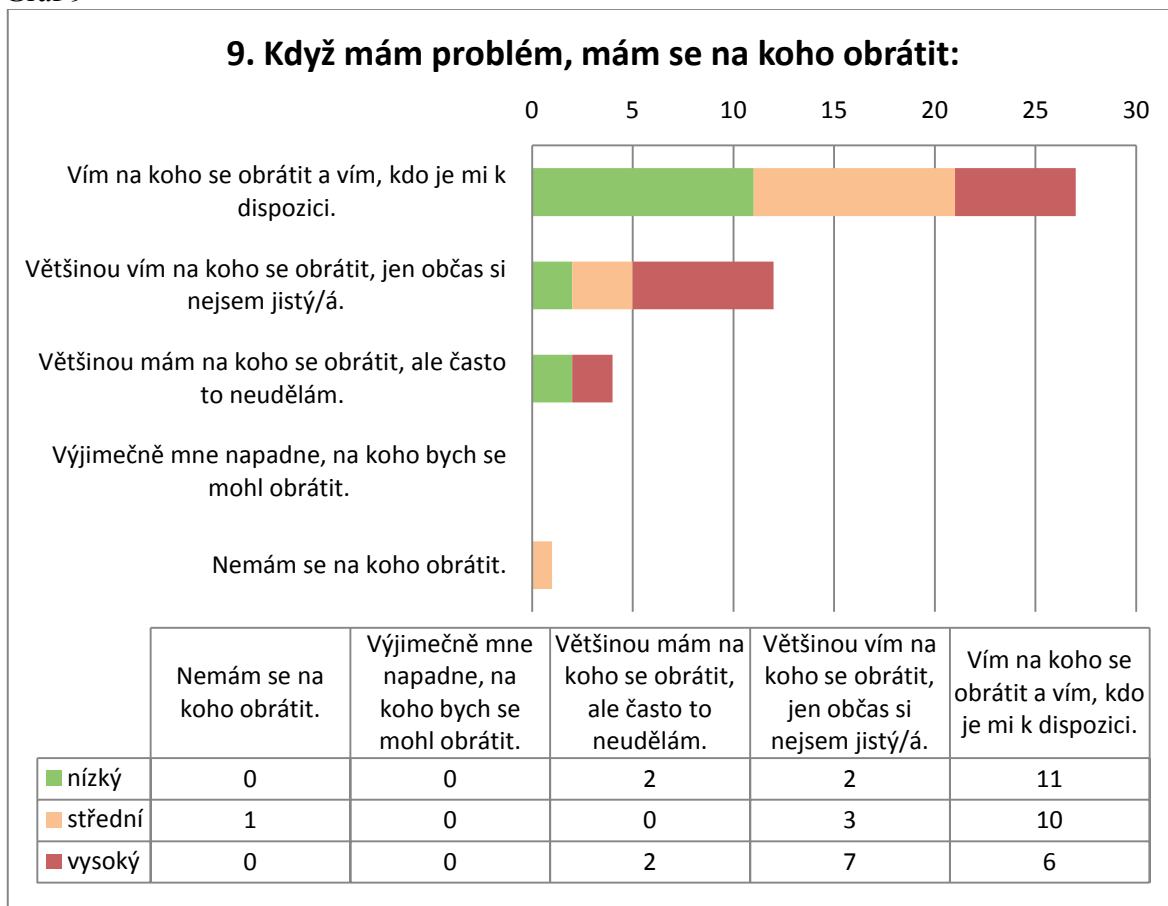
Z grafu reflektujícího odpovědi na tuto otázku je zřejmé, že nejsou výrazné rozdíly mezi mimopracovní uvolňující aktivitou lidí, u nichž byl zjištěn syndrom vyhoření nebo u těch, u kterých nebyl zmapován.

Graf 8



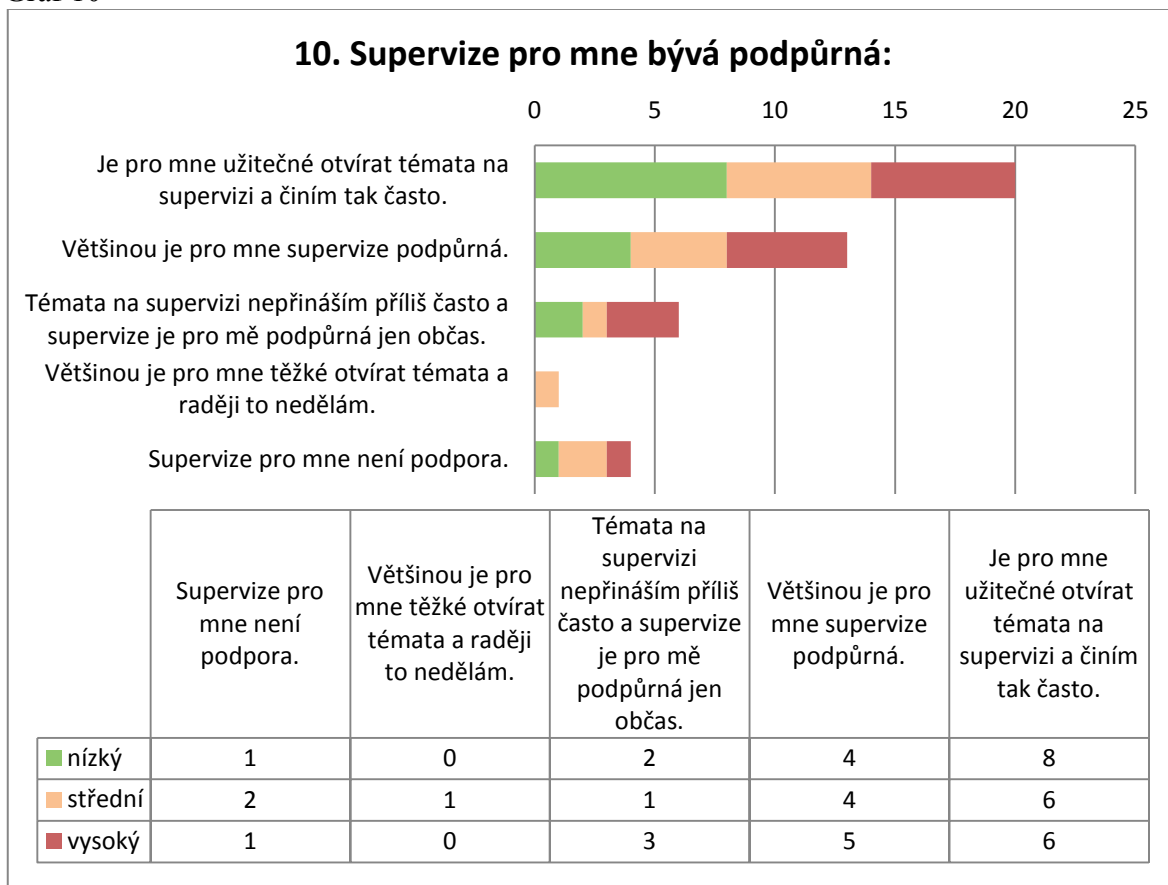
U této otázky bych ráda upozornila na fakt, že u výroku „Nejsem materiálně zajištěn/a, můj plat nestačí na pokrytí mých potřeb.“ jsou 3 lidé s vysokým stupněm vyhoření. Zajímavé mi přijde i to, že pouze 3 pracovníci ze 44 se cítí ze svého platu dostatečně zajištěni.

Graf 9



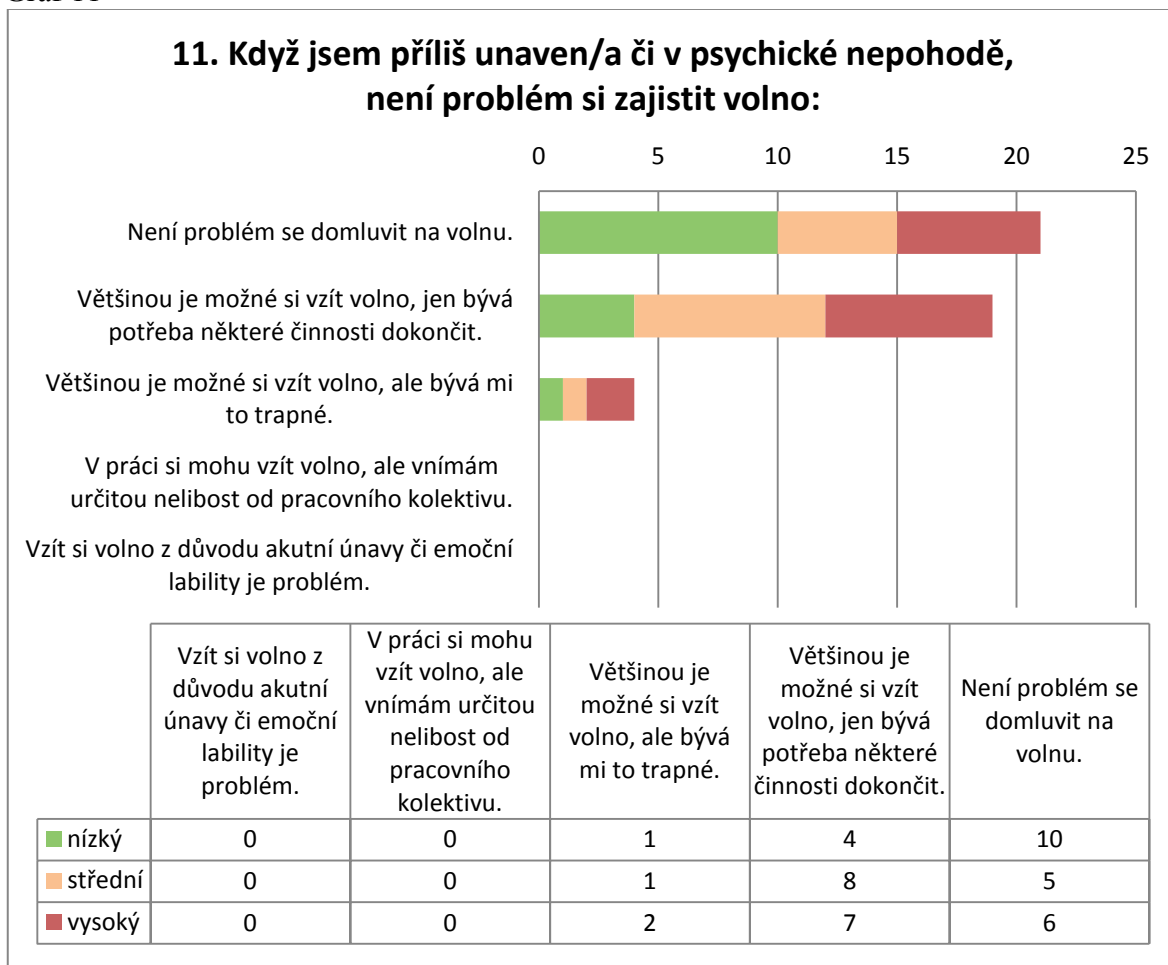
K reflexi tohoto tématu mne napadá, že ze 44 účastníků průzkumu je tu pouze jeden člověk, jenž je osamocen a nemá nebo nevnímá možnost s někým řešit problémy.

Graf 10



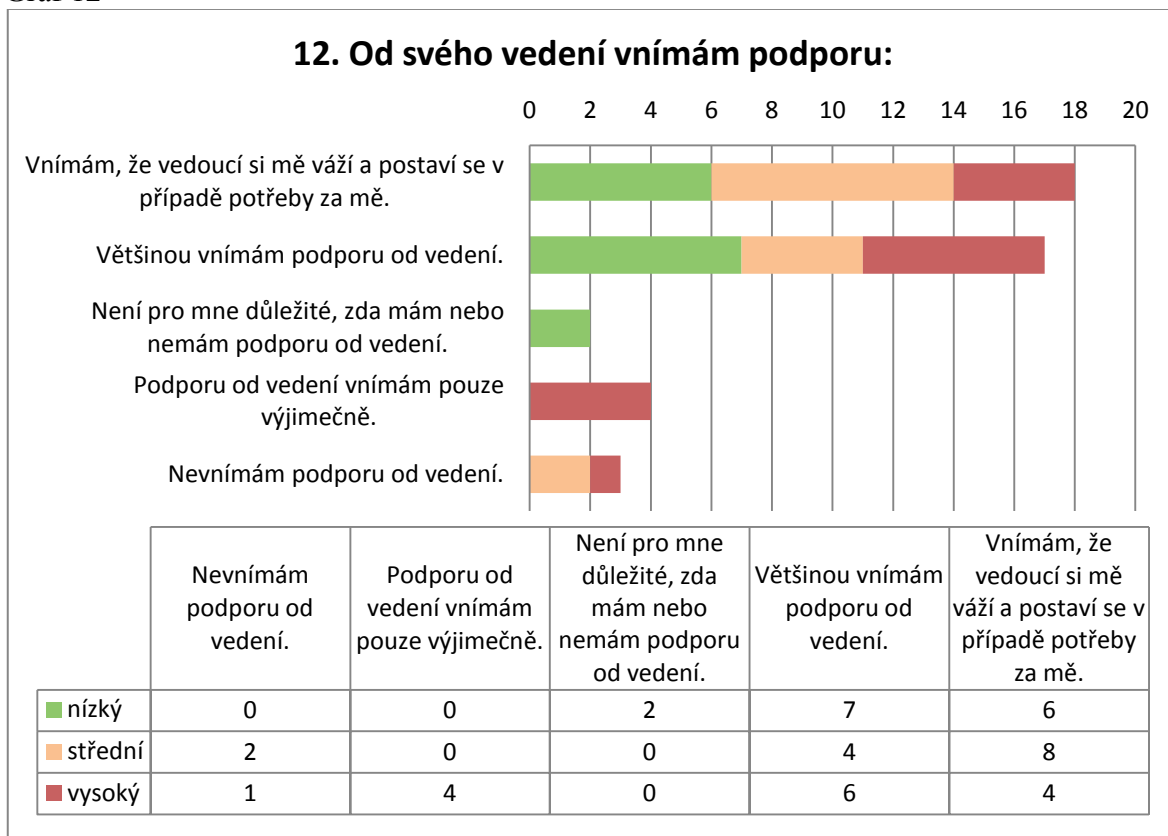
Vyhodnocení otázky podpory supervize též nepřináší nějaké jasné rozdělení v oblasti zvoleného průzkumu ohledně syndromu vyhoření. Z výsledků však je možné vyčíst, že supervize je pro 33 lidí ze 44 užitečný nástroj. Neměli bychom ale automaticky předpokládat, že to tak je pro všechny pracovníky v sociálních službách.

Graf 11



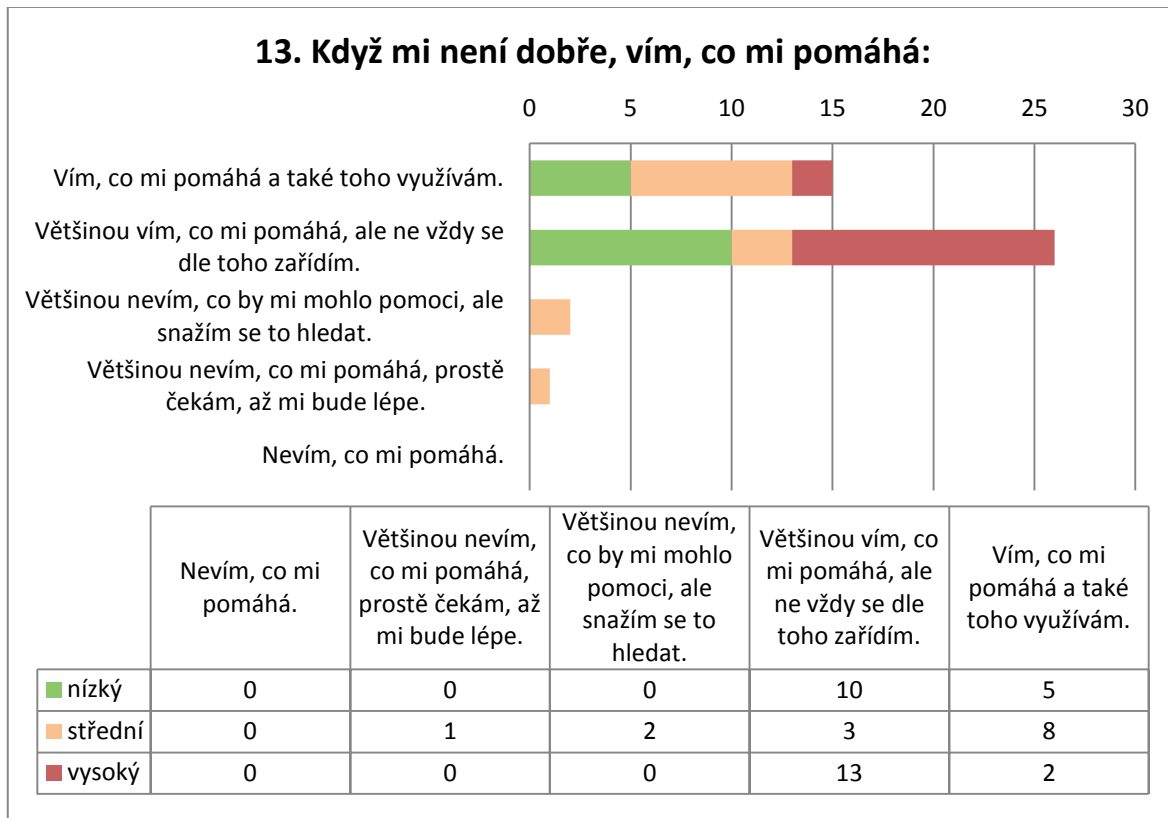
Odovědi týkající se možnosti vzít si volno, mi připadají jako doklad respektu vedení neziskových organizací k potřebám svých pracovníků. Nikdo nezvolil variantu, kdy není možné se domluvit na volnu nebo je to v týmu nevhodně přijímáno.

Graf 12



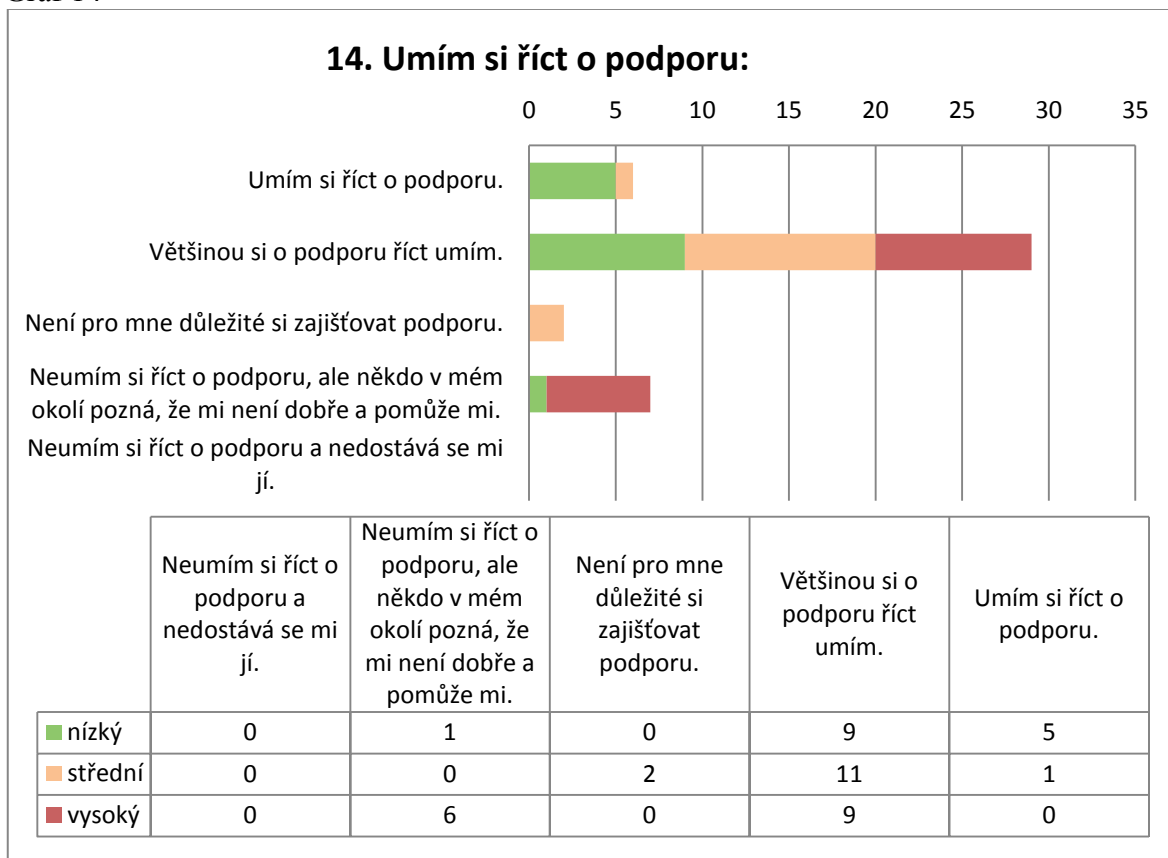
V odpovědích na tuto otázku, vidíme, že 5 lidí s vysokým stupněm vyhoření a 2 lidé se střední mírou vyčerpání nevnímají podporu od vedení nebo pouze výjimečně. Tyto kategorie nezvolil nikdo z aktuálně neohrožených burnout syndromem. Všichni lidé bez známek vyčerpání cítí od svého vedení úctu, podporu či jsou na této potřebě nezávislí.

Graf 13



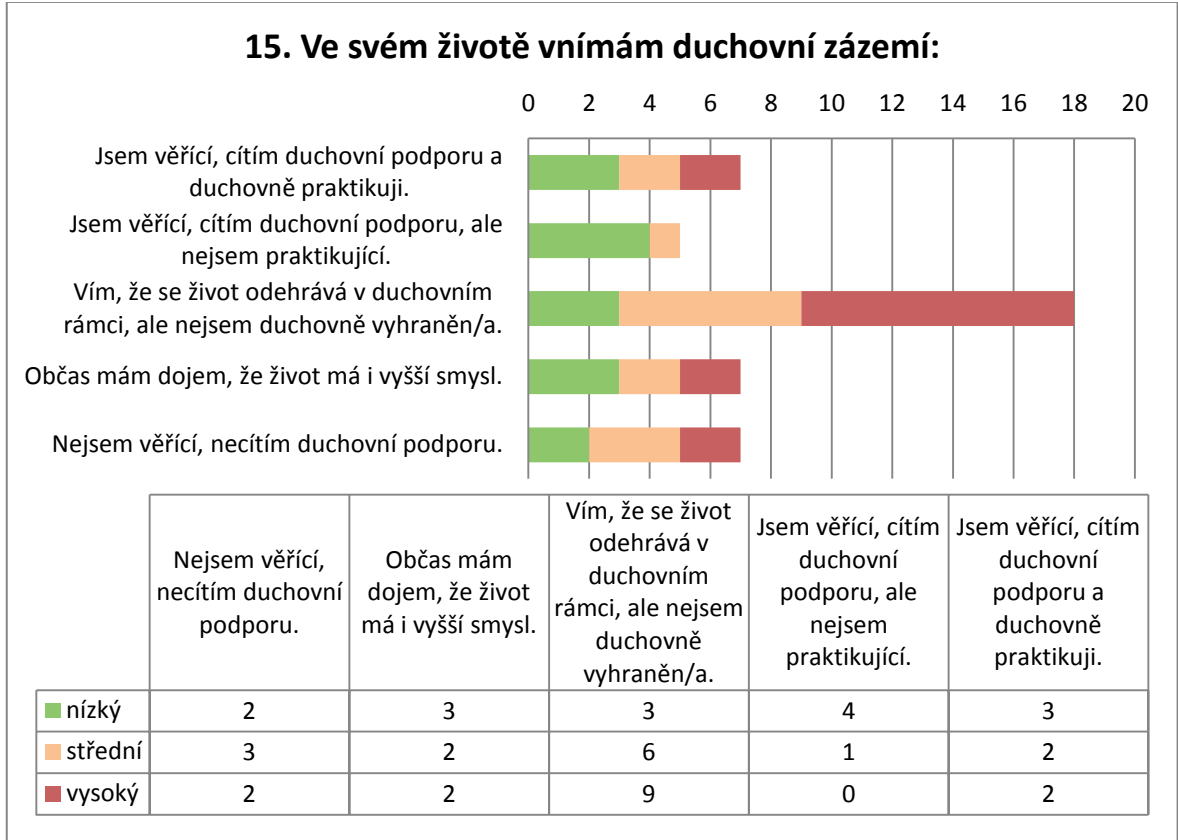
Zde mi přijde hezké, že 41 ze 44 respondentů zná své nástroje, jak si pomoci.

Graf 14



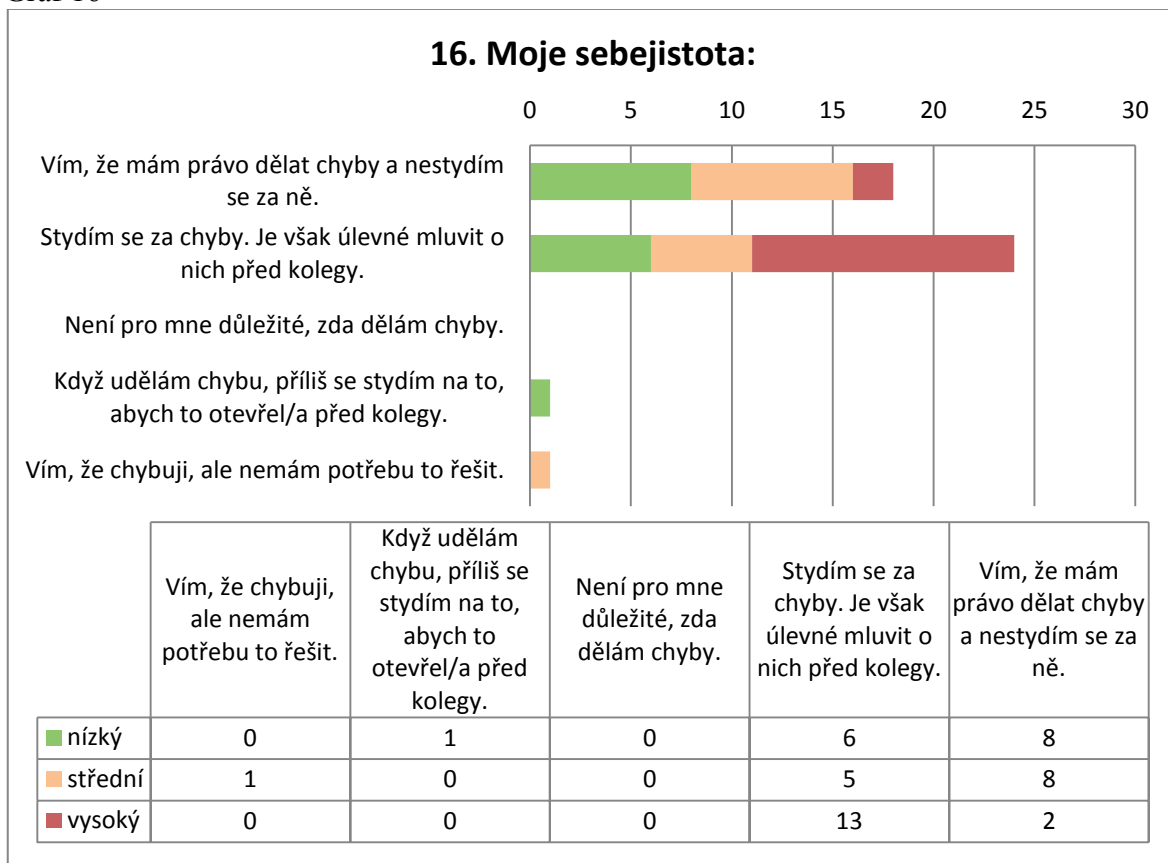
Žádný sociální pracovník s vysokým stupněm vyhoření nezvolil jednoznačnou variantu „Umím si říct o podporu.“ Tuto položku až na jednoho člověka se středním stupněm vyhoření zvolilo 5 lidí bez známek syndromu burnout. Největší počet účastníků průzkumu však zvolil mírnější variantu „Většinou si o podporu říct umím.“ Podíl míry vyhoření je u této položky opět dost vyrovnaný. 6 pracovníků ze 7, kteří zvolili variantu „Neumím si říct o podporu, ale někdo v mém okolí pozná, že mi není dobře a pomůže mi.“, spadá do kategorie vysokého stupně vyhoření.

Graf 15



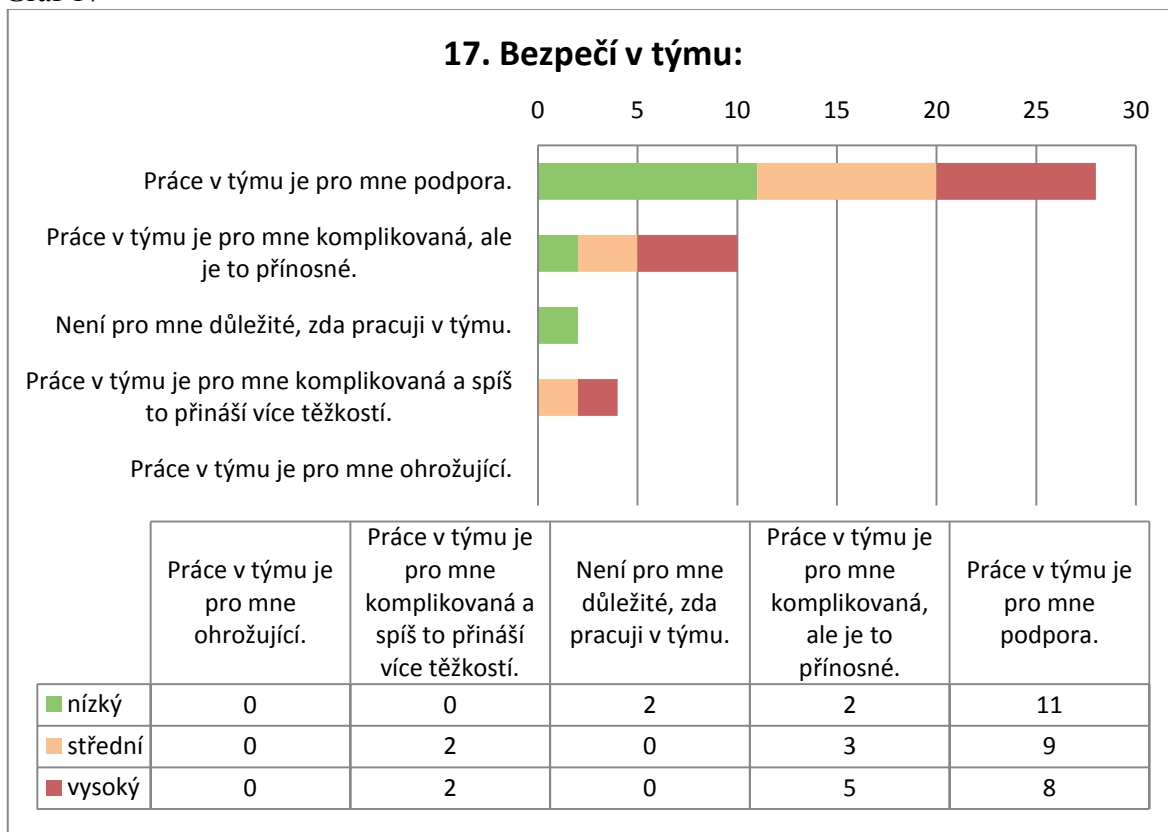
Dle průzkumu víra člověka není zásadním faktorem snižující riziko vyhoření.

Graf 16



Odpovědi na otázku týkající se sebejistoty jsou dokladem, že většina sociálních pracovníků účastníci se šetření, jsou reflektující lidé, což považují za velmi důležité. U jistoty práva na to dělat chyby převažují lidé, kteří nejsou ohroženi syndromem vyhoření. Vyšší procento lidí s vysokým stupněm vyhoření se stydí za své chyby, ale jsou schopni o tom mluvit před kolegy a je to pro ně úlevné.

Graf 17



U dotazu na bezpečí v týmu je možné si všimnout, že pro 4 respondenty, kteří vykazují střední nebo vysoký stupeň vyhoření, je práce v týmu komplikovaná. 2 lidé bez známek vyčerpání se cítí nezávislí na tom, zda pracují v týmu. Za přínosné pracovat v týmu považuje opět v podstatě podobný vzorek ze všech tří skupin.

7.6 Závěrečná reflexe výsledků průzkumu

K mému překvapení a vlastně i nepřekvapení průzkum nic jednoznačného neprokázal. Dle zkoumaného vzorku sociálních pracovníků poskytujících sociální služby lidem s duševním onemocněním nelze učinit závěr, že riziko syndromu vyhoření je ovlivněno očekáváními jednotlivých pracovníků či mírou podpory pracovníků nebo délkou praxe. Žádný ze stanovených předpokladů se tedy nenaplnil.

Zkusila jsem zjistit, zda by se našly nějaké zřetelnější rozdíly v případě, že bych vzala pouze vzorek těch, kteří nejeví žádné známky ani mírného vyhoření u žádného z faktorů dotazníku MBI, tedy 5 lidí. Tuto skupinku jsem porovnála se 4 respondenty, kteří vykazovali silné známky vyhoření (1 ve všech oblastech a 3 ve dvou dimenzích vysoký stupeň a v jedné

střední stupeň). Stanovený výběr lze najít v tabulce číslo jedna. Výsledky však ani v tomto případě nebyly zásadně rozlišné, nebudu je tedy již podrobně rozpracovávat.

Výzkumy, které používají MBI, se velmi často zabývají hlavně průměrem hodnot jednotlivých faktorů dotazníku. V tabulce číslo 4 nabízím průměrné hodnoty dotazníku MBI z provedeného průzkumu 44 sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním a zkusím tyto hodnoty porovnat s výsledky dalších výzkumů.

Tabulka 4 - Průměr hodnot MBI průzkumu

EE (emocionální vyčerpání)	DP (depersonalizace)	PA (osobní uspokojení)
18,9	4,61	34,45

Zde by bylo vhodné připomenout, že mírný stupeň vyhoření u emocionálního vyčerpání začíná u hodnoty 17. Pokud lidé přesáhnou 27, je tento faktor ve vysokém stupni burnout. U depersonalizace se hodnotí jako mírné vyhoření, když má člověk 7 a více, jako vysoký stupeň v případě, že přesahuje číslo 13. U osobního uspokojení je žádoucí mít co nejvíce bodů a za mírně vyhořelé lidi jsou považováni ti, kteří mají méně než 38 a za silně vyhořelé méně než 31.

Když se tedy podíváme na vzorek pracovníků, se kterými probíhal průzkum, jsou průměrné hodnoty této skupiny ve stupni mírného vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání a osobního uspokojení. V dimenzi depersonalizace průzkumný vzorek nevykazuje vyhoření.

Dle manuálu Maslach Burnout Inventory z roku 1986 byly stanoveny normativní hodnoty u emocionálního vyhoření na 16,9, u depersonalizace na 5,7 a u osobního uspokojení na 30,9. V manuálu z roku 1996 jsou však normativní průměrné hodnoty již vyšší a to u faktoru emocionálního vyčerpání 19, u depersonalizace 6,6 a u osobního uspokojení 36,8.

Pro zajímavost bych ráda uvedla i průměrné hodnoty výzkumu v Anglii a Walesu. 237 sociálních pracovníků s duševně nemocnými se účastnilo dotazníkového šetření MBI. Průměrná hodnota faktoru emocionálního vyčerpání byla v jejich případě 26,3; depersonalizace 7,3 a u osobního uspokojení bylo 33,9 (SHERRILL, 2006).

Pro tuto práci bych ještě ráda zmínila výzkum v psychiatrické léčebně Horní Bečkovice, který prezentoval doktor Honzák (HONZÁK, 2009). Vyšetření pomocí metody MBI, kterou respondenti též hodnotili na škále síly pocitů, se celkem účastnilo 172 pracovníků zdravotního personálu, z toho 95 zdravotních sester, 60 lidí z nižšího zdravotního

personálu a 17 lékařů. Výsledky celého souboru označil Honzák za příznivé, jelikož nedosáhly kritických hodnot (EE 16,9; DP 6,5; PA 32,2).

Pro přehlednost a možnost porovnávání předkládám všechna zmiňovaná data v tabulce číslo 5.

tabulka č.5

Profese	počet respondentů	EE	DP	PA
sociální pracovníci ČR 2013	44	18,98	4,61	34,45
Norma MBI 1986	730	16,9	5,7	30,9
Norma MBI 1996		19	6,6	36,8
sociální pracovníci Anglie, Wales 2006	237	26,3	7,3	33,9
zdravotní personál psychiatrické léčebny Horní Beřkovice	172	16,9	6,5	32,2

Na základě těchto údajů by bylo možné tvrdit, že výzkumný vzorek sociálních pracovníků s lidmi s duševním onemocněním z neziskových organizací v České republice má dostatek schopností předcházet syndromu vyhoření. Pouze hodnota emocionálního vyčerpání je o něco vyšší než u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovice a než normativní průměr z roku 1986. Faktor depersonalizace je na lepší úrovni než u všech ostatních zmiňovaných výzkumů a v osobním uspokojení má vyšší hodnotu, což je u této položky pozitivní, pouze norma z roku 1996.

Ohledně dalších aspektů průzkumu, tedy zejména vlivu délky praxe na riziko syndromu vyhoření a věku Honzák (HONZÁK, 2009, s. 137) píše „věkové rozložení nehraje žádnou roli ve vztahu k faktorům MBI, s výjimkou jediného výsledku, a to pracovního uspokojení, které je na jednoprocenní hladině významnosti vyšší u kategorie nad šedesát let ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi.“ Dle výzkumu v psychiatrické léčebně Horní Beřkovice délka praxe nehraje roli u faktoru emocionálního vyčerpání. Nedostatek osobního uspokojení a depersonalizaci však výrazněji zažívají respondenti s kratší praxí, to znamená v případě osobního uspokojení do 40 let praxe a v případě depersonalizace do 30 let praxe.

Mnou předkládaný průzkum byl pro mne nejvíce postavený na představě, že lidé, kteří budou vykazovat nějaký stupeň vyhoření, nebudou vnímat příliš podpory. Průzkum toto nepotvrdil. Většina respondentů vnímá podporu, je schopno využívat supervizi, respektuje a vnímá jako podpůrnou práci v týmu, má síť svých přátel či mimopracovní aktivity. Nebyl

shledán žádný významný rozdíl mezi pracovníky, kteří mají nízký stupeň ohrožení syndromem vyhoření a mezi pracovníky, kteří dle MBI jsou vyhořelí.

Ayala M. Pinesová a Elliot Aronson zkoumali u 80 osob na jedné straně stupeň psychického vyhoření a na druhé straně sociální oporu „Dotazníkem sociální opory“. Syndrom psychického vyčerpání nezkoumali dotazníkem MBI, ale svým dotazníkem Burnout Measure (BM, „míra vyhoření“). Tento dotazník má 21 položek a na jednotlivá tvrzení se odpovídá na škále 1 až 7 dle míry častosti jednotlivých pocitů. Jedná se například o dotazy na únavu, depresi, štěstí, utahání, beznaděj, úzkost atd. Studie Pinesové a Aronsona na vzorku 80 lidí jednoznačně prokázala, že lidé, kteří mají ve svém životě silnou sociální oporu, mají relativně nejméně příznaků psychického vyhoření (in KŘIVOHLAVÝ, 2012, s. 122- 124, s. 49- 54).

S uvedeným závěrem souzním, ale průzkum sociálních pracovníků s duševně nemocnými to nepotvrdil. Mohu si pouze klást otázku, zda by pracovníci vykazovali větší míru vyhoření, pokud by se jim dostávalo méně sociální podpory.

Závěr

Cílem práce bylo zabývat se syndromem vyhoření, zvědomovat jednotlivé aspekty toho stavu a hledat způsoby, jak předcházet riziku vyčerpání.

Syndrom vyhoření bylo tedy hlavní téma, jehož obecným přiblížením jsem práci otevřela. Vzhledem k tomu, že jsem se věnovala burnout syndromu u sociálních pracovníků poskytující služby lidem s duševním onemocněním, považovala jsem za potřebné přiblížit pracovní podmínky, v nichž se sociální pracovníci pohybují. Citovala jsem některá z pravidel, jež stanovuje Zákon o sociálních službách, kterým se stát snaží chránit klienty a zabezpečit kvalitní služby. Předpokládám, že z uvedeného výčtu se stalo zřetelné, že sociální pracovník vedle samotné práce s klientem, která má mnoho svých individuálních aspektů, je nucen věnovat významnou část pracovní doby administrativním záležitostem a obecným potřebám při zajišťování a nabízení sociální služby. Na sociálního pracovníka jsou kladeny požadavky v širokém a mnohavrstevném spektru.

Samozřejmě práce s lidmi s duševním onemocněním má svá specifika. Každý klient je i se svou diagnózou individualita s potřebami často v mnoha oblastech života. Duševní nemoc přináší určitou nestálost, nejistotu, nemožnost spolehnout se ve své podstatě i na již dosažené výsledky, jelikož se stává, že psychická ataka vrátí člověka zpět. Dalším aspektem duševní nemoci je složitější schopnost udržovat vztahy a mít důvěru. Nejednou je klientův rehabilitační proces závislý na schopnosti pracovníka vytvořit bezpečí, podporu a nastolit tak prostředí důvěry a smyslu v pokračování práce na zlepšování životních podmínek klienta.

Sociální pracovníci s lidmi s duševním onemocněním jsou podobně jako všichni lidé v pomáhajících profesích ohroženi syndromem vyhoření. Může to být způsobeno jak častým kontaktem s utrpením, tak osobními očekáváními či předpoklady o tom, co nám práce s lidmi může přinášet. Pro prevenci syndromu vyhoření se zdá jako podstatné neustále vyrovnávat. Sociální práce je hodně o dávání, o vynakládání energie na motivaci, podporu, péči, koordinaci, hledání způsobů, jak změnit bezmocnou situaci v řešitelnou. Je potřeba, aby sociální pracovník myslel na příjem energie a nepředpokládal, že tento příjem může být zajištěn v rámci pracovního nasazení. Zaměstnavatelé by tedy vždy měli zajistit péči o své zaměstnance, ať už formou porad, které jsou v ideálním případě podpůrné, tak supervizemi, vzděláváním, konzultacemi. V neposlední řadě je důležité i dostatečné finanční ohodnocení. Nelze však počítat s tím, že výdej energie může být plně saturován ze strany zaměstnavatele. Je vhodné, aby lidé v pomáhajících profesích podporovali své schopnosti relaxace, odpočinku a péče o sebe.

Průzkum, který jsem provedla mezi sociálními pracovníky s lidmi s duševním onemocněním, neprokázal přímou souvislost mezi délkou praxe či mírou podpory nebo očekáváními s vyhořením. Jednotlivé aspekty dotazníku byly ve většině případů rovnoměrně odpovídány všemi respondenty nezávisle na míře vyhoření, naopak rozložení skupiny nevyhořelých, mírně vyčerpaných a vyhořelých bylo často téměř podobné. Z výsledků průzkumu lze jen usuzovat, že syndrom vyhoření je mnohem složitější jev, který je závislý na více faktorech či osobních charakteristikách.

Seznam zdrojů

1. ACKER, Gila M. The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health Social Work*, 1999, roč. 24, č. 2, s. 112-119. ISSN 1545-6854.
2. BEDNÁŘOVÁ, Jana. „Jsem nemocný! Ne vyhořelý“. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 10, s. 19. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/jsem-nemocny-ne-vyhorely-454995>
3. BLATNICKÁ, Jindra, NOVOTNÁ, Jana. Syndrom vyhoření trochu jinak. *Sestra*. 2013, č. 3. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/syndrom-vyhoreni-trochu-jinak-469520>
4. Burnout. In: *Wikipedia: the free encyclopedia* [online]. St. Petersburg (Florida): Wikipedia Foundation, last modified on 28. 5. 2013 [cit. 2013-06-10]. Dostupné z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Burnout_\(psychology\)](http://en.wikipedia.org/wiki/Burnout_(psychology))
5. ČESKO. Zákon č. 101 ze dne 4. dubna 2000 o ochraně osobních údajů (zákon o ochraně osobních údajů). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2000, částka 32, s. 1521-1532. ISSN 1257-1289.
6. ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, částka 37, s. 1257-1289. ISSN 1257-1289.
7. EVANS, Sherrill. Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*. 2006, roč. 188, č. 1, s. 75-80. ISSN 1472-1465.
8. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
9. HONZÁK, Radkin. Burnout syndrom. *Sestra*. 2008, roč. 18, č. 4, s. 27-28. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/burnout-syndrom-356453>

10. HONZÁK, Radkin. Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *Psychiatria-psychoterapia-psachosomatika*. 2009, roč. 16, č. 3, s.134-142. Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla3.pdf>
11. KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7
12. KANIOVÁ, Ivana. Zvládání zátěže sociálními pracovníky v oblasti péče o duševně nemocné. In: KEDROUTEK, Michal, ed. *Sborník 1. česko–slovenská konference doktorandů oborů pomáhajících profesí*. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity, 2008.
13. Kdy vzniká syndrom vyhoření (online dotazník). *Vyplňto.cz*. 2013.
14. KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. Vyd. 2. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7
15. KOMAČEKOVÁ, Dagmar. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče: prevence, ochrana a podpora zdraví sestry. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 7-8, s. 26-28. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/fyzicka-a-psychicka-zatez-pri-poskytovani-osetrovatelske-pece-pr-435429>
16. KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1833-0
17. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Vyd. 2. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3
18. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9
19. MASLACH, C, JACKSON, S. E. *Manual of the Maslach Burnout Inventory*. 2nd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, 1986.
20. MASLACH, C, JACKSON, S. E. *Manual of the Maslach Burnout Inventory*. 3rd ed. Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, 1996.
21. MBI: Maslach Burnout Inventory. *Inflow magazín*, 2009. ISSN 1802-9736. Dostupné z: <http://www.inflow.cz/mbi-maslach-burnout-inventory>

22. ONDRIOVÁ, Iveta, SLANINKOVÁ, Janka. Prevence syndromu vyhoření u zdravotníků při ošetřování terminálně nemocných. *Sestra*, 2010, roč. 20, č. 10, s. 27-28. ISSN: 1210-0404. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prevence-syndromu-vyhoreni-u-zdravotniku-pri-osetrovani-terminalne-nemocnych-455000>
23. PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X
24. *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007 (poslední aktualizace 2009). Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/5963>
25. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5
26. ŽÁČKOVÁ, Hana. *Syndrom vyhoření u učitelů žáků se specifickými poruchami učení a chování*. 2004.

Přílohy

č.1. Dotazník