

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Stres a syndrom vyhoření
u sociálních pracovníků a psychoterapeutů**

Marie Zlesáková

Vedoucí práce:

Doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



**Stress and burn-out syndrome
among social workers and psychotherapists**

Marie Zlesáková

The Master Thesis Work Supervisor:

Doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Prague 2017

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá otázkou syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů. V úvodní části jsou zohledněny poznatky různých autorů na problematiku stresu, syndromu vyhoření a možnou prevenci. Práce se věnuje také specifikám profesí sociálního pracovníka a psychoterapeuta, jejich teoretickému zázemí, používaným metodám a oblastem spolupráce.

Praktická část je zaměřena na výzkum s cílem zmapovat výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů a zjistit, zda má na stupeň vyhoření vliv počet odpracovaných let v pomáhající profesi. Data byla získána prostřednictvím standardizovaného dotazníku MBI, určeného k odbornému vyšetření syndromu vyhoření.

Klíčová slova

Syndrom vyhoření, stres, sociální pracovník, psychoterapeut, prevence

Abstract

This thesis deals with the stress and burn-out syndrome among social workers and psychotherapists. The introduction part is based on views of various authors on the issue of stress, burnout syndrome and possible prevention. This work is also describing specifics of the social worker and psychotherapist professions, their theoretical background, methods of work and area of cooperation.

The practical part is focused on the research of the burn-out syndrome among social workers and psychotherapists. Further goal is to determine whether the level of the burn-out syndrome is affected by the number of years worked in the helping profession. Data were collected with the help of the MBI questionnaire, which is used for a professional examination of the burn-out syndrome.

Keywords

burn-out syndrome, stress, social worker, psychotherapist, prevention

Prohlášení

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma "Stres a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů" jsem vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze, dne 28. 04. 2017

Poděkování

Děkuji Doc. PaedDr. Slavomíru Lacovi, PhD. za odborné vedení a pomoc, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

OBSAH

ÚVOD.....	8
1. Stres a syndrom vyhoření	9
1.1 Příčinné souvislosti stresu a syndromu vyhoření	11
1.2 Teoretická východiska a rizikové faktory syndromu vyhoření	12
1.3 Projevy a stadia syndromu vyhoření	15
2. Profese sociálního pracovníka	18
2.1 Osobnost sociálního pracovníka	20
2.2 Metody práce sociálního pracovníka	22
2.3 Etický kodex v sociální práci	27
3. Profese psychoterapeuta	29
3.1 Osobnost psychoterapeuta	32
3.2 Metody práce v psychoterapii.....	34
3.3 Etický kodex v psychoterapii	37
3.4 Vztah sociální práce, psychoterapie a pomáhajících profesí.....	38
4. Prevence stresu a syndromu vyhoření	41
4.1 Prevence na úrovni jednotlivce.....	42
4.2 Prevence na úrovni organizace	45
5. Metodika empirického výzkumu	49
5.1 Analýza získaných dat	52
5.1.1 Demografické údaje.....	53
5.1.2 Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)	60
5.2 Testování hypotéz.....	63
5.3 Interpretace výsledků a doporučení pro praxi	68
ZÁVĚR.....	72
LITERATURA	74

ÚVOD

V bakalářské práci se zabývám otázkou stresu a syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychologů. Téma mne zaujalo z několika důvodů. Pracovala jsem vždy v profesích, jejichž náplní byla práce s lidmi. Často jsem se u kolegů setkávala s počátečním zapálením, vysokým pracovním nasazením, které se postupně měnilo v odosobněný přístup ke klientům s pocitem lhostejnosti. Důsledkem hospodářské krize byl ještě větší tlak na pracovní výkon a efektivitu provozu. Poslední aktivity směřované ve prospěch zaměstnanců postupně vymizely a o pracovní prostředí se majitelé firmy zajímali jen do míry, které byla stanovena platnými bezpečnostními a hygienickými předpisy. Vzpomínám na několik případů dlouhodobé pracovní neschopnosti, které byly způsobeny fyzickým a psychickým vyčerpáním. V takové situaci se poukazovalo na nedostatečnou motivaci ze strany zaměstnance a ve většině případů následovalo ukončení pracovního vztahu.

Během studia psychosociální práce jsem se poprvé setkala s pojmem syndromu vyhoření, jako jevu vyskytujícímu se u profesí, které ve svém zaměstnání přicházejí profesionálně do osobního kontaktu s jinými lidmi. Zaujala mne pozornost i širší odborných studií, které se tomuto jevu v pomáhajících profesích věnují. Cílem teoretické části práce je blíže se seznámit se samotnou problematikou a jejím teoretickým východiskem. Zajímala jsem se o specifika profese sociálních pracovníků a psychologů, zdroje stresu, ale také o prevenci na úrovni jednotlivce a organizace s přáním zmapovat také rizikové faktory těchto profesí, které se řadí mezi nejohroženější.

1. Stres a syndrom vyhoření

Profese sociálního pracovníka i psychoterapeuta se svým zaměřením řadí mezi tzv. pomáhající profese, tedy povolání mající vztah k bezprostřední práci s lidmi. Často řeší tělesné, citové a sociální problémy klientů, žijí uprostřed konfliktů a napětí. Umět naslouchat potřebám jednotlivců, být oporou a pomáhat druhým zvládat takové životní situace, vyžaduje osobnostní, ale především emoční angažovanost. Vzhledem k náročné povaze takové práce, zažívají opětovaně stresové situace a řadí se mezi profese nejvíce ohrožené syndromem vyhoření.

V úvodu bych ráda vymezila stěžejní pojmy této kapitoly: stres a syndrom vyhoření. Každý pojem nejprve uvádím podle zdrojů, ze kterých jsem čerpala informace v teoretické části. Následně uvádím definice z Psychologického slovníku od Pavla a Heleny Hartlových (2000) a ze Slovníku sociální práce od Oldřicha Matouška (2003).

Samotné slovo *stres* je anglosaského původu a znamená napětí, namáhání, tlak. Je to přirozená odpověď organismu na každý podnět. Stres můžeme chápat tedy jako stav, kdy je organismus vystaven mimořádným podmínkám, tzv. stresorům, které vedou k obranným reakcím majícím za cíl zachování homeostázy a zabránění poškození nebo smrti. Kanadský profesor rakousko-maďarského původu Hans Selye, je považován za otce moderního výzkumu stresu. Podle něho je stres individuálním měřítkem tělesné únavy a rozpolcenosti, způsobenými zatěžujícími situacemi v životě postiženého. „*Stres je stav projevující se specifickým syndromem, který zahrnuje všechny nespecificky vyvolané změny uvnitř biologického systému*“ (Selye, 2016, s. 70). Definuje ho také jako míru opotřebení způsobeného životem. Roku 1975 zavedl také dělení psychologického stresu na tzv. eustres – pozitivní zátěž, která v přiměřené míře stimuluje jedince k vyšším anebo lepším výkonům a k tomu, aby se naučili hledat efektivní řešení v nejasných a složitých situacích. Jako distres, je označována nadměrná zátěž, která může jedince poškodit a vyvolat onemocnění či dokonce smrt.

Hartl a Hartlová (2000, s. 568) citují H. Selyeho a jeho definici o fyziologické odpovědi na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje prostřednictvím adaptačního syndromu. Ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního, posléze poškození systému imunitního. Definují ji dále jako nadměrnou zátěž neúnikového druhu,

kteřá vede k trvalé stresové reakci, ústící ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám. Liší se od neurotické reakce, v níž somatické poškození či porucha může být vyřešena únikovým mechanismem. U tělesné zátěže jde o přehřátí, podchlazení, infekci, otravu, poranění, šok či operační trauma. Rozsah psychologických stresorů je individuálně rozdílný a vlastně nekonečný, může jím být i silná radost.

Podle Matouška (2003, s. 228) je to stav člověka vyvolaný jakýmkoli vnějším vlivem (stresorem), k jehož zvládnutí nemá podle svého mínění dostatečnou adaptační kapacitu. Stresorem je proto nejen sám vnější podnět, ale i očekávání, že takový podnět člověk nezvládne. Adaptaci na stres napomáhají činitelé posilující člověka v náročných situacích, jež jsou označovány jako salutory. Příkladem je účinná podpora okolí v náročné situaci.

V průběhu více než 30 letého výzkumu *syndromu vyhoření* se ve světové literatuře objevilo několik definicí. Většina pojetí se shoduje v následujících bodech. Jedná se o psychický stav charakterizovaný celkovou únavou a vyčerpáním, pocitem lhostejnosti, nedostatkem důvěry a snížením pracovní výkonnosti. Vyskytuje se především u pomáhajících profesí, tedy tam, kde je práce s lidmi podstatou pracovní náplně. Jako hlavní příčina je uváděn dlouhodobý stres.

V literatuře se setkáváme také s anglickým názvem „burn out“. Základem je sloveso „to burn“, které znamená „hořet“ a překládá se také jako „dohořet“, „vyhořet“, nebo „vyhasnout“. V přeneseném významu ho můžeme chápat jako „být pro něco zapálený“. Maaron (2012, s. 15) uvádí, že tento pojem zavedl psychoanalytik Herbert Freudenberger (1974) v době, kdy pracoval v rehabilitačních centrech pro drogově závislé a popisoval u lidí, kteří pracovali v pomáhajících oborech, jejich emocionální, fyzické a intelektuální vyčerpání způsobné neustálou mentální zátěží. Freudenberger předpokládal, že vyhoření se vyskytuje pouze u těch, kdo poskytují pomoc v první linii, neboť jim věnoval pozornost – u pomáhajících, kteří se v klinické oblasti střetávali s obzvláště těžkými pacienty. Později se na základě nových poznatků a zkušeností vyhoření nově definovalo a tento pojem se rozšířil a začal používat pro všechny pomáhající profese.

„Syndrom vyhoření (burn – out syndrome) – ztráta profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí. Nejčastěji spojeno se ztrátou

činnorodosti 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“ (Hartl a Hartlová, 2000, s. 586).

„Vypálení, vyhoření, syndrom vypálení (burn – out syndrome). Soubor příznaků vyskytující se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompensované zátěže, která přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí“ (Matoušek, 2003, s. 263).

Stres se právem uvádí jako jedna z příčin syndromu vyhoření. Jaké fyziologické reakce probíhají v našem organismu v takových situacích, bude předmětem následující kapitoly.

1.1 Příčinné souvislosti stresu a syndromu vyhoření

Slovo stres se skloňuje snad ve všech pádech a právem se zmiňuje jako příčina mnoha civilizačních nemocí a psychických problémů. Není to žádný nový jev, stres je všudypřítomný, vždy tu byl. Jen jeho míra roste a naše schopnost těžkostem odolávat, zaujmout zdravý postoj, klesá.

Pokud se vrátím k definici stresu jako přirozené odpovědi organismu na každý podnět, je třeba této formulaci ještě trochu více porozumět. Subjektivně v takové situaci prožíváme pocit nebezpečí a z fyziologického hlediska dochází k podráždění a aktivizaci sympatiku, tedy jedné části vegetativního nervového systému. Dr. Horton (2012) uvádí, že ze dřeně nadledvin se uvolňuje adrenalin a z jejich kůry kortizol, významné stresové hormony, díky kterým jsme schopni mobilizovat organismus včetně rezerv k jeho zvýšenému výkonu. V důsledku aktivizace hormonálního systému se zvýší srdeční tep. To vše se děje pro vytvoření podmínek k tomu, aby jedinec mohl stresový podnět řešit útekem nebo bojem. Další naší přirozenou reakcí je strnutí, kdy probíhají přesně opačné procesy – srdeční tep a tlak krve se sníží, tělo zůstává bez pohybu. Je to stereotypní obrana našeho organismu, která nám v době, kdy naši předkové byli lovci, pomáhala zachránit život. Stejná reakce organismu se však u současného člověka spouští i při psychické zátěži, která není skutečným ohrožením života. Pokud nejsme schopni takový psychický tlak zvládnout,

přecházíme do stadia distresu. Obranná funkce, která nám původně pomáhala zachránit život, nám začíná škodit. Při přetrvávajícím stresu tak nadměrnou aktivací sympatického nervového systému čerpáme ze svých rezerv a tělo se vyčerpává.

H. Seley (2016, s. 107) ve třicátých letech 20. století popsal vývoj stresu ve třech fázích a formuloval tzv. obecný adaptační syndrom.

- 1) Poplachová reakce, tj. rychlá mobilizace sil pro odvrácení, ohrožení, aktivuje se autonomní nervový systém.
- 2) Rezistence, odpor, odolnost – pro tuto fázi je příznačná dlouhotrvající aktivace adaptace, organismus se vyrovnává s přetrvávajícím ohrožením všemi prostředky, pokud je to možné, přizpůsobuje se stresu.
- 3) Exhaustce, vyčerpání – když organismus není schopen účinně reagovat, stres trvá a byla vyčerpána všechna energie adaptace; organismus je vyčerpán často natolik, že umírá, v lepším případě dochází k patologickým změnám, organismus bývá nezvratně poškozen.

Většina dostupných zdrojů uvádí dlouhodobý stres a s ním související chronické stavy vyčerpání jako jednu z příčin syndromu vyhoření. Stres a vyhoření jsou tedy často vnímány jako příčina a důsledek. Stresující mohou být i samotné myšlenkové postoje, které jsou společně se zanedbávanou psychohygienou a náročnými pracovními podmínkami uváděny jako další významné rizikové faktory vzniku syndromu vyhoření.

1.2 Teoretická východiska a rizikové faktory syndromu vyhoření

Z více jak 30letého výzkumu syndromu vyhoření vyplývají dvě hlavní jeho východiska. Sociální psychologie nahlíží na syndrom vyhoření jako na zvláštní formu stresu vyplývající ze sociálních vztahů mezi poskytovateli pečovatelské služby a jejími příjemci. Maslachová (1982) označuje tyto profese jako povolání spojená se silnou citovou zátěží. Ptáček, Raboch a Kebza zastávají představu, že hlavním kritériem činnosti, která může vést k syndromu vyhoření, je především práce s lidmi. *„Chronicky stresující pracovní prostředí souvisí s tímto jevem více než osobnostní rysy jedince nebo demografické faktory. Rovněž nebyl prokázán genetický základ syndromu vyhoření“* (Ptáček aj., 2013, s. 27).

Někteří lidé jsou schopni a často ochotni pracovat v náročných pracovních podmínkách s vysokou stresovou zátěží. Z tohoto pohledu vychází pohled klinické psychologie, která hodnotí tento jev na pozadí osobnostních rysů v životě jednotlivců. Předpokládá, že pocity selhání a stresu jsou subjektivní, které mohou, avšak nemusí, vést jedince až k vyhoření. Jako příčina stresu se často označuje přetížení v práci, nedostatek času, nebo také přemíra hluku. V závislosti na povaze a osobnostním nastavení můžeme na takové podněty přirozeně reagovat zrychlením a impulsivitou (odpovídající reakci útěk nebo boj). Citliví lidé vnitřní tlak potlačují, málokdy ventilují a namíří ho tak proti sobě (reakce strnutí). Mohou tak více inklinovat k vyčerpání organismu a depresím. Vyhoření se vnímá jako vnitřní duševní reakci na stav vyčerpání.

Rizikové faktory lze podle názorů některých autorů rozdělit obecně do tří kategorií. Jedná se o faktory, které jsou součástí osobnostního nastavení člověka, dále pak činitele spadající do pracovní sféry a v neposlední řadě do sféry mimopracovního života (Maaron, 2012; Raboch a Kebza, 2003).

1) Osobnostní nastavení člověka

Více jsou ohroženi lidé s tzv. osobností typu A. „*Tuto hypertenzní a infarktogenní osobnost popsali už v 50. letech 20. století američtí kardiologové M. Friedman a R. Rosenman. Tito lidé jsou obvykle přehnaně zodpovědní, jsou velmi ctižádostiví a bývají často přepracovaní. Potlačují v sobě zlost, trápí je neustálý vnitřní neklid a napětí. Usilují o vyšší životní úroveň a touží po úspěchu*“ (Pešek a Praško, 2016, s. 30). Autoři na úrovni osobnostních rysů dále zmiňují jako rizikové faktory stresující myšlenkové postoje, vysokou míru empatie, nízké sebevědomí, nízkou míru sebereflexe, neschopnost relaxace, nebo nadměrnou potřebu zalíbit se druhým. Freudenberger a Richelson (1980) popisují nerealistické požadavky, které si na sebe klade člověk sám, nebo se snaží dostat hodnotám společnosti.

2) Pracovní sféra

Vztahem mezi pracovníky s ohroženou osobností a organizacemi, které je zaměstnávají, se zabýval také Freudenberg. Za příčiny stresu na pracovišti považuje:

- těžké tělesné podmínky,

- excesivní objektivní nebo subjektivní zátěž na pracovišti,
- mezilidské vztahy na pracovišti, chování sociálního pracovníka vůči kolegům a nadřízeným,
- organizační struktury a klima na pracovišti,
- vyhlídky na budoucí kariéru, tzn. vliv nevhodné politiky u služebních postupů (povyšování), strach z nezaměstnanosti.

Cherniss (1980) vnímá vyhoření jako výsledek nedorozumění mezi tím, co pomáhající pro situaci udělá, a tím, jak vnímá situaci a čeho se mu dostane zpátky. Jinak řečeno, jestli podpora ze strany instituce je dostačující. Pracovník sám sebe vnímá jako velmi angažovaného a pracovní prostředí plné byrokratických překážek. V takové situaci, se může stáhnout do pasivní role a v dalších kontaktech s klienty se chovat distancovaně až apaticky.

Nedostatečnou společenskou prestiž povolání, nadměrné množství práce a nedostatečnou finanční odměnu uvádí mimo jiné Pešek a Praško (2016) jako rizikové faktory pracoviště podporujícího vznik syndromu vyhoření. Nezapomínají na absenci kvalitní supervize a dalšího vzdělávání.

Většina zdrojů se shoduje, že základní charakteristikou syndromu vyhoření je vazba na zaměstnání. Pokud pátráme po příčinách vzniku tohoto jevu, je namístě také zamyšlení, do jaké míry jsou vyhořelí ochotni přiznat a přijmout svůj podíl na svém stavu.

Ptáček, Raboch a Kebza (2013) se domnívají, že jednou z příčin mohou být také chybějící předpoklady pro práci v pomáhajících profesích, v práci s lidmi dlouhodobě nemocnými, nebo umírajícími.

Podle Pinesové a Yafeové (2006) může ve výběru povolání hrát roli také nevědomá složka, která odráží osobní a rodinnou minulost. Pracovníci v pomáhajících profesích si tak mohou volit zaměstnání, které jim dovolí reprodukovat významné zážitky z předchozího života a uspokojit potřeby, které nebyly v dětství uspokojeny.

3) Mimopracovní život

Pracovníkům často přináší práce pocit vnitřního naplnění a pro péči o druhé dlouhodobě zanedbávají sami sebe. Výstižná jsou slova M. Priess. „*Stres nejčastěji*

přichází ve vztazích k druhým, ale především k sobě. Naslouchat sám sobě a vlastním emocím, rozumět sám sobě – to nazývám schopností vnitřního dialogu. Ten, kde se sebou přestal vést dialog, kdo postrádá možnost sebevyjádření, ztrácí pevnou půdu pod nohama a svou ochranu“ (Priess, 2015, s. 65).

O vysokých ambicích a ideálech v profesním životě hovoří Ptáček, Raboch a Kebza (2013). Podle nich je vysoké riziko vyhoření u lidí, kteří zapomínají na svůj osobní život. Okolí je pak začíná upozorňovat na změny, které u nich vnímají. Často jedinou reakcí zůstává stranění se společnosti a pokračování v tvrdé práci. Špatný spánek řeší prášky na spaní, pro uvolnění sahají po sklence alkoholu.

Nejen zátěž ze stresových situací, ale i osobnostní nastavení člověka, pracovní podmínky a prevence v péči o duševní a psychické zdraví jsou důležitými faktory, které mohou ovlivnit ztrátu profesionálního zájmu a přivodit postupné fyzické i psychické vyčerpání. Případné varovné signály v oblasti fyzické, psychické, ale i duševní, dále pak fáze vývoje syndromu vyhoření, budou předmětem následující kapitoly.

1.3 Projevy a stadia syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nepřichází náhle, ze dne na den. Probíhá individuálně a je výsledkem postupného procesu. Projevy syndromu vyhoření jsou klasifikovány Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN-10). Syndrom vyhoření není uváděn jako samostatná diagnostická jednotka, nicméně tato kategorie je uvedena mezi faktory ovlivňujícími zdravotní stav. Jedná se o kategorii Z 73.0 – „vyhasnutí (vyhoření), které je definováno jako „stav životního vyčerpání“.

Pracovní úsilí, na jehož konci stojí vyhoření, je postupně spojeno s poklesem chuti podat výkon, se zážitky zbytečnosti a beznaděje, s postupnou ztrátou osobních sil, s růstem pocitu bezmoci nadále ovlivňovat pracovní věci kolem sebe a s pocitem nekompetentnosti ovlivňovat vnější realitu.

Tvoří jej řada příznaků, které se projevují na úrovni myšlenek, pocitů a také chování, mohou se projevit také v rovině těla. Za emocionální příznaky se označují pocity bezmoci, beznaděje, častý pláč, deprese, a v těžkých případech dokonce myšlenky na sebevraždu. Změna v chování se dá pozorovat v přístupu k práci a ve způsobu reagování. Projevuje se negativní postoj vůči sobě i svým výkonům. Ve vztahu ke klientovi se

projevuje odosobněním, pracovník se chová nepřiměřeně. „*Pracovník nemá dost soucitu s klienty a má tendenci jednat s nimi bez jakékoli náklonnosti a s nápadnou distancovaností. Vyhořelý pomáhající má sklony k vyhýbání se, lhostejnosti, negativismu, fatalismu, jeho motivace klesá, nemá tížádnost ani soucit, chová se neklidně a zlostně vůči kolegům i klientům a za své chyby viní klienty, kolegy či zkožnatělý systém. Pracovník trpící vyhořením působí chladně, přísně a rigidně, ztrácí tvořivost*“ (Maaron, 2012, s. 20). V rovině těla může pracovník vnímat opakované bolesti hlavy, bolest žaludku, ztuhnutí svalů, slabost a vyčerpání, zvýšenou náchylnost k infekcím a problémy s usínáním nebo nespavostí.

Pinesová a kol. (1981) došli ve svých výzkumech k poznání, že i přes individuální rozdíly v intenzitě a hojnosti výskytu se syndrom vyhoření vyznačuje těmito faktory:

- ***fyzické vyčerpání*** je definováno nedostatkem energie, chronickou únavou a celkovou slabostí. Často přichází také změny ve stravovacích návycích, s tím spojená změna tělesné váhy a jiné psychosomatické potíže jako bolesti hlavy, zad a nevolnost,
- ***emocionální vyčerpání*** je charakterizováno pocity beznaděje, prázdnoty a je také spojeno s depresí i možným nebezpečím sebevraždy,
- ***mentální vyčerpání*** souvisí s nízkým sebehodnocením, negativním postojem člověka k sobě samému, k práci a ke světu (životu) vůbec. Fáze tzv. dehumanizace, klienty nevidí s jejich citlivostí. Nechce pomáhat, mívá pocit, že si zaslouží, aby takhle žili.

Stejně jako příčiny je i průběh vývoje syndromu vyhoření individuální. Stadia a projevy jeho vývoje v jednotlivých fázích uvádí s malými obměnami všechny zmiňované zdroje následovně:

- 1) ***Idealistické nadšení*** - pracovník je nadšený, idealizuje si své schopnosti, touží se prosadit a tvrdě pracuje. Má nerealistické představy o práci, pracovním prostředí i klientech. Často si myslí, že každého klienta chápe a musí pomáhat co nejvíce. Největším nebezpečím tohoto stádia je identifikace s klienty a neefektivní vydávání energie, které se často pojí s dobrovolným přepracováním.

- 2) **Stagnace** - původní ideály jsou konfrontovány s realitou, přichází vystřízlivění. Typické myšlenky jsou: Proč bych se měl honit? Beztak to nějak dopadne. Pracovník hledí na uspokojení svých potřeb a přesné dodržování pracovní doby. Vyhýbá se obtížnější práci a náročným klientům. Hledí na svou pohodu v zaměstnání.
- 3) **Frustrace** - pracovník zažívá pocit, že neumí klientovi pomoci. Domnívá se, že si klienti vymýšlejí a zneužívají jeho dobroty. Hledá smysl své práce. Objevují se emocionální a tělesné problémy.
- 4) **Apatie** – neboli pocit lhostejnosti, je přirozenou reakcí na výše popsanou fázi frustrace. Uvědomuje si zároveň, že práci potřebuje z existenčních důvodů. Dělá jen to, co je nutné, bojí se nových úkolů.
- 5) **Intervence** – jakékoli řešení, které vede k přerušení koloběhu zklamání. Může to být odchod ze zaměstnání, změna pracoviště nebo delší dovolená. Řešením je také přehodnotit své postoje a životní styl, začít jinak s více realistickými očekáváními.

Specifické zdroje stresu a rizikové faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření u profese sociálního pracovníka a psychoterapeuta budou předmětem úvah následujících dvou kapitol.

2. Profese sociálního pracovníka

Kořeny sociální práce sahají až ke kořenům samotného lidského bytí a soužití. Už starověké civilizace znaly péči o chudé a nemocné. Vzájemná pomoc byla vysoce hodnocena a byla nahlížena jako prostředek k zachování společenství. Zpočátku byla sociální pomoc poskytována převážně rodinou, sousedy a později prostřednictvím církevní charity. Postupně dochází k nárůstu chudoby a tak se péče o chudé přesunuje z církve na šlechtu a obce. Od 19. století přestávají s nástupem modernizace a industrializace tyto podpůrné mechanismy stačit. Sociální problémy se dotýkají všech lidí, nejen starých a nemocných, ale i dětí, sociálně slabých a nezaměstnaných a do rozvoje sociální práce se vedle dobrovolnických organizací zapojuje stát. Ve 20. století se z charitativní práce stává samostatná vědní disciplína s vlastní metodikou a formální výukou. Pomoc byla doposud poskytována na základě žádosti potřebného, které bylo zpravidla vyhověno. Společnost si postupně začala uvědomovat, že jednorázová intervence problém řeší jen dočasně a neodstraňuje příčiny chudoby. Nastala tak potřeba bližšího seznámení se s jedincem, porozumět situaci a pomoci mu účinněji. Tento přístup vnímám osobně jako jeden z důležitých cílů dnešní sociální práce.

K metodám sociální práce i předpokladům sociálního pracovníka se budu věnovat v následujících kapitolách. Nejdříve bych ráda věnovala pozornost samotnému pojmu sociální práce.

V psychologickém slovníku manželů Hartlových (2004, s. 548) je uvedeno, že sociální znamená týkající se společenských vztahů, to, co je společné všem lidem, určitému společenství, též co se odtud vztahuje k jedinci, tedy i sociální práce. Mezinárodní federace sociálních pracovníků definuje v roce 1988 sociální práci jako činnost, která předchází, zmírňuje nebo upravuje problémy jedinců, skupin nebo komunit, které vznikají z konfliktů potřeb jedinců a společenských institucí. Cílem je zlepšení kvality života lidí, sociálních skupin a tedy i celé společnosti.

S ostatními disciplínami orientovanými na řešení lidských problémů sdílí sociální práce některé poznatky a postupy. To, co ji odlišuje, spočívá v důrazu na sociální fungování klienta, který musí zvládat nároky prostředí, ve kterém žije. Matoušek (2003) definuje sociální práci jako společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce

se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života.

Navrátil (2001) cituje definici Hanveye a Philpota (1996), která tvrdí, že sociální práce je prostě to, co dělají sociální pracovníci a často také to, co jiní – zdravotní sestry, lékaři, policie atd. nedělají.

Podle Matouška se profese sociální práce uskutečňuje ve vztahu sociálního pracovníka a klienta, jako proces a nikoli série oddělených událostí. Sociální pracovník podporuje klienta na cestě k odhalení příčin problémů, až ke vzniku schopnosti problém aktivně řešit. Sociální práce zahrnuje následující pomoc:

„Krátkodobá pomoc – např. vyřizování žádostí, finanční výpomoc. Z takto prováděné sociální práce vyplývá zpravidla taková role klienta a sociálního pracovníka, v níž je jejich vztah formalizovaný podle pravidel.

Dlouhodobější pomoc – transformace a nové formování, kde je nezbytné, aby vztah sociálního pracovníka a klienta byl vztahem dvou spřízněných lidských bytostí. Pro sociálního pracovníka z toho plyne, že pokud má mít takováto sociální práce smysl, musí se změnit i jejich vzájemný vztah“ (Matoušek, 2003, s. 35).

Sociální práci rozlišujeme podle charakteru činností na **sociální práci preventivní nebo kurativní**.

Podle Striežence je možné rozlišit následující základní druhy sociální práce:

- individuální sociální práce,
- skupinová sociální práce,
- sociální práce komunitní,
- sociální práce kurativní,
- sociální práce penitenciární a postpenitenciární,
- sociální práce podniková,

- preventivní sociální práce,
- rehabilitační sociální práce,
- resocializační sociální práce.

Předmětem sociální práce je také zlepšování kvality života a rozvíjení plného potenciálu každého jednotlivce, skupin a společenství. Sociální pracovník působí významně na druhé často v jejich tíživých životních situacích, a proto jsou jeho osobnostní předpoklady i kompetence v takové roli klíčové.

2.1 Osobnost sociálního pracovníka

Z výše uvedených definic sociální práce vyplývá, že jejím předmětem je profesionálně pomáhat, podporovat a pečovat o člověka. Stejně jako u ostatních pomáhajících profesí i u sociálních pracovníků se předpokládá dobrá fyzická i psychická zdatnost, emoční i sociální inteligence, spolehlivost, diskrétnost a důvěryhodnost. Pro práci s cílovými skupinami na všech úrovních, tedy s různými typy klientů, kolegů a s veřejností, by měl sociální pracovník disponovat také dobrými komunikačními dovednostmi, jako je účastné naslouchání, schopnost empatie, dále by pak měl umět přizpůsobovat svůj jazyk klientovi a citlivě reagovat na stáří, věk, původ, eventuálně postižení klienta. Důležité je také, aby jeho neverbální projev byl v souladu s tím, co říká.

Aby sociální pracovník mohl kvalitně naplňovat požadavky kladené na výkon svého povolání, je nutné, aby byl vybaven některými vlastnostmi a schopnostmi:

- vztah k lidem,
- prosociální chování,
- emoční inteligence,
- životní optimismus,
- přirozená autorita,
- vlastní životní zkušenosti,
- respekt,
- flexibilita,
- odborné vzdělání a všeobecný přehled,
- přitažlivost,
- důvěryhodnost,

- dodržování etického kodexu,
- vlastnosti zralé osobnosti.

Ve své práci je sociální pracovník v každodenním osobním kontaktu s lidmi, kteří jsou často v tíživé životní situaci, psychické nerovnováze, nejsou motivováni pro změnu a jejich očekávání jsou nepřiměřená. Často pomáhá klientovi už jen osobním setkáním, ochotou naslouchat, která vyžaduje osobnostní, ale především emoční angažovanost. Schopnost rozumět signálům, které klient vysílá, vcítění se do jeho uvažování a pocitů, a následně schopnost vyjádřit a popsat klientovo počínání, hraje důležitou roli nejen v navázání osobního kontaktu, ale i v hledání konstruktivního řešení problémů. Matoušek (2003) hovoří v této souvislosti o schopnosti hlubší úrovně empatie, kdy pracovník je schopen chápat zážitky klienta, přestože on je sám nechápe. Empatii popisuje jako umění jedince zacházet s emocemi, vcítovat se do situace druhé osoby, emocionálně se ztotožňovat s cítěním, schopnost číst i neslovní projevy druhého, chápat, o co usiluje, čemu se chce vyhnout a co skrývá.

Způsobilostí k výkonu profese, tedy kompetencemi sociálního pracovníka, se u nás zabývala Z. Havrdová (1999). Soustava základních kompetencí zahrnuje následující schopností a dovedností:

- rozvíjet účinnou komunikaci,
- orientovat se a plánovat postup,
- podporovat a pomáhat k soběstačnosti,
- zasahovat a poskytovat služby,
- přispívat k práci organizace,
- odborně růst.

Matoušek (2003) klade vedle komunikačních dovedností důraz také na emoční a sociální inteligenci, dále pak na fyzickou kondici. Přitažlivý a důvěryhodný může pracovník být nejen pro svůj fyzický vzhled, upravenost, oblékání a vystupování, ale především pro odbornost a přístup, jak s klienty jedná. Čestnost, diskrétnost a spolehlivost přispívají k důvěryhodnosti pracovníka. Zdůrazňuje také potřebu průběžného vzdělávání a seznamování se s novými teoriemi a praktickými technikami.

Sociální pracovníci vykonávají při své profesionální činnosti řadu rolí, které se často během jednoho sezení nebo v průběhu spolupráce prolínají a proměňují. V roli pečovatele se zajímají o sociální zázemí, jako poradci nebo terapeuti pomáhají klientům získat náhled na jejich postoje, pocity, způsoby jednání. Využívají znalosti z filozofie, sociologie, psychologie, sociální práce, sociální politiky a ekonomie. Potřebné vzdělání a příslušná kvalifikace je vymezena zákonem o sociálních službách 108/2006 Sb. a dodatečnou vyhláškou 505/2006 Sb.

Umět se orientovat v širokém spektru problémů klientů vyžaduje vedle osobnostních předpokladů také odborné vzdělání a dovednost zvolit v dané situaci správný postup. V následující kapitole se budu věnovat postupům, které se uplatňují v sociální práci.

2.2 Metody práce sociálního pracovníka

Metoda znamená postup nebo návod, může se také vykládat jako technika, nebo cesta vedoucí k cíli. Metody práce sociálního pracovníka chápu jako postupy, jak pracovat s konkrétním klientem, jak řešit sociální problém na úrovni jednotlivce, skupiny, rodiny, komunity, případně veřejnosti.

Matoušek (2003) ve Slovníku sociální práce uvádí, že cílem sociální práce může být úřední výkon, poskytnutí materiální pomoci, poskytnutí poradenství, vytvoření plánu postupu, poskytnutí poradenství nebo poskytnutí komplexní pomoci, výzkum, formulace politiky aj. Tyto postupy jsou vázané:

- na cílový subjekt (práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou, komunitou atd.),
- na jeho aktuální situaci (sociální znevýhodnění na začátku života, předvídatelné a nepředvídatelné sociální události),
- na relevantní vztahový kontext (vrstevnická skupina, rodina organizace),
- někdy i na systémové vazby (regionální, národní či nadnárodní sociální politika).

Ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí č. 332/2013 Sb. o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka nalezneme následující přehled metod práce s klientem:

Metody přímé práce s klientem

Fáze vyhledávání

- depistáž - vyhledávání jedinců či skupin ohrožených sociálním vyloučením nebo jinou sociální událostí.

Fáze posouzení životní situace

- jednání o poskytnutí služby sociální práce,
- zjišťování poznatků o životní situaci,
- posouzení potřeby intervence,
- předběžná formulace plánu intervence,
- sociální šetření - posouzení životní situace klienta.

1. Metody zaměřené na plánování

- individuální plánování s jedincem, skupinou nebo komunitou,
- evaluace - průběžné nebo závěrečné vyhodnocování.

2. Metody zaměřené na změnu klienta

- motivační rozhovor,
- podpora kompetencí,
- nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních dovedností a schopností klienta,
- základní sociální poradenství,
- odborné sociální poradenství,
- krizová intervence,
- doprovázení klienta včetně navázání kontaktu s poskytovatelem další pomoci, nebo asistence při jednání s organizacemi,
- dohled nad klientem,
- sociální práce s komunitou,
- evaluace.

3. Metody nepřímé práce s klientem

- rozhodnutí ve věci nároků na dávky, služby či jiných úkonů,
- dokumentace práce,
- vypracování podkladové zprávy pro další instituce,

- plánování a organizace aktivit.
4. Metody zaměřené na změnu sociálního prostředí klienta
 - podněcování změn v interakcích mezi klienty a subjekty v jejich sociálním prostředí,
 - podněcování změn subjektů v sociálním prostředí klienta,
 - situační intervence – zklidnění vyhozeného konfliktu v prostředí klienta,
 - navázání kontaktu s poskytovatelem další pomoci.
 5. Metody komunitního plánování
 - sociální výzkum,
 - sociální plánování.
 6. Metody spolupráce s dalšími organizacemi
 - zprostředkování další pomoci nebo služeb,
 - asistence při jednání s organizacemi,
 - zastupování práv klienta ,
 - spolupráce s relevantními službami nebo dalšími odborníky,
 - management aktivit subjektů při zvládnání určitého sociálního problému.
 7. Jiné metody
 - výkon rozhodnutí dle nařízení soudu.
 8. Metody preventivní práce
 - propagace dostupných služeb mezi cílovou skupinou.

Metody práce se dělí v sociální práci také podle zaměření na práci s jednotlivcem, skupinou, rodinou a komunitou.

Metodou s nejdelší tradicí v *práci s jednotlivcem* je tzv. případová práce. Havrdová (1995) popisuje jednotlivé fáze případové práce, které se prolínají. Je to sociální studie, vyšetření, intervence a ukončení.

V úvodní fázi setkání je důležité, aby sociální pracovník přistupoval ke klientovi s respektem k jeho osobě, problémům, ale i situaci, vyjadřoval zájem a psychickou podporu. Takový přístup je důležitý nejen pro vytvoření atmosféry důvěry a uvolnění, ale také pro získání motivace ke spolupráci.

Shromáždění potřebných informací probíhá nejčastěji formou řízeného rozhovoru. Dále se také používá dotazníkové šetření, nepřímé projektivní metody, standardizované testy, nebo pozorování v přirozeném prostředí. Pracovník následně navrhuje možná řešení, poskytuje rady, nebo intervenci v konfliktu, odkazuje na adekvátní zdroje, nebo případně doporučí jiné služby. Klient může přicházet s několika problémy najednou nebo s takovými, které vyžadují přístup jiných specialistů nebo zařízení. V takové situaci je dobré společně prozkoumat situaci, určit potřeby klienta, sestavit pořadí podle tíživosti a případně odkázat, respektive zprostředkovat kontakt na jiné pracoviště. Počáteční fázi vztahu klient – sociální pracovník je vhodné uzavřít písemným vstupním záznamem, například vyplněním dotazníku, a také dohodou s vymezením předmětu spolupráce, formulací vzájemných povinností a práv, cíli a časovým plánem setkávání. Taková formální nebo neformální dohoda může být pro sociálního pracovníka oporou ve chvílích nereálných požadavků ze strany klienta.

Jako často používané strategie a postupy sociální intervence, uvádí Řezníček (1994) vedle plánování setkání, poskytování informací a rad, také povzbuzování a vyjadřování důvěry ve schopnost klienta, nácvik chování, výměnu rolí pro lepší pochopení osob v konfliktním vztahu a u dětí také podmiňování odměnou nebo trestem.

Zásadní součástí *práce se skupinou* jsou skupinové aktivity. Dynamika takových setkání přináší děje, které individuální práce s klientem nemůže poskytnout. Sociální pracovníci se podílejí na skupinách podpůrných, vzdělávacích, zaměřených na dosažení sociálního cíle, terapeutických nebo pracovních. Cíle si formuluje sama skupina podle svého zaměření a složení. Zvláštní postavení mají tzv. svépomocné skupiny, které si klienti vytvářejí sami. Jsou založené na vzájemné pomoci a podpoře lidí, které spojuje zkušenost se stejným problémem.

Matoušek (2003) jako další metodu sociální práce uvádí streetwork, tedy mobilní terénní sociální práci, která zahrnuje sociální pomoc uživatelům drog a osobám žijícím rizikovým způsobem života v jejich přirozeném prostředí.

Sociální služby poskytované *rodinám* se rozlišují podle prostředí na poskytované v domově rodiny, v instituci specializované na práci s rodinou nebo komunitním centru. Upřednostňovány jsou služby poskytované v domácím prostředí před službami v institucích. Metody práce s rodinou mohou být ve formě krizových služeb, odborně

vedené krátkodobé i dlouhodobé rodinné terapie, poradenství, vzdělávacích programů nebo svépomocných skupin.

Hartl (1997) **komunitu** vysvětluje jako místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě. Komunitní práce je metoda směřující k vyvolání a podporování změny v rámci společenství lidí, mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby. Tyto osoby sdílí podobné myšlenky a ideje, někdy žijí dočasně ve společném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity. Nejčastěji se v praxi setkáváme s občanskou, spirituální, nebo terapeutickou komunitou.

Jako nové metody sociální práce uvádí Matoušek (2003) krizovou intervenci, mediaci, poradenství a terapii.

Zvláště náročné jsou pro sociálního pracovníka služby **krizové intervence**. Vyžadují rychlé a kvalitní hodnocení situace a kompetence poskytovat takovou pomoc. Pracovník musí případně umět spolupracovat s jinými institucemi, včetně policie a soudu. Při této formě práce je nutná průběžná supervize a možnost konzultací se specialisty z jiných oborů.

Mediace je metoda, která pomáhá řešit překážky v komunikaci a spory. Využívá se nejčastěji v oblasti mimosoudního vyjednávání. Sociální pracovník v roli mediátora podporuje klienty v hledání společné smírné cesty a ve vytvoření vzájemně přijatelné dohody.

Další odbornou a specializovanou metodou zaměřenou na pomoc lidem v tíživých životních situacích je **sociální poradenství**. Cílem je poskytovat informace vyplývající ze systému sociální ochrany občana jako pojištění, podpora a pomoc. Řeší dále také otázky hmotné nebo sociální nouze. Její součástí je také terapeutická činnost a to v oblasti rodiny, manželských nebo partnerských vztahů, důsledků zdravotního postižení, drogových a jiných závislostí.

Terapeutickému přístupu a postupům se budu věnovat podrobněji v kapitole o psychoterapii.

V jednání s klienty sociální pracovník užívá doporučených metod práce a postupuje také v souladu s konkrétními pravidly dané organizace. Obecné zásady a pravidla etického chování v sociální práci jsou stanoveny v etickém kodexu sociálních pracovníků.

2.3 Etický kodex v sociální práci

Součástí profese sociální práce jsou často situace, kdy pracovník stojí před dvěma nebo více možnostmi, které představují konflikt morálních principů. V takových situacích, kdy není jasné, jaké rozhodnutí bude přijatelnější, pomáhá pracovníkům tzv. etický kodex. Je to dokument, který upravuje obecná i konkrétní pravidla práce a jednání členů v jednotlivých organizacích. Chrání tak především klienty před zneužitím úřední moci a zanedbání péče.

V České republice vznikla Společnost sociálních pracovníků v roce 1990. O pět let později vydala svůj první etický kodex. V roce 2006 ho upravila tak, aby odpovídal zásadám Mezinárodního etického kodexu. První část je věnována etickým zásadám a druhá část pravidlům etického chování.

1) Etické zásady

Etický kodex sociálních pracovníků ČR vyjadřuje respekt ke klientům a jejich sebeurčení především tím, že staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka, potřebě seberealizace klienta, vedení klienta k vlastní odpovědnosti a hledání možností, jak klienta zapojit do řešení problému.

Mezi dalšími etickými zásadami je uvedena pomoc, která je uskutečňována znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při řešení konfliktů jednotlivců se společností, kdy profesionální odpovědnost stojí vždy před soukromými zájmy.

Pravidlo podpory sociální spravedlnosti je vymezeno respektováním jedinečnosti klienta bez ohledu na jeho charakteristiky i na to, jak přispívá k blahu společnosti. Dále pak také v druhé části ve vztahu ke společnosti a to tím, že se zasazuje o zvyšování sociální spravedlnosti, upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a zajištění přístupu k těmto zdrojům.

2) Pravidla etického chování sociálního pracovníka

V první části druhé kapitoly etický kodex vymezuje pravidla chování ve vztahu ke klientovi. Jako klíčové hodnoty jsou zmiňovány důstojnost, respekt, právo na soukromí, nárok na služby a ze zákona vyplývající dávky. Dále pojednávají o zapojení klienta do procesu řešení problému a převzetí odpovědnosti za sebe samé. Druhá část je věnována vztahu sociálního pracovníka a zaměstnavatele. Pracovník plní závazky vyplývající z pracovní smlouvy. Snaží se také ovlivňovat pracovní postupy a sociální politiku. Profesionální integrita je tématem třetí části, a to ve vztahu ke kolegům. Sociální pracovník respektuje znalosti kolegů i rozdíly v názorech, které vyjadřuje vhodným způsobem. Podporuje spolupráci napříč profesí. Čtvrtá část pojednává o pravidlech ve vztahu k povolání a odbornosti. Jedná se o závazek udržovat a zvyšovat svou odbornou úroveň, usilovat o osobní růst, spolupracovat s kolegy, a tak zvyšovat kvalitu služeb. Poslední část druhé kapitoly je věnována vztahu ke společnosti. Pracovník se zasazuje o zlepšení sociálních podmínek a spravedlnosti a upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů. Působí také na zlepšení kvality života lidí a to s ohledem ke znevýhodněným a postiženým jedincům.

V následující kapitole se ze stejného pohledu nahlédnu také na profesi psychoterapeuta, metody práce i etický kodex v psychoterapii.

3. Profese psychoterapeuta

Od samého počátku naší kultury se lidé zabývali otázkami hledání smyslu světa, samotného lidského bytí a možností proměny člověka. Jako příklad takového psychoterapeutického myšlení je zmiňováno učení filozofa Sókrata (přibližně 5. století př. n. l.), který kladl důraz na starost o duši prostřednictvím dialogu a nevyhnutelnost celostního léčení člověka. Kořeny psychoterapie můžeme pozorovat nejen ve filozofii, ale i křesťanství, a to například na principu odpuštění. Předchůdci dnešních psychoterapeutů byli ve starobylých kulturách šamani, kteří léčili jednotlivce magicky. Později bylo úzké spojení také mezi sociální pomocí a náboženstvím, kdy kněz vytvářel iluzorní, nadnesené obrazy o společenských souvislostech. V nemoci se lidé se svými problémy obraceli s důvěrou také na lékaře.

Psychoterapie jako samostatná vědní disciplína je poměrně mladá. Počátky jsou vázány na 20. století a jsou spojovány s francouzským filozofem, psychologem a lékařem Pierrem Janetem a zakladatelem psychoanalýzy Sigmundem Freudem. Psychoterapie byla zpočátku úzce svázána s lékařskou praxí. Později se s rozvojem psychologie začala rozvíjet samostatně a v současné době je jednou z profesí zabývající se člověkem a jeho zdravím. Uplatnění nalézá napříč ostatními pomáhajícími profesemi jako psychologie, speciální pedagogika, nebo oblast sociální práce. Rozdíl odlišující psychoterapii od jiných činností spatřuje Vymětal (2004) v záměrném a plánovitém působení psychologickými prostředky na nemoc, poruchu nebo anomálii. Je to působení, kdy dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta s cílem odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti i odstranit jejich příčiny.

Samotný výraz psychoterapie je řeckého původu a je složen ze dvou slov „psýché“ a „therapón“. Psýché znamená duše a therapón služebník, nebo průvodce. V dnešním přeneseném významu chápeme terapií léčbu, kterou napomáháme uzdravení.

Kratochvíl (1970), Matoušek (2003) i manželé Hartlovi (2000) psychoterapii vysvětlují jako léčení duševních chorob psychologickými prostředky, tj. slovem, gestem, mimikou, mlčením, případně úpravou prostředí. Speciálně vyškolený terapeut působí na klienta v terapeutickém vztahu, v jejichž důsledku pak klient získává náhled na své postoje, chování a případně mění postupně i své prostředí. Pokud terapeut pracuje s jednotlivcem, jedná se o individuální psychoterapii, působí-li na více klientů, jedná se o

kolektivní hromadnou, rodinnou nebo skupinovou psychoterapii. Vedle terapeutického prostředí lze působit také na prostředí mimo terapii, tedy zásahy do rodinného, pracovního nebo jiného pacientova prostředí, kde se psychoterapie prolíná se sociální prací.

Vymětal vymezuje psychoterapii jako léčbu, ale i profylaxi a rehabilitaci poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Profylaxi, tzv. primární prevenci, rozumíme zamezení vzniku a rozvoji nežádoucích psychických a somatických stavů majících za následek poruchu zdraví. Léčba, nebo také terapie, znamená užití psychologických postupů a strategií, jimiž mírníme a odstraňujeme poruchu zdraví. Rehabilitace (terciální prevence) představuje intervenci, pomocí které usilujeme o zmírnění následků poruch zdraví. V praktickém životě to znamená začlenění pacienta do běžného života a přijetí nevratných důsledků poruchy zdraví. „*Psychoterapie se uplatňuje tam, kde se na vzniku, rozvoji a udržování poruchy zdraví podílejí psychosociální činitele, ale i to, jak člověk určité situace vnímá, hodnotí a prožívá i jak se s nimi vyrovnává. Slouží též k regulaci nežádoucích psychických procesů a stavů*“ (Vymětal, 2004, s. 26). Psychosociální zdůrazňuje jednotu a propojení dějů psychických a sociálních, tedy našeho duševního prožívání a vztahování se k druhým, tedy našemu sociálnímu prostředí.

Psychoterapii dělíme podle zaměření na práci s jedincem nebo více klienty na:

- **individuální** – práce s jedincem,
- **hromadnou** – působení na více pacientů současně upravenými metodami individuální psychoterapie,
- **skupinovou** – využívá dynamiky vztahů vznikající mezi členy skupiny.

Dále můžeme psychoterapeutické přístupy dělit následovně na:

- **direktivní a nedirektivní** – rozdíl je v usměrňování klienta, kdy v prvním případě dává terapeut rady a vyžaduje splnění úkolů, používá také sugestivních postupů; v druhém případě se vyhýbá projevování vlastního názoru a podněcuje klienta ke slovní, emoční nebo činnostní produkci,
- **symptomatické a kauzální** – zaměření na chorobný příznak nebo příčinu,

- **podpůrná a rekonstrukční** – rozdíl je v cíli terapie; podpůrná poskytuje porozumění, podporu, a pomoc osobnosti takové, jaké je, nesnaží se měnit osobnost; rekonstrukční usiluje o přestavbu osobnosti zásahy do postojů, motivací a hodnotového systému,
- **odkrývající** – tzv. hlubinná analýza, která vynáší na povrch vytěsněný materiál z nevědomí a vede k jeho uvědomění a propracování,
- **náhledové** – podporuje objasnění a porozumění,
- **akční** – podporuje přímé zvládnání problémů a nácvik potřebných dovedností.

Psychoterapie nemá tedy jednotnou, obecně přijímanou teorii. Postupy a metody, kterým se budu věnovat později, se liší podle psychoterapeutického směru, ze kterého terapeut ve svém přístupu vychází. Vymětal (2004) zmiňuje 10 základních přístupů, z nichž každý má svou vlastní teorii osobnosti, metody a techniky léčby:

- hlubinná psychoterapie,
- dynamická psychoterapie,
- rogersovská psychoterapie,
- behaviorální psychoterapie,
- kognitivní psychoterapie,
- komunikační psychoterapie,
- gestalt terapie,
- existenciální a humanistická psychoterapie,
- jiné přístupy,
- eklektická a integrativní pojetí.

Cílem psychoterapie je nejen odstranění obtíží, obnova zdraví, ale i klientovo hlubší sebepoznání, osobnostní změna a naplnění svých pozitivních možností ve společenství s ostatními lidmi. Osobnostní změna může být důsledkem dlouhodobější terapie, která bývá zpravidla delší 6 měsíců. Podpora v dočasné krizové situaci jako může být úmrtí v rodině, nebo autonehoda bývá často cílem krátkodobé psychoterapie, která nepřekračuje délku 3 měsíců.

Podle Kratochvíla (2006) je cílem terapie odstranění chorobných příznaků, nebo reedukace, resocializace, reorganizace, restrukturační, rozvoj nebo integrace pacientovy osobnosti.

Psychoterapie je tedy nejen všestranná pomoc v krizových životních situacích, ale i léčení s cílem změny postojů. Vedle osobnosti terapeuta se na efektu terapie podílí také osobnost klienta a terapeutický vztah, který se mezi nimi vyvíjí.

3.1 Osobnost psychoterapeuta

Předmětem psychoterapie je lidské zdraví, jeho poruchy prevence, léčba a to komunikačními prostředky a vztahovou cestou. Psychoterapeut je odborník na tuto činnost, která vyžaduje talent, schopnost improvizace a intuici. Stejně jako u ostatních pomáhajících profesí, je pro výkon psychoterapie důležité, aby byl pracovník vybaven vlastnostmi a schopnostmi, které jsem uvedla blíže v kapitole 2.1 Osobnost sociálního pracovníka.

Psychoterapeut je při své práci v kontaktu s lidmi, kteří prochází náročným životním obdobím, jsou v psychické nerovnováze a často duševně nemocní. Pro výkon psychoterapie je nezbytná vnitřní stabilita, vyšší frustrační tolerance a především osobní zralost pracovníka. Taková osobnost je schopna:

- projevovat se jasně vůči druhým,
- být v kontaktu se signály ze svého nitra a otevřeně si uvědomovat,
- vnímat to, co je okolo něj jako odlišné od sebe,
- chovat se k jinému člověku jako k někomu jedinečnému,
- zacházet s existencí odlišnosti jiných osobností jako s příležitostí k poznání,
- přijímat odpovědnost za své chování a jednání,
- nepřesouvat svou odpovědnost na druhé.

Vymětal strukturu povahových vlastností nazývá specifickými vlastnostmi terapeuta a uvádí: „Bylo zjištěno, že specifické vlastnosti terapeuta nejsou pro účinek terapie podstatné, každá osobnost se uplatní svým vlastním způsobem, není žádná „ideální osobnost psychoterapeuta. U skupinové terapie pak je důležité spíše složení terapeutického týmu, jeho atmosféra a dynamika“ (Vymětal, 2004, s. 117).

Mezi další obecné vlastnosti, které jsou pak zvláště důležité v profesi, kde se léčení uskutečňuje komunikačními prostředky, patří autenticita (přirozenost a otevřenost ke svým pocitům), akceptace (schopnost bezpodmínečného přijetí, úcta, důvěra, respekt ke klientovi) a také schopnost empatie (porozumění emocím a motivům druhého).

Pro účinné působení terapeutovi osobnosti v terapeutickém vztahu je dobré, aby dobře znal sám sebe a své motivy. Jak již bylo uvedeno, nezbytná je osobní zralost a vnitřní stabilita. Součástí psychoterapeutického vzdělání je také speciální výcvik, kde vedle teorie může v sebezkušenostní části v roli pacienta lépe porozumět svým pocitům a hodnotám. V další práci s pacienty může pak lépe rozpoznat, která témata jsou jeho a která pacientů.

Vzdělání, nezbytná kvalifikace i samotný výkon psychoterapie je předmětem odborných debat a sporů. V České republice není psychoterapie legislativně ukotvena, její výkon tedy může být poskytován v oblasti zdravotnictví, dále pak také jako volná živnost, může být také službou sociální, nebo službou v oblasti školství. Nejpodrobněji je výkon psychoterapie definován v oblasti zdravotnictví, kde působí Česká psychoterapeutická společnost, která je součástí České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. Aktivity tohoto výboru směřují k prosazení zájmu klinických psychologů a vymezení psychoterapie jako čistě zdravotnického výkonu, který mohou vykonávat prakticky pouze psychologové s atestací z klinické psychologie, nebo lékaři – psychiatři.

Mimo oblast zdravotnictví vytváří obecné standardy pro vzdělávání a výkon psychoterapie profesní organizace psychoterapeutů Česká asociace pro psychoterapii. Tato organizace se snaží v souladu s evropskými standardy pro kvalifikaci a výkon psychoterapie vydanými Evropskou asociací pro psychoterapii zpřístupnit psychoterapii lidem, kteří ji potřebují, nejen prostřednictvím zdravotnictví, ale také v sociálních službách, školství a v dalších společenských resortech či v samostatných privátních psychoterapeutických praxích. Podle těchto evropských standardů je psychoterapeut pro výkon psychoterapie dostatečně kvalifikován, pokud dosáhl magisterského vysokoškolského vzdělání v některém z oborů tzv. pomáhajících profesí, tedy sociální pracovníci, pedagogové, adiktologové, vysokoškolsky vzdělané zdravotní sestry, teologové aj. a absolvování řádného komplexního psychoterapeutického výcviku.

Pro účinnost psychoterapie nesmí pracovník vedle odborných znalostí zapomínat také na supervizní konzultaci používaných postupů, péči o sebe a své zdraví. Psychohygiena je důležitou součástí prevence, které je věnována jedna z následujících kapitol.

3.2 Metody práce v psychoterapii

Psychoterapie je léčba psychologickými prostředky, tedy ovlivňování pacientova počínání prostředky komunikační a vztahové povahy. Metoda je postup, návod, nebo technika, kterou pracovník volí v terapeutické situaci. Postupy a metody jsou ovlivněny nejen osobností terapeuta, ale i psychoterapeutickým směrem, ze kterého ve svém přístupu pracovníci vycházejí.

Hlubinné psychodynamické směry věnují pozornost vlivu minulých zážitků a nevědomých procesů na současné problémy a potíže. V *kognitivně – behaviorálním přístupu* učí překonávat problémy klienta nácvikem žádoucího chování a myšlení. U *humanistických směrů* zmiňuje Vymětal (2004) pohled narušeného sebepojetí, kdy cílem terapie je sebe přijetí a osobnostní růst člověka.

Balcar (2015) uvádí, že psychoterapeutické přístupy se od sebe navzájem liší podle následujících teoretických východisek:

- psychologie osobnosti a mezilidských vztahů se zamýšlí nad tím, které osobnostní a vztahové kvality a děje jsou klíčové pro vznik a trvání přítomné poruchy a pro vyvolání léčebné změny a které jsou pak až na nich závislé,
- psychologie mezilidského komunikačního působení se zaměřuje na způsoby komunikace, které jsou za daných okolností nejvhodnější pro terapeuticky žádoucí ovlivnění člověka v klíčové osobnostní či vztahové kvalitě a dění.

Metody rozdělujeme podle Kratochvíla (1970) na racionální, sugestivní, abreaktivní, tréninkové, psychoanalytické a interpersonálně korektivní a to podle principů, ze kterých vycházejí.

Racionální metody se snaží působit na logickém myšlení pacienta a to výkladem a objasněním podstaty onemocnění, přesvědčováním, snahou o změnu názorů a postojů v oblasti jeho životních hodnot. Základem je terapeutický rozhovor v bdělém stavu s výkladem podstaty a příčiny onemocnění, vysvětlování s příklady a používáním názorných pomůcek, které vedou k lepšímu pochopení. Zvláště vhodná je znalost vlastní poruchy u psychopatů, u alkoholiků a uživatelů psychoaktivních látek, a to pro uvědomění si důsledků takového chování na svém zdraví. Důležitý je také výklad základů duševní hygieny jako organizace dne, význam denního odpočinku nebo zásad jednání s lidmi. Součástí racionálních postupů je i výklad postupů a doporučení, jak vyzrát na některé symptomy. Příkladem je dereflexe nebo paradoxní intence. Dereflexe je obracení pozornosti jiným směrem a paradoxní intence znamená, že si paradoxně přejeme to, čeho se bojíme.

V **sugestivní psychoterapii a hypnóze** působí terapeut na klienta ve změněném stavu vědomí. Psychoterapie abreaktivní nechává negativní emoce proběhnout za terapeutických okolností. V důsledku znovuprožití konfliktů nebo psychických traumat v bezpečném prostředí dochází k tzv. katarzi, očištění takového prožitku.

V **tréninkové psychoterapii**, vycházející z behaviorálních směrů, se pacient odnaučuje chorobným příznakům učením, opakováním, nebo cvičením žádoucího chování s postupným zvyšováním nároků. Nejpoužívanější postupy jsou aversivní podmiňování, negativní nácvik a přesycení, systematická desenzibilizace, kladné zpevňování, modelování, hraní rolí a relaxační postupy. Podstata aversivní terapie je ve spojování nežádoucí aktivity s nepříjemným podnětem a úspěšně se využívá např. v léčbě alkoholismu. Úmyslné vyvolání nežádoucí reakce, s opakovaným a úmyslným vyvoláváním s následným vyhasínáním symptomu, je principem negativního nácviku a přesycení. Využívá se např. u neurotických návyků jako koktání, dumláni prstů nebo nočního pomočování. Systematická desenzibilace se využívá v terapii fobií a spočívá v postupném vystavování klienta stupňující se intenzitě obávané situace. Při kladném zpevňování je odměňováno žádoucí chování. Relaxační techniky nalézají široké uplatnění zejména v terapii úzkostných stavů. Vycházejí z poznatků o souvislosti mentálního napětí s fyzickým tělem, tedy napětím mezi nervovou soustavou a svalstvem.

V *psychoanalytické psychoterapii* se využívá volných asociací, interpretací, interpretací snů, analýzy odporu a přenosu. Volná asociace znamená, že klient nechává myšlenky volně plynout, říká vše, co ho napadá, nesnaží se sdělení uspořádat. Terapeut je zpočátku pasivní, v určité fázi přichází s tzv. interpretacemi, vlastním pochopením toho, co se s klientem děje. Klient také rozhoduje, zda je terapeutovo porozumění správné. Správná interpretace je v takové chvíli, kdy ji klient zpracuje a přijme. Odpor se projevuje např. odmlkami, které mohou znamenat, že klient volně neasociuje, ale svá sdělení upravuje. Nepřicházející představy, náhlá změna tématu nebo dlouhé řetězce myšlenek mohou být také výrazem odporu. Snahou psychoanalytického přístupu je vrátit zpět do vědomí nevědomé konflikty, které se začnou vynořovat ve vztahu mezi klientem a terapeutem ve formě tzv. přenosu. Klient může v takové situaci znovuprožívat pocity spojené s původním konfliktem a skutečnou osobou.

Do skupiny metod *interpersonálně korektivní psychoterapie* se zahrnují postupy, které jsou zaměřené na změnu klientovy osobnosti prožitím emoční zkušenosti v terapeutickém vztahu. Jako příklad Kratochvíl (1970) uvádí tzv. nedirektivní rozhovory, korektivní zkušenost, skupinovou dynamiku nebo expresivní postupy jako psychodrama, psychogymnastika nebo arteterapie. Principem takového nedirektivního přístupu je nepodávat klientovi žádné výklady, rady, interpretace, respektovat klienta jako jedinečnou osobu, která umí aktivovat své vlastní zdroje, nalézat řešení a cestu k uzdravení. Korektivní emoční zkušenost vedoucí ke změně postoje se může provádět v terapeutickém vztahu mezi klientem a terapeutem, ale také ve skupině. Skupina působí pozitivně svou dynamikou, která se tvoří mezi jejími členy. Vedle terapeuta vytváří klient vztahy i s ostatními členy ve skupině, které mohou sloužit k vyslechnutí, povzbuzení, ale také ke zprostředkování náhledu na své postoje a chování k lidem.

Vedle osobnosti terapeuta a osobnosti klienta je důležitým obecným účinným faktorem v psychoterapii společným všem směrům také terapeutická situace. Klíčové bývá především první setkání s klientem. Taková situace vytváří pocit důvěry, že toto je místo a čas, kde se mu bude někdo věnovat s cílem mu pomoci. Klient si může v bezpečném prostředí vyzkoušet jednání, chování a prožít si pocity, které si venku nedovolí. Měl by dostat příležitost se volně vyjádřit, popsat svou situaci a očekávání, se kterými do terapie přichází. Terapeut by měl používat srozumitelný jazyk, vyvarovat se odborných termínů,

vyjadřovat podporu a porozumění. Na základě úvodního rozhovoru se domlouvá průběh terapie, klient je informován o pravidlech a časovém rámci.

Rozdílná jsou východiska jednotlivých psychoterapeutických směrů. Společný je záměr pomoci lidem zmírnit potíže, odstranit příčiny a změnit prožívání směrem, který obě strany považují za žádoucí. V takovém vztahu je vzájemný respekt k hodnotám a právům stěžejní. Pravidly takového profesionálního přístupu se zabývá etický kodex, který má i v psychoterapeutické profesi své důležité místo.

3.3 Etický kodex v psychoterapii

Psychoterapeut stejně jako sociální pracovník zažívá situace, kdy stojí před dvěma nebo více možnostmi, které mohou představovat konflikt morálních principů. Etický kodex v psychoterapii slouží nejen jako vodítko k etickému rozhodování a jednání, dále pak také k ochraně účastníků psychoterapeutického procesu před neetickým jednáním a v neposlední řadě jako podklad pro řešení stížností. Zásady jsou v souladu s etickými směrnicemi Evropské asociace pro psychoterapii (EAP) z roku 2002 a jsou závazné pro všechny členy České psychoterapeutické společnosti. Od psychoterapeutů se požaduje, aby používali svou odbornost pro blaho klienta s respektem vážnosti k jeho důstojnosti, hodnotám a právům.

Etické zásady jsou dále pojmenovány v devíti oblastech činnosti.

- 1) Odpovědnost - psychoterapeutické povolání vyžaduje odpovědnost psychoterapeuta vůči sobě samému i vůči klientům, psychoterapeut je povinen jednat odpovědně s ohledem na specifickou povahu psychoterapeutického vztahu, který je postaven na důvěře a jisté míře závislosti.
- 2) Kompetence a 3) etické a právní normy - od psychoterapeutů se požaduje, aby vykonávali svou profesi kompetentně a eticky, ve své praxi využívali pouze takových metod a postupů, pro které mají odborné kompetence, aby se zajímali o nové odborné poznatky na poli psychoterapie a průběžně se vzdělávali. Zmíněné etické zásady se mají též odpovídajícím způsobem uplatnit v oblasti psychoterapeutického vzdělávání a supervize.

- 4) Důvěrnost - psychoterapeuti jsou vázáni principem mlčenlivosti o všech skutečnostech, které se dozvěděli v průběhu psychoterapeutického procesu.
- 5) Zájmy klienta - na počátku terapie je psychoterapeut povinen seznámit klienta s postupem a podmínkami léčby (použitá metoda, rozsah a předpokládané trvání léčby, finanční podmínky, mlčenlivost a okolnosti ukončení léčby) a uzavřít smlouvu o terapeutické spolupráci v rámci platné legislativy. Informace o léčbě podávané pacientovi či klientovi mají být faktické, objektivní a pravdivé.
- 6) Profesionální vztahy - psychoterapeuti jednají s ohledem na potřeby, odlišné kompetence a povinnosti svých kolegů psychoterapeutů, psychologů, lékařů a pracovníků jiných profesí; psychoterapeut přistupuje k ostatním odborníkům a jejich práci s respektem.
- 7) Veřejná prohlášení - psychoterapeuti přesně a objektivně uvádějí svoji profesionální kvalifikaci, členství a funkce, a také instituce nebo organizace, se kterými mohou být oni nebo daná prohlášení spojována.
- 8) Diagnostické techniky - při vývoji, publikování a využívání diagnostických technik psychoterapeuti usilují o prosazování nejlepších zájmů a prospěchu klienta, chrání diagnostické výsledky před zneužitím, respektují právo klienta znát výsledky a interpretace a učiní vše pro uchování těchto dat v bezpečí.
- 9) Výzkum - etické zásady se vztahují i na psychoterapeutický výzkum a odborné publikace, zájem klientů je i v této oblasti nejvyšší hodnotou.

Hodnota člověka, práva a zájmy klientů, pravidla profesionálního vystupování, jsou témata společná etickému kodexu v psychoterapii i sociální práci. Oblasti spolupráce obou profesí a dalších oborů bude tématem i následující kapitoly.

3.4 Vztah sociální práce, psychoterapie a pomáhajících profesí

Budování profese sociálního pracovníka i psychoterapeuta má v České republice hluboké tradice. Kořeny sociální práce jsou v boji společnosti proti chudobě a z ní vyplývajících problémů. Solidarita s chudými sahá do starověku a má své východisko ve všech hlavních světových náboženstvích. Ještě v 19. století byla sociální práce převážně iniciativou soukromých a církevních organizací. Kořeny psychoterapie můžeme pozorovat

nejen v křesťanství, ale již starověkém Řecku a to v myšlení u filozofa Sokrata. Jeho učení se ubíralo k lidské duši, hledání smyslu lidského bytí a možností proměny člověka. Tak jak psychoterapii chápeme dnes, ve smyslu profesionální aktivity, se vyvíjela především v 19 a 20. století. Zpočátku byla svázána s lékařskou praxí a jako samostatná léčebná metoda se z neuropsychiatrie vydělila až s rozvojem psychologie počátkem 20. století.

V péči a pomoci druhým řešit jejich mezní sociální situace se psychoterapie i sociální práce prolínají již dlouhá staletí. Obě profese se etablovanou vědní disciplínou staly až ve 20. století. Dnes mají obě disciplíny své vlastní teorie, postupy, metodiky práce, a etický kodex. Finančně i organizačně jsou vázány na jedné straně na státní správu, na straně druhé je od 90. let 20. století patrný rozvoj neziskového sektoru se snahou o deinstitucionalizaci. Znamená to navrácení pomoci potřebným v jejich přirozeném prostředí, která se vykonává jak na profesionální bázi, tak na principu občanské vzájemnosti.

Společnou myšlenkou metod a přístupů sociální práce i psychoterapie je pomáhat lidem tak, aby porozuměli více sami sobě, dokázali rozpoznat známky krize a získat nad ní kontrolu již při samém nástupu. Kratochvíl (1970) i Matoušek (2003) zmiňují výsledky průzkumů, které ukazují, že účinnějším faktorem než výběr specifické pomáhající profese, je kvalita vzájemného vztahu mezi klientem a pracovníkem. Pracovník vytváří vztah, který klientovi umožňuje objasnit osobní cíle, hledat a nalézat vlastní odpovědi.

Rozdílné jsou postupy, které sociální pracovníci a psychoterapeuti používají v diagnostice a také problém pojmenovávají rozdílně. Sociální pracovník například zkoumá sociální prostředí a podmínky pro naplňování potřeb jedince, psychoterapeut se zaměří více na psychické potřeby. Cílem psychoterapeutického působení bývá také změna osobnosti. Taková změna je komplexní proces, který vyžaduje dlouhodobější práci v podobě pravidelných někdy i vícehodinových setkání za týden po dobu několika měsíců. Sociální práce bývá více uplatňována formou poradenské činnosti a to především pro systém sociální ochrany občana, který vyplývá ze sociální politiky našeho státu. Struktura pomoci zůstává stejná. Pracovníci obou profesí se soustřeďují na schopnosti klienta, jeho silné stránky, podporují jeho motivaci nalézt sám řešení.

Sociální pracovníci i psychoterapeuti vykonávají při své profesionální činnosti řadu rolí, které se prolínají vzájemně, ale i s dalšími pomáhajícími profesemi, jako jsou

zdravotníci, tedy lékaři, psychiatři, zdravotní sestry, ale i ošetřovatelé, dále pak psychologové, pedagogové, policisté, právníci, teologové. Společně těmto disciplínám je zaměřeni na život člověka, a orientace na řešení lidských problémů. Matoušek (2003) uvádí, že mezi sociální prací a sousedními disciplínami je patrná i určitá rivalita. Příkladem může být snaha o legislativní ukotvení výkonu psychoterapie v České republice jako čistě zdravotnického výkonu. Pokud by došlo k prosazení těchto zájmů, hrozí, že by v budoucnu nebylo možné provozovat psychoterapii mimo řádně registrované zdravotnické zařízení, a to i přes dostatečnou odbornou kvalifikaci stávajících sociální pracovníků a psychoterapeutů. Psychoterapie by mohla být vykonávána jen lékaři, tzn. psychiatry, nebo psychology s atestací z klinické psychologie. Podle evropského standardu vydaného Evropskou asociací pro psychoterapii, pro kvalifikaci a výkon psychoterapie postačuje magisterský stupeň vysokoškolského vzdělání v některém z oborů tzv. pomáhajících profesí a absolvování řádného komplexního psychoterapeutického výcviku. Psychoterapie tak může sloužit lidem, kteří ji potřebují, nejen prostřednictvím zdravotnictví, ale také v sociálních službách, školství a v dalších společenských resortech či v samostatných privátních psychoterapeutických praxích.

Matoušek se dále také zmiňuje o nižší prestiži sociální práce ve společnosti. *„Sociální práce není považována za plnou profesi částečně i proto, že patří k tradičně ženským zaměstnáním, u kterých se předpokládá, že k vykonávání péče o druhé není potřeba disponovat speciálními znalostmi a dovednostmi“* (Matoušek, 2003, s. 41).

Pro své zaměření pomáhat druhým je profese sociálního pracovníka i psychoterapeuta těžká a vysilující práce. Člověk, který chce pomáhat druhým, by měl respektovat své tělo i duši, dbát o své zdraví a předcházet tak nežádoucím stavům vyčerpání.

4. Prevence stresu a syndromu vyhoření

Chronický stres, fyzické i psychické vyčerpání, odosobněný přístup ke klientům, vyhoření a následné onemocnění, to vše může být v práci psychoterapeutů i sociálních pracovníků důsledkem zanedbávání péče o své duševní i fyzické zdraví. Důležitou součástí takové péče je prevence.

Hartl a Hartlová (2000, s. 450) uvádí, že prevence (prevention) je předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům, nemocem aj. Dále se rozlišuje na prevenci primární, sekundární a terciální. Snahou primární prevence je zabránit vzniku poruchy nebo onemocnění dopředu, ještě než se vůbec objeví. Znamená to tedy zaměřit se na žádoucí a vhodné formy chování, zdravý životní styl apod. Prevence sekundární je realizována tam, kde již onemocnění vypuklo, nebo jsou vznikem významně ohroženi. V popředí je snaha zabránit dalšímu rozvoji a prohloubení onemocnění. Příkladem mohou být například relaxační techniky, dechová nebo kondiční cvičení. Terciální prevence je zaměřená na jedince, u nichž se už negativní jev projevil, nebo je to také snaha o zmírnění následků problémového jevu, pomáhá znovuzařazení do života, nebo případně zabránit recidivě.

Matoušek (2003, s. 164) se ve své definici prevence příliš neoddaluje od definice manželů Hartlových (2000). Více ho však rozvádí zaměřením se na situaci v ČR. *„Prevence (prevention). Ve vztahu k sociální práci je p. souborem opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání..... Primární p. je cílena na celou populaci (tzn. nespecifická p.) nebo na určitou skupinu (specifická p.) v době, kdy se očekávaný problém této skupiny ještě nemanifestoval....Sekundární p. (některými autory označována jako p. indikovaná) má jako cílovou skupinu osoby se zvýšeným rizikem sociálního selhání... Terciární p. by se měla provádět u osob, u kterých již k sociálnímu selhání došlo.... V ČR jsou preventivní aktivity zatím nesystematické a nekoordinované. Preventivní kampaně se zaměřují více na nové typy ohrožení (např. nealkoholové drogy, gamblerství, obchod se ženami), jsou málo vynalézavé i málo účinné.....“.*

Dále se zaměřím na možnosti ovlivňování rizikových faktorů změnou postojů a životního stylu jednotlivce, techniky psychohygieny a také na vliv pracovního prostředí včetně intervizních setkání a supervize.

4.1 Prevence na úrovni jednotlivce

Jako ostatní pomáhající profese i profese psychoterapeuta patří pro své zaměření na bezprostřední práci s lidmi mezi povolání s nadměrnou stresovou zátěží a vysokým rizikem syndromu vyhoření. Pracovník by měl dbát na mimopracovní aktivity, nepřetěžovat se, dodržovat zásady psychohygieny, mít dobré rodinné zázemí a blízké vztahy s přáteli, rozvíjet mimopracovní tvořivé zájmy.

Práce by neměla být náplní jeho života, aby se nestala kompenzací za jiné chybějící složky života. V této souvislosti se také často zmiňuje tzv. syndrom pomáhající profese. Tento pojem byl vytvořen rakouským psychoterapeutem Wolfgangem Schmidbauerem. Matoušek (2003) syndrom pomáhajících vysvětluje jako specifický druh narcistické poruchy. Pomáhající se syndromem pomáhajících pomáhá druhým, aby nevnímal vlastní pocity a potřeby. Svým chováním přemáhá vlastní neschopnost udělat něco pro sebe. Vyplňuje svou vnitřní prázdnotu, jež vznikla ze strachu ze spontánních pocitů.

Psychohygieny je nutným prostředkem k „údržbě“ toho nejsilnějšího nástroje, který pracovník má, totiž své vlastní osoby. Neexistují žádné vědecké studie, které by hodnotili přínos jednoho způsobu zmírňování účinků stresu před druhým. Stejně jako jsou příčiny i vývoj syndromu individuální, je i při volbě vhodných odpočinkových aktivit nejlepší věřit vlastní intuici a dělat to, co člověku připadá nejvhodnější.

Jak jsme se již zmínila v první kapitole, uvolňují se v důsledku poplachové reakce našeho organismu na stres hormony, které nám dovolují mobilizovat síly a podávat vyšší výkon. Horton, Hanzelik a Gallwey (2012) citují Selyeho a doporučují poskytovat našemu tělu to, co by v takové stresové situaci udělat mělo, tedy fyzickou aktivitu. Ať už se jedná o fyzické, kondiční cvičení, procházky v přírodě nebo chození po horách. Díky pravidelným pohybovým aktivitám se posiluje houževnatost a nezdolnost organismu. Jedinec je pak zvýšeně odolný ve chvílích, kdy se u ostatních projeví známky vyčerpání, stresu nebo onemocnění.

Meditace a cvičení jógy také významně přispívá ke zlepšení fyzického a duševního zdraví. Dalšími technikami psychohygieny jsou dechová cvičení, masáže, svalová relaxace, relaxační techniky, jako například autogenní trénink, imaginační a vizualizační techniky, nebo jiné činnostní aktivity jako kreslení, nebo jiné formy arteterapie, ruční

práce, popřípadě aromaterapie. V každém případě by každý pracovník měl dobře znát sám sebe a nalézt způsob uvolnění takového napětí činnostmi, která vyžaduje aktivní účast.

Důležitou prevencí při dlouhodobém intenzivním stresu, která může ovlivnit soustředění a pracovní výkon sociální pracovníků i psychoterapeutů je kvalitní spánek. Dostatečné množství spánku a jeho hloubka je nezbytným předpokladem k načerpání nových fyzických i psychických sil člověka.

Psychickou kondici, náladu, pocity energie a únavy ovlivňuje také skladba a způsob stravování. U profesí, jejichž náplní je práce s lidmi, bývá racionální výživa zanedbávanou oblastí. Pracovníci často pod tlakem stresových situací nehledí na složení jídla, ale ani na způsob jeho konzumace, tedy prostředí a sociální kontext. Pešek a Praško (2016) doporučují jíst ve společnosti příjemných lidí, jíst pomalu a vychutnávat si každé sousto. Podle nich se do chaotických situací mohou dostávat také proto, že neumí efektivně plánovat svůj čas a pracovní aktivity. Navrhují rozdělit si denní plán rovnoměrně, tedy nezapomínat vedle výkonově zaměřených aktivit jako je práce nebo studium také na stejné množství odpočinkových a zábavných aktivit. Na počátek dne plánovat náročné a méně záživné aktivity a po kratším časovém úseku nezapomenout na krátkou odpočinkovou aktivitu. Odpoledne by pak měly převažovat příjemné aktivity a výkonové postupně ubývat.

Hennig a Keller (1996) nám pro takové náročné situace nabízí matici rozhodování známou jako Eisenhowerův princip určování priorit. Bývalý prezident USA Dwight D. Eisenhower v ní úkoly rozděluje podle následujícího modelu:

Úkoly typu A – nejdůležitější a nejnaléhavější

Úkoly typu B – velmi důležité, ale nenaléhavé

Úkoly typu C - naléhavé, ale nedůležité

Úkoly typu P – nenaléhavé, nedůležité

Velmi často býváme zahlceni úkoly typu A a C a odsouváme nebo zapomínáme na úkoly typu B, tedy takové aktivity, které jsou důležité pro naši celkovou spokojenost. Postupně se z nich odkládáním stávají důležité a naléhavé a my se můžeme dostávat do

stresu. U posledních úkolů bychom měli popřemýšlet, zda bychom takové úkoly mohli ze svého seznamu odstranit nebo v případě pracovních povinností a dostupných možností delegovat dále.

Stálé jednání s lidmi vyžaduje kompenzaci v domácím prostředí. Důležité je mít takové zázemí, kdy pracovník může v klidu odpočívat. V odbourávání stresu hraje vedle manželství a partnerství, také přátelství důležitou roli. Keller a Hennig se ve své publikaci věnují problematice vlivu partnerských vztahů na emoce nemocných, trpících chronickým stresem. Uvádí: „...možnost společného řešení problémů a regulování pocitů s partnerkou (partnerem) má podstatný tlumící účinek na pocity strachu a deprese. Jestliže se člověk nachází v hlubokém stresu, je příležitost regulovat jeho city mezilidským kontaktem zdraví velmi prospěšná, její nepřítomnost pak patogenní“ (Keller a Hennig, 1996, s. 59).

Na snížení dopadu stresu má veliký význam také oblast našich životních postojů. Nejsou to situace samotné, které v nás mohou vyvolávat neklid a napětí, ale naše vnímání a prožívání. Jedním ze způsobů jak lépe zvládat takové stresové situace, je naučit se o nich jinak přemýšlet a objevit sílu pozitivního myšlení.

K nejučinnějším metodám, které se využívají pro prevenci a zvládnání syndromu vyhoření uvádí Pešek a Praško tzv. kognitivní restrukturalizaci nebo-li rozumové přerámování. „Naše postoje vznikly v průběhu našeho dětství, vlivem naší výchovy nebo našich minulých zážitků. Často to bývají moudra, která jsme slýchali od našich rodičů, nebo učitelů. Podle toho, jak si určitou situaci v myšlenkách vysvětlujeme, prožíváme různé emoce, tělesné reakce a následně se i různě viditelně chováme. Takové automatické negativní myšlenky je třeba nahradit vyváženějšími a rozumnějšími alternativami, které pak vedou k prospěšnějším emocím. Nejdříve si musíme svá niterná přesvědčení, stresující postoje a myšlenky uvědomit a zapsat si je. Následně je jako hypotézy zkoumáme, analyzujeme a zpochybňujeme pomocí specifických otázek. Nakonec si vytvoříme rozumnější alternativu, jejíž funkčnost si ověříme v běžném životě. Pokud tato alternativa funguje, tj. v určitých situacích se cítíme lépe než dříve, tak si ji opakujeme, jako když se učíme jako cizí jazyk, a fixujeme si ji do paměti“ (Pešek a Praško, 2016, s. 40 a 41).

Stresující postoje bývají z části nerealistické, často znamenají přehnané nároky na sebe, ale pomáhají nám v dosahování našich cílů. V takové chvíli je opakujeme i přesto, že jsou pro nás škodlivé. Pro změnu našich postojů potřebují i pracovníci v pomáhajících

profesích snížit takové požadavky sám, sama na sebe, dokázat zahnat negativní myšlenky, umět se ohodnotit a pozitivně se naladit. Věnovat se koníčkům, ale i odpočinku a umět se radovat i z maličkostí.

Sociální pracovník i psychoterapeut ve své práci pomáhá, podporuje a pečuje o druhé. Taková práce vyžaduje značnou emoční angažovanost a je psychickou zátěží. Vhodné je nejen dbát na dobrou životosprávu, ale začít odpočívat ještě předtím, než se dostaví únava. Naslouchat svým tělesným pocitům a dopřát si chvíli odpočinku. Kdo neumí naslouchat svému tělu, má tendence se přepracovávat a spěje k vyhoření nebo psychosomatickým onemocněním.

Pokud se pracovník dostává do situace, kdy v práci s klienty přestává být objektivní, nebo sám prochází náročnou životní situací, je dobré zvážit vlastní individuální psychoterapii. Důležitou součástí prevence je také u obou profesí možnost konzultace používaných pracovních postupů s jinými odborníky, která je jedním z možných preventivních opatření poskytovaným zaměstnavatelem.

4.2 Prevence na úrovni organizace

Mnoho autorů považuje za hlavní příčinu vyhoření právě podmínky na pracovišti, okruh spolupracovníků a sociologické faktory. Přístupy, které bychom mohly zahrnout do primární prevence, se zaměřují na boj s pracovním stresem změnou způsobu organizace pracovního prostředí jako přestrukturování práce nebo vypracování příslušných komunikačních systémů.

Matoušek uvádí následující prevenci syndromu vyhoření, kterou můžeme uplatnit jak u profese psychoterapeutů, tak u sociálních pracovníků:

- *„kvalitní příprava na profesi zahrnující výcvik v potřebných sociálních dovednostech i dostatečně dlouhou praxi s klientelou srovnatelného typu, s jakou se pracovník setká v instituci, kde bude působit,*
- *jasná definice poslání organizace a metod práce, s nimiž se nastupující pracovník důkladně seznámí,*
- *jasná definice profesionální role pracovníka a náplně práce*
- *existence systému zácviku nových pracovníků,*

- možnost využít profesionálního poradenství poskytovaného zkušeným odborníkem ve vlastní instituci nebo jinde,
- existence programů osobního rozvoje a podpora dalšího vzdělávání pracovníků ze strany instituce, v níž jsou zaměstnáni,
- průběžná supervize,
- případové konference v jedné instituci nebo s účastí pracovníků několika spolupracujících institucí,
- omezení počtu případů, s nimiž je jeden pracovník v kontaktu během určité doby,
- nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů,
- organizování programů, při nichž se klienti dostanou do jiného prostředí a personál při nich může objevit jejich skryté charakteristiky,
- omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty,
- omezení pracovního úvazku,
- kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi, jež nezahrnují přímou práci s klienty“ Matoušek (2003, s. 58).

Podle Peška a Praška mají na vyhoření významný vliv pocity nejistoty strachu, nespravedlnosti, křivdy, závisti, zlosti, bezmoci, viny a nenaplnění, které mohou pracovníci v zaměstnání opakovaně prožívat. *„Pokud nemáme v zaměstnání dostatek bezpečí, udržuje to v nás stresující a vyčerpávající nejistotu a strach. Když nejsme dostatečně přijímáni a oceňováni kolegy, nadřízenými a klienty, může to vést k frustrujícím pocitům méněcennosti nedostatečnosti, nedocení, zlosti a marnosti. Nedostatek možnosti sebeurčení se projevuje tak, že jsme výrazně omezováni ve svobodě rozhodování a v tvůrčí seberealizaci. Pokud jsou na pracovišti výrazně nespravedlivé poměry, mohou nás dlouhodobě užírat pocity nespravedlnosti, křivdy, zlosti a bezmoci, což jsou další stresory. Když prožíváme konflikt vnitřních hodnot nebo konflikt mezi hodnotami vnitřními a hodnotami organizace, ve které pracujeme, mohou nás emočně zatěžovat pocity viny, zlost na sebe nebo pocity selhání“* (Pešek a Praško, 2016, s. 114).

Často diskutovaným tématem ve všech profesích bývají odměny a oceňování. Pokud nedostáváme od kolegů a nadřízených najevo, že si naší práce váží, klesá naše vnitřní motivace. Tam, kde jsou zaměstnanci chváleni, klesá význam finančního ocenění. Příkladem takové nefinanční odměny a motivace je možnost se průběžně vzdělávat,

možnost postupu nebo pružné pracovní doby, nebo společně trávené aktivity. Při takových pracovních ale i mimopracovních aktivitách může pracovník sdílet, co se mu povedlo a co se nepovedlo. Mohou to být pracovní porady, posezení v kanceláři nebo specifické kolektiv utužující venkovní aktivity, ale i týmové supervize. Takové výhody mohou čerpat zaměstnanci, kteří jsou součástí týmu. Samostatná výdělečná činnost přináší pracovníkům na jedné straně větší autonomii v rozhodování o tempu práce, postupech a podmínkách, ve kterých budou práci vykonávat. Současně na nich leží větší míra zodpovědnosti, ocenění čerpají více ze zpětné vazby od klientů než nadřízených a při sdílení svých pracovních postupů jsou odkázáni na odborné konzultace kolegů nebo na pravidelné supervize.

Pro předcházení vyhoření je potřebné, aby nadřízení průběžně sledovali a upravovali tzv. objektivní pracovní zátěž podřízených. Pro pracovníky v sociálních a zdravotních službách existují například standardy, které zahrnují měřitelné faktory, jako jsou počet klientů, počet kontaktů a doba strávená s klienty, nebo počet vyhotovených zpráv.

Na soustředění a výkon mají vliv také materiální a fyzikální podmínky pracoviště. Jedná se o vhodné pracovní nástroje, pomůcky a nábytek, dále pak teplota, osvětlení, ale i typy barevných úprav nábytku. Při náročné a monotónní práci, kdy lidé musí sedět skoro celý den v jedné místnosti, se zhoršuje jejich soustředění a výkonnost klesá. *„Organizace, které si toto uvědomují, zavádějí delší polední pauzy a svým pracovníkům doporučují, aby oběd spojili s procházkou. Jiné organizace mají vyhrazené prostory se cvičebními nástroji, kde se zaměstnanci v pauzách mohou psychicky a tělesně osvěžit tím, že si zacvičí nebo protáhnou tělo“* (Pešek a Praško, 2016, s. 130).

V předchozím textu jsem jako jeden z významných faktorů v prevenci syndromu vyhoření na straně organizace zmínila pojem supervize. Slovo je složeno ze dvou latinských slov – „super“, tj. nad, nej-, přes a „vize“ – pohled. Z angličtiny by se dalo přeložit jako nadhled. Tento profesionální nadhled by měl zprostředkovat supervizor, zkušený a v supervizi vycvičený externí odborník. Matoušek (2003) supervizi vysvětluje jako celoživotní formu učení, zaměřenou na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivaci jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Původně se začala uplatňovat v psychoterapeutickém prostředí a později se začala využívat i v dalších oborech jako je sociální práce,

zdravotnictví, nebo školství. Uskutečňuje se formou individuální nebo skupinové supervize a může se zaměřovat na případ určitého klienta, nebo na vztahy na pracovišti. Cílem je profesionální rozvoj pracovníka, rozšiřování dovedností a prostor k řešení těžko řešitelných případů. Při individuálním sezení poskytuje supervizor supervidovanému zpětnou vazbu k jeho práci. Skupinová forma dává pracovníkům možnost diskutovat ve skupině o své práci, o svých pocitech a vztazích, které prožívají při práci. Cílem týmové supervize je setkání všech členů pracovního kolektivu bez ohledu na jejich pozici, potřeby a zodpovědnost se zaměřením na činnost týmu jako celku. Další možností sdílení postupů v rámci týmu je tzv. intervize, nebo-li setkání skupiny podobně postavených spolupracovníků bez supervizora.

Vliv řízení a organizace pracovního prostředí včetně fungující komunikace jako jsou například pravidelné porady týmu, intervizní setkání, ale i možnost individuálních případových diskuzí jsou faktory, které mohou značně ovlivnit výskyt syndromu vyhoření u svých zaměstnanců.

Stejně jako zdroje stresu jsou pro každého člověka rozdílné, bývají i vhodné techniky regulace nežádoucích psychofyzilogických stavů jiné. V praktické části se zaměřím na výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů.

5. Metodika empirického výzkumu

Ve své práci jsem se doposud zabývala stresem a syndromem vyhoření u profese sociálních pracovníků a psychoterapeutů. Výzkumná část je zaměřená na zjištění míry výskytu syndromu vyhoření u obou profesí. Stanoveny byly následující cíle:

1. Zmapovat výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů.
2. Zjistit, jestli má na výskyt syndromu vyhoření vliv počet odpracovaných let v pomáhající profesi.

Hypotézy byly formulovány takto:

Hypotéza č.1:

H₀₁: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{A1}: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

Hypotéza č. 2:

H₀₂: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{A2}: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace.

Hypotéza č.3:

H₀₃: Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti snížení výkonu.

HA₃: Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti snížení výkonu.

Výzkum probíhal ve dnech 20.2 – 5.3 2017. Pro získání údajů jsem zvolila formu dotazníku, který byl distribuován elektronickou formou. Zkoumaný soubor tvořili sociální pracovníci z odboru sociálních věcí městské části v Praze, farní charity v Berouně a nestátní neziskové organizaci v Praze. Dále pak psychoterapeuti působící v psychiatrické nemocnici, denním psychoterapeutickým sanatoriu a také v psychoterapeutických centrech v Praze. Celkem se výzkumu účastnilo 30 sociálních pracovníků a 30 psychoterapeutů. Dotazník byl anonymní, aby zvýšil pravděpodobnost návratnosti. Před zahájením průzkumu jsem dotazník testovala u 2 psychoterapeutů a 1 sociální pracovníci, abych si potvrdila jeho srozumitelnost.

Dotazník byl rozdělený na dvě části. V první části jsem se zaměřila na demografické údaje a obsahoval položky týkající se pohlaví, věku, vzdělání, počtu let odpracovaných v pomáhající profesi, výše pracovního úvazku, druhu pracovního vztahu, typu organizace a souběžného zaměstnání. Tato část dotazníku obsahuje celkem 11 položek a bylo na ně možné odpovědět jednou odpovědí, pokud nebylo uvedeno jinak. Pro další zpracování byla následně využita položka zjišťující počet let odpracovaných v pomáhající profesi, která se týká stanovených hypotéz.

Druhou část dotazníku tvoří standardizovaný dotazník Christiny Maslachové a Susan E. Jacksonové (1981) určený k odbornému vyšetření burnout syndromu. Tato výzkumná metoda zjišťuje míru vyhoření na třech rovinách – emocionální vyčerpání (dále EE), depersonalizace (dále DP) a snížení výkonnosti (dále PA). Každá z úrovní se hodnotí ve třech stupních a to ve vysokém, mírném a nízkém. Tato část dotazníku obsahuje 22 položek (9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek na DP a 9 otázek na PA).

Dotazník sestává z 22 tvrzení, které odrážejí pocity, s nimiž se pracovník může ve své profesi setkat. Tvrzení se snaží mapovat jak oblast fyzickou (např. únava), tak psychosociální (např. vyrovnanost, vnímání úspěchu). Síle pocitu respondenti přiřazovali hodnotu na bodové škále v rozmezí 0 – 7 bodů, kdy 0 znamená vůbec a 7 velmi silně, a to podle kvalitativních kritérií daných formulací otázky. Plné znění dotazníku MBI s přiřazením oblastí vyhoření k jednotlivým oblastem je uvedeno v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Dotazník MBI s přiřazením oblastí vyhoření k jednotlivým otázkám

Číslo otázky	Oblast	Tvrzení
1	EE	Práce mne citově vysává.
2	EE	Na konci dne se cítím na dně sil.
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
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 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, stal jsem se méně citlivým k lidem.
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým.
12	PA	Mám stále hodně energie.
13	EE	Moje práce mi přináší pocit 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.
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 udělal/a hodně dobrého.
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.
21	PA	Citové problémy v práci řeším klidně – vyrovnaně.
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.

Vyhodnocení této části dotazníku se provádí součtem všech hodnot uvedených u otázek v jednotlivých oblastech – EE, DP a PA. Stupně vyhoření v jednotlivých oblastech jsou uvedeny v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: Stupně vyhoření v jednotlivých oblastech

Stupeň vyhoření v jednotlivých oblastech			
	Nízký	Střední	Vysoký
EE – emocionální vyčerpání	0-16	17-26	Nad 27
DP – depersonalizace	0-6	7-12	Nad 13
PA – snížení výkonnosti	Nad 39	38-32	Pod 31

Data získaná z vyplněných dotazníků byla pro ulehčení analytického zpracování interpretována do tabulek, kde jsou vyjádřena pomocí absolutních a relativních četností. Na zpracování průměrného věku respondentů byl použitý vzorec pro výpočet aritmetického průměru:

$$\bar{x} = \frac{x_1 + x_2 + \dots + x_n}{n}, \text{ resp. } \bar{x} = \frac{f_1 x_1 + f_2 x_2 + \dots + f_n x_n}{f_1 + f_2 + \dots + f_n}$$

kde, x je výsledná hodnota, tedy aritmetický průměr, x_1 až x_n jsou hodnoty zkoumaného souboru a n je rozsah základního souboru.

Pro testování a výpočet jednotlivých závislostí byli použité kontingenční tabulky a jako testovací kritérium byl zvolen test chí – kvadrát pro hladinu významnosti: $p \leq 0,05$.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(e-t)^2}{t}$$

Výše uvedený vzorec je pro výpočet chí-kvadrátu, kde e je skutečnost a t je odhad, χ^2 je testované kritérium. Ke zpracování dat z dotazníků byl dále použitý software Microsoft Office 2010 – MS Word a MS Excel.

5.1 Analýza získaných dat

Pro analýzu výsledků byli použité všechny správně vyplněné dotazníky. Na základě sečtených bodů a vyhodnocených dotazníků jsem vytvořila tabulky a grafy, které mají přiblížit zkoumaný vzorek respondentů a také pomoci ilustrovat, zda se potvrdí, nebo vyvrátí některé ze stanovených hypotéz.

Výzkum probíhal u sociálních pracovníků a psychoterapeutů, a je zaměřený na zjištění míry výskytu syndromu vyhoření u obou profesí. Pro přehlednost uvádím legendu k použitým zkratkám:

A(n) – absolutní četnost výskytu

R (n) – relativní četnost výskytu

*) – odpracovaná léta v pomáhající profesi

EE – emocionální vyčerpání

DP – depersonalizace

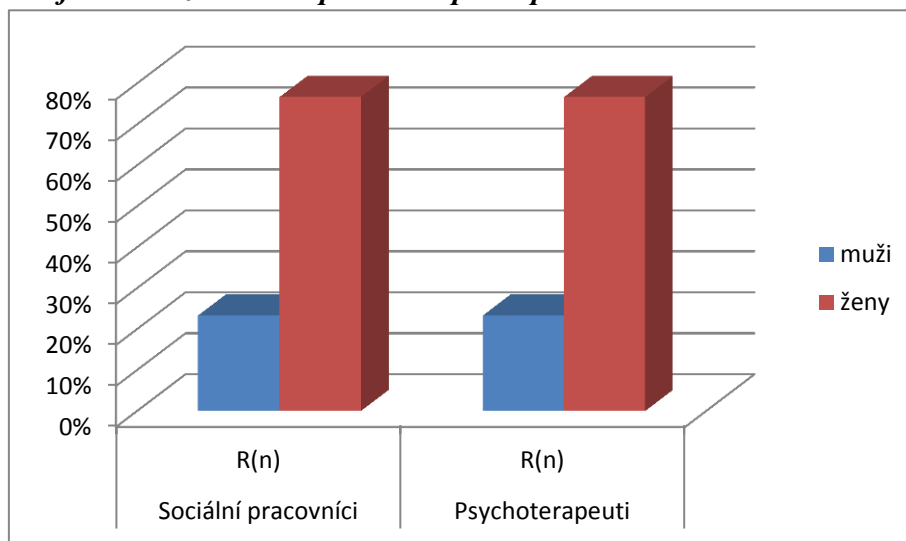
PA – snížení výkonosti

5.1.1 Demografické údaje

Tabulka č. 3: Rozdělení respondentů podle pohlaví

Rozdělení respondentů podle pohlaví	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
muži	7	23%	7	23%
ženy	23	77%	23	77%
<i>celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 1: Rozdělení respondentů podle pohlaví

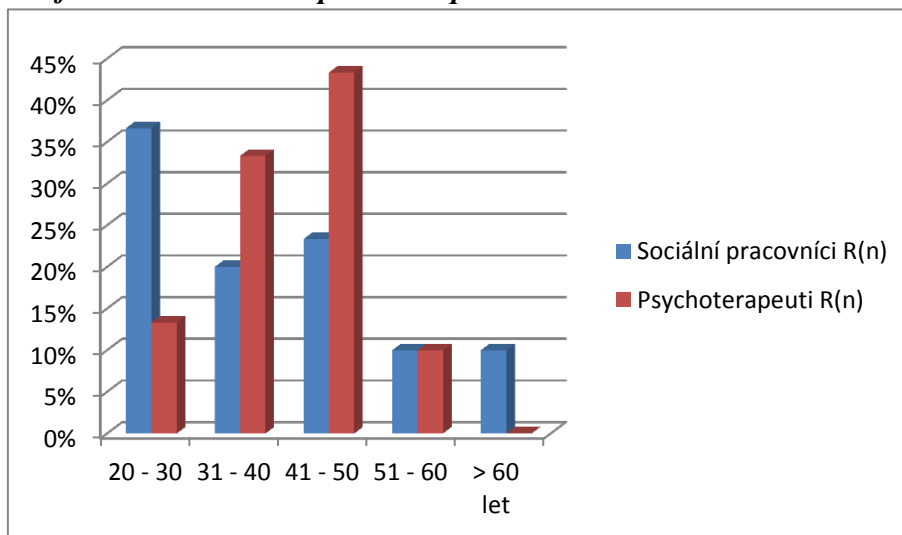


Rozdělení respondentů podle pohlaví bylo u sociálních pracovníků stejné jako u psychoterapeutů. Výzkumu se v každé skupině účastnilo 7 mužů (23%) a 23 žen (77%).

Tabulka č. 4: Rozdělení respondentů podle věku

Rozdělení respondentů podle věku	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
20 - 30	11	37%	4	13%
31 - 40	6	20%	10	33%
41 - 50	7	23%	13	43%
51 - 60	3	10%	3	10%
> 60 let	3	10%	0	0%
<i>celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 2: Rozdělení respondentů podle věku

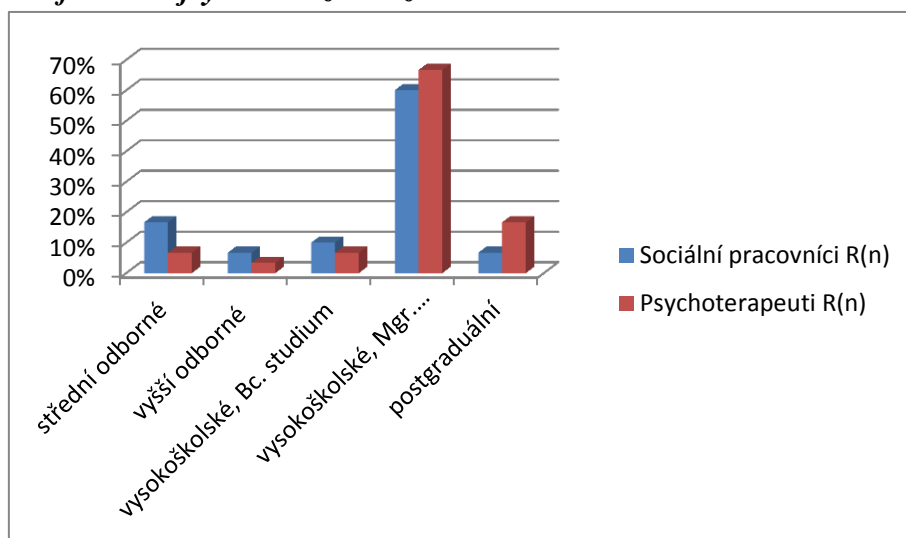


V otevřené otázce na věk spadalo nejvíce respondentů mezi sociálními pracovníky do skupiny 20- 30 let, a to konkrétně 11 (37%) pracovníků. Nejpočetnější zastoupení respondentů mezi psychoterapeuty bylo ve skupině od 41 do 50 let, tedy 13 (43%) pracovníků. Ve věkové skupině nad 51 let se výzkumu účastnili shodně 3 (10%) pracovníci z obou profesí. Respondenti starší 60 let byli zastoupeni jen u sociálních pracovníků, a to 3 (10%) pracovníci. Nejmladší sociální pracovník měl 22 let a nejstarší 62 let. Mezi psychoterapeuty byl nejmladší věk 27 let a nejstarší 57 let. Průměrný věk u sociálních pracovníků byl 38,90 let a u psychoterapeutů 41,30 let.

Tabulka č. 5: Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
gymnázium	0	0%	0	0%
střední odborné	5	17%	2	7%
vyšší odborné	2	7%	1	3%
vysokoškolské, Bc. studium	3	10%	2	7%
vysokoškolské, Mgr. studium	18	60%	20	67%
postgraduální	2	7%	5	17%
<i>celkový počet odpovědí</i>	30	100%	30	100%

Graf č. 3: Nejvyšší dosažené vzdělání

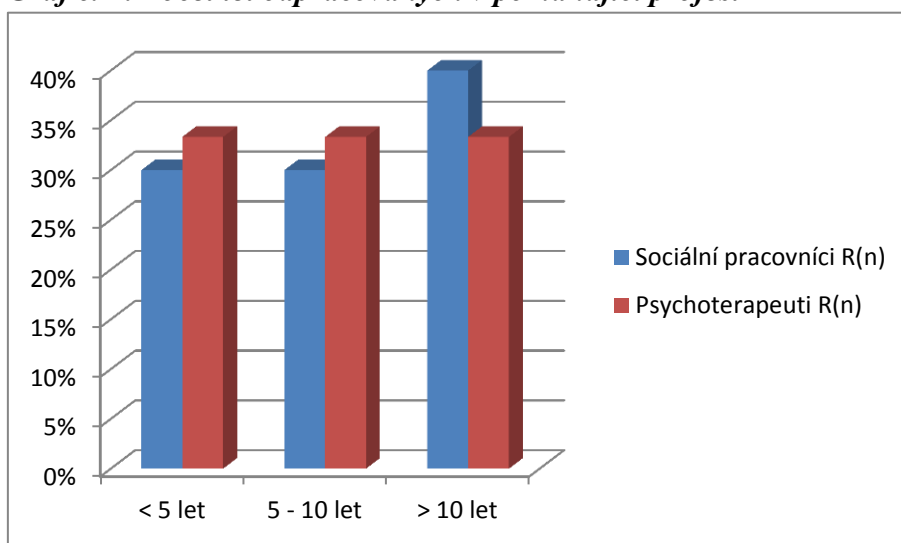


V otázce nejvyššího dosaženého vzdělání tvoří u obou profesí nejpočetnější skupinu vzdělání vysokoškolské s počtem respondentů 20 (70%) u sociálních pracovníků a 22 (74%) u psychoterapeutů. Do této skupiny byli zařazeni respondenti, které jako nejvyšší dosažené vzdělání uvedli vysokoškolské, Bc. a Mgr. studium. Druhou nejpočetnější skupinou je středoškolské vzdělání u sociálních pracovníků 5 (17%) a postgraduální u psychoterapeutů 5 (17%). Dále je to vyšší odborné a postgraduální u sociálních pracovníků 2 (7%) a střední odborné u psychoterapeutů 2 (7%).

Tabulka č. 6: Počet let odpracovaných v pomáhající profesi

Počet let odpracovaných v pomáhající profesi	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	9	30%	10	33%
5 - 10 let	9	30%	10	33%
> 10 let	12	40%	10	33%
<i>celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 4: Počet let odpracovaných v pomáhající profesi

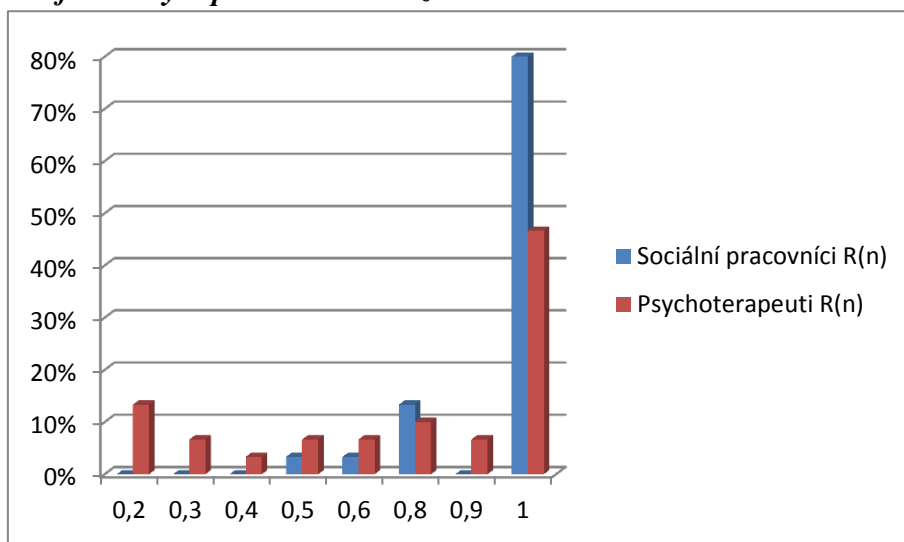


Nejpočetnější skupinu sociálních pracovníků v počtu odpracovaných let tvoří pracující v pomáhající profesi více jak 10 let. V pomáhající profesi pracují méně jak 5 let a v rozmezí 5-10 let uvedlo shodně 9 (30%) sociálních pracovníků. U psychoterapeutů je rozdělení u všech třech skupin rovnoměrné, 10 (33%) pracovníků.

Tabulka č. 7: Výše pracovního úvazku

Výše pracovního úvazku	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
0,2	0	0%	4	13%
0,3	0	0%	2	7%
0,4	0	0%	1	3%
0,5	1	3%	2	7%
0,6	1	3%	2	7%
0,8	4	13%	3	10%
0,9	0	0%	2	7%
1	24	80%	14	47%
<i>Celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 5: Výše pracovního úvazku

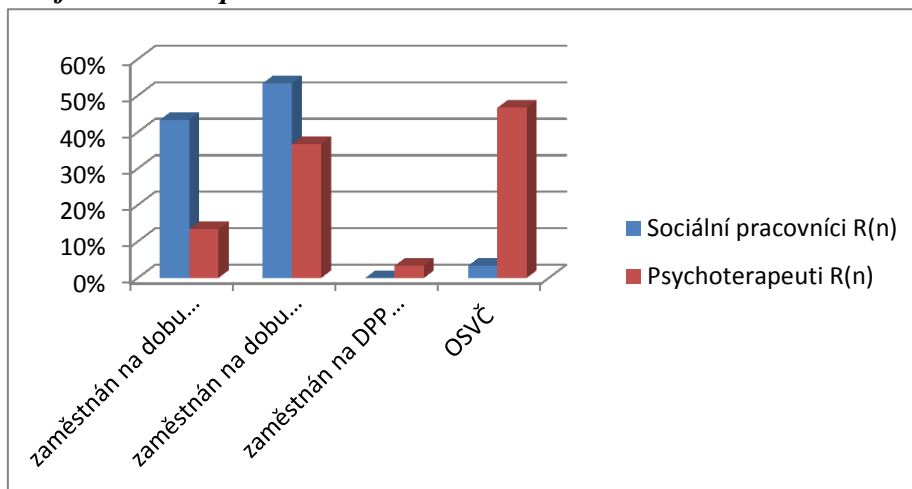


Nejpočetnější skupinu tvoří u obou profesí respondenti pracující na plný úvazek s počtem 24 (80%) sociálních pracovníků a 14 (47%) psychoterapeutů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou 4 (13%) sociální pracovníci se zkráceným úvazkem na 0,8 a 4 (13%) psychoterapeuti s částečným úvazkem 0,2. Nejnížší pracovní úvazek u sociálních pracovníků uvedl 1 (3%) respondent, a to částečný úvazek 0,5.

Tabulka č. 8: Druh pracovního vztahu

Druh pracovního vztahu	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
zaměstnán na dobu určitou	13	43%	4	13%
zaměstnán na dobu neurčitou	16	53%	11	37%
zaměstnán na DPP nebo DPČ	0	0%	1	3%
OSVČ	1	3%	14	47%
<i>celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 6: Druh pracovního vztahu

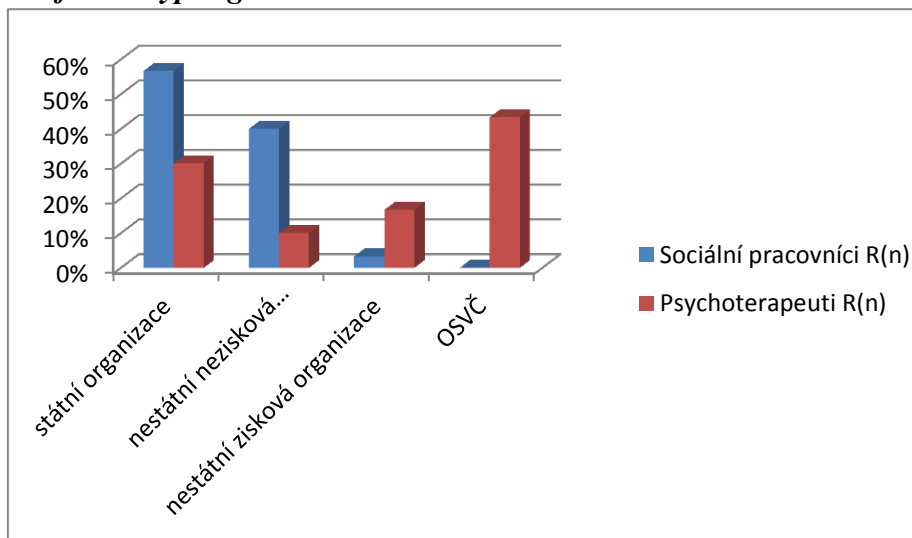


16 (53%) sociálních pracovníků na otázku zjišťující druh pracovního vztahu odpovědělo, že jsou zaměstnaní na dobu neurčitou, 13 (43%) na dobu určitou. 1 sociální pracovník uvedl OSVČ, tedy samostatnou výdělečnou činnost. 14 (47%) psychoterapeutů je samostatně výdělečně činných a nejčastější formou pracovního vztahu je zaměstnání na dobu neurčitou 11 (37%). 1 psychoterapeut uvedl zaměstnání formou DPP nebo DPČ jako druh pracovního vztahu.

Tabulka č. 9: Typ organizace

Typ organizace	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
státní organizace	17	57%	9	30%
nestátní nezisková organizace	12	40%	3	10%
nestátní zisková organizace	1	3%	5	17%
OSVČ	0	0%	13	43%
<i>celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 7: Typ organizace

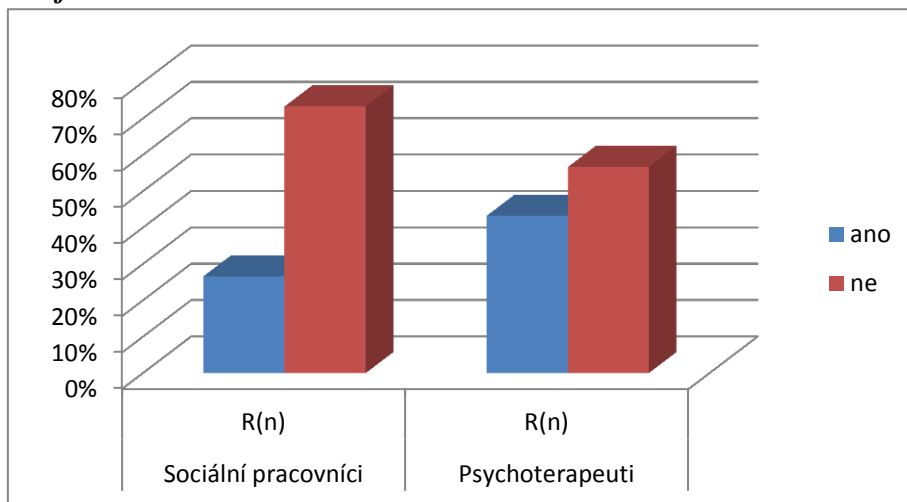


Nejpočetnější zastoupení mezi sociálními pracovníky měli respondenti pracující ve státní organizaci s počtem 17 (57%). 13 (43%) psychoterapeutů uvedlo OSVČ, tedy samostatnou výdělečnou činnost. Druhou nejpočetnější skupinou sociálních pracovníků jsou respondenti pracující v nestátní neziskové organizaci 12 (40%) a psychoterapeuti pracující ve státní organizaci 9 (30%). V nestátní ziskové organizaci pracuje jen 1 (3%) respondent sociální pracovník a 5 (17%) respondentů psychoterapeutů. Nejmenší skupina respondentů psychoterapeutů pracuje v nestátní neziskové organizaci, a to 3 (10%) pracovníci.

Tabulka č. 10: Souběžné zaměstnání

Souběžné zaměstnání	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
ano	8	27%	13	43%
ne	22	73%	17	57%
<i>celkem</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>	<i>30</i>	<i>100%</i>

Graf č. 8: Souběžné zaměstnání



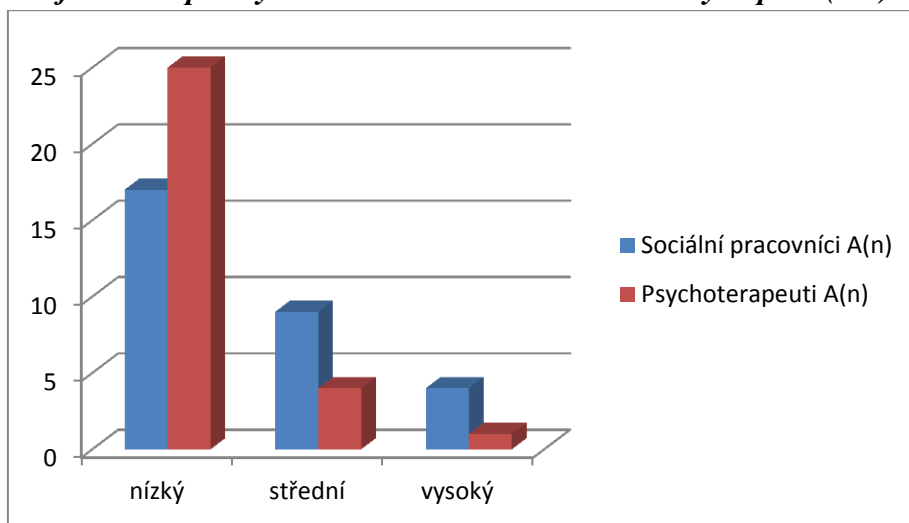
Na otázku souběžného zaměstnání odpovědělo kladně 8 (27%) sociálních pracovníků a 13 (43%) psychoterapeutů. Jako profesi souběžného zaměstnání uvedli sociální pracovníci externí spolupráci na MPSV a vysoké škole, sociální poradenství, fyzioterapii, výpomoc na recepci a v restauraci. Profese souběžného zaměstnání u psychoterapeutů je z oblasti psychologie, sociální práce, administrativy, poradenství, supervize, vzdělávání dospělých a cestovního ruchu. 22 (73%) sociálních pracovníků a 17 (57%) psychoterapeutů nemá souběžné zaměstnání.

5.1.2 Vyhodnocení dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabulka č. 11: Stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání (EE)

Stupeň EE	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
nízký	17	56,67%	25	83,33%
střední	9	30,00%	4	13,33%
vysoký	4	13,33%	1	3,33%
Celkem	30	100%	30	100%

Graf č. 9: Stupeň vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání (EE)

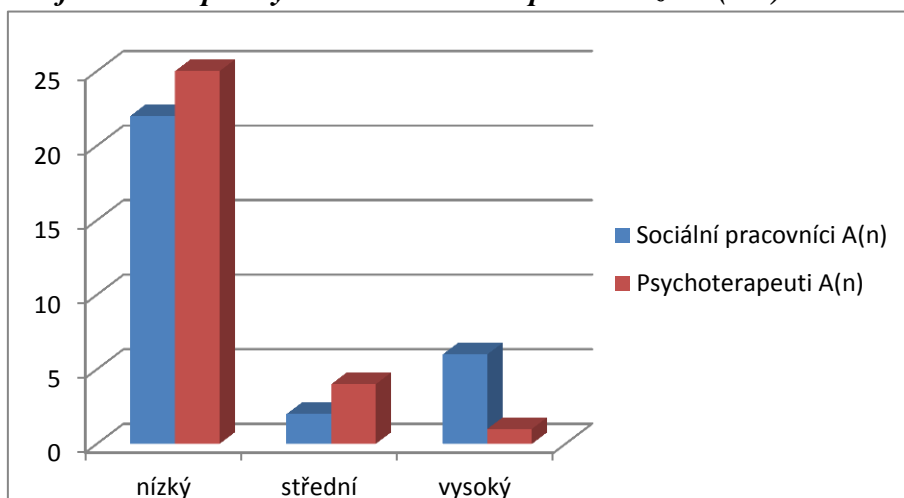


Vysoký stupeň v oblasti emocionálního vyčerpání vykazuje 13,33% sociálních pracovníků a 3,33% psychoterapeutů.

Tabulka č. 12: Stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace (DP)

Stupeň DP	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
nízký	22	73,33%	25	83,33%
střední	2	6,67%	4	13,33%
vysoký	6	20,00%	1	3,33%
Celkem	30	100%	30	100%

Graf č. 10: Stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace (DP)

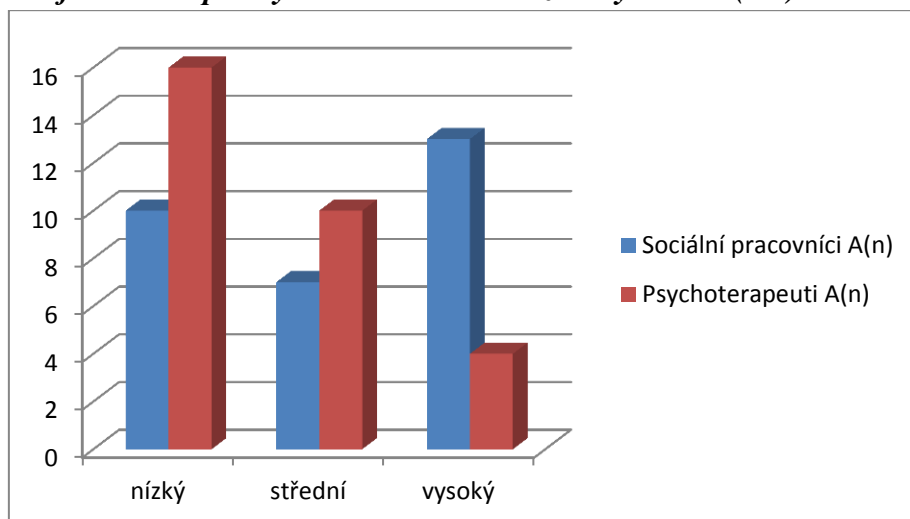


Vysoký stupeň vyhoření v oblasti depersonalizace vykazuje 20% sociálních pracovníků, u psychoterapeutů je to 3,33%.

Tabulka č. 13: Stupeň vyhoření v oblasti snížení výkonosti (PA)

Stupeň PA	Sociální pracovníci		Psychoterapeuti	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
nízký	10	33,33%	16	53,33%
střední	7	23,33%	10	33,33%
vysoký	13	43,33%	4	13,33%
Celkem	30	100%	30	100%

Graf č. 11: Stupeň vyhoření v oblasti snížení výkonosti (PA)



Z celkového počtu 60 respondentů byl u 13 (43,33 %) sociálních pracovníků a 4 (13,33%) psychoterapeutů zjištěn vysoký stupeň vyhoření v oblasti snížení výkonosti.

Tabulka č. 14: Průměrné bodové hodnocení jednotlivých tvrzení v dotazníku MBI

Číslo otázky	Oblast	Tvrzení	Sociální pracovníci	Psychoterapeuti
1	EE	Práce mne citově vysává	2,3	1,0
2	EE	Na konci dne se cítím na dně sil	2,4	1,0
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	1,4	1,1
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	4,3	4,6
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jedním jako s neosobními věcmi.	1,0	0,3
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně	2,1	2,1

		namáhavá.		
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	4,1	4,3
8	EE	Cítím "vyhoření", vyčerpání ze své práce.	1,4	0,8
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.	4,3	5,5
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	1,1	0,5
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým.	1,2	0,5
12	PA	Mám stále hodně energie	3,4	3,9
13	EE	Moje práce mi přináší pocit marnosti, neuspokojení	1,0	0,5
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mě to vyčerpává.	2,2	2,2
15	DP	Už mě dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	1,2	2,0
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	1,3	1,4
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	4,5	5,3
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty.	3,9	4,8
19	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého.	5,0	5,3
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	1,1	0,3
21	PA	Citové problémy v práci řeším klidně – vyrovnaně.	4,5	4,7
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	1,1	0,6

5.2 Testování hypotéz

Hypotéza č.1:

H_{01} : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

H_{A1} : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání.

Tabulka č. 15: Stupeň emocionálního vyčerpání u sociálních pracovníků a psychologů vzhledem k počtu odpracovaných let v pomáhající profesi

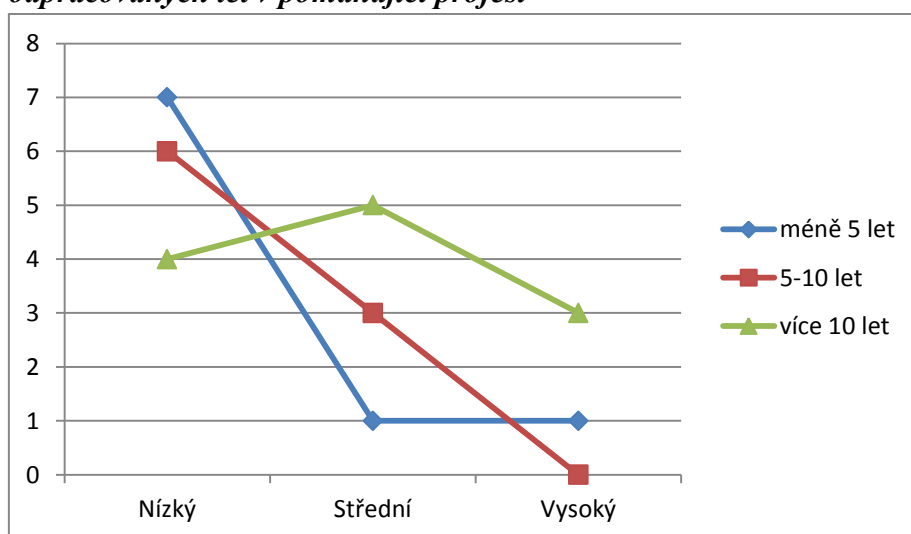
Statistický test Pearsonův chí-kvadrát	Signifikance chí-kvadrát testu
Sociální pracovníci	0,190
Psychoterapeuti	0,630

Tabulka č. 16: Kontingenční tabulky stupně emocionálního vyčerpání u sociálních pracovníků a psychologů vzhledem k počtu odpracovaných let v pomáhající profesi

Sociální pracovníci						
odpracovaná léta *)	stupeň					
	nízký		střední		vysoký	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	7	41,18%	1	11,11%	1	25,00%
5 - 10 let	6	35,29%	3	33,33%	0	0,00%
> 10 let	4	23,53%	5	55,56%	3	75,00%
Celkem	17	100%	9	100%	4	100%

Psychoterapeuti						
odpracovaná léta *)	stupeň					
	nízký		střední		vysoký	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	9	36,00%	1	25,00%	0	0,00%
5 - 10 let	8	32,00%	2	50,00%	0	0,00%
> 10 let	8	32,00%	1	25,00%	1	100,00%
Celkem	25	100%	4	100%	1	100%

Obrázek č. 1 : Graf interakcí mezi stupněm emocionálního vyčerpání a počtem odpracovaných let v pomáhající profesi



Zjistila jsem, že mezi stupněm emocionálního vyčerpání a počtem odpracovaných let není statisticky významná závislost u sociálních pracovníků ($p = 0,190$), ani u psychologů ($p = 0,630$). Na základě výsledků testování se nulová hypotéza (H_0) u sociálních pracovníků i u psychologů potvrzuje a zamítá hypotéza alternativní (H_A).

Hypotéza č.2:

H_{02} : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychologa a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace.

H_{A2} : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychologa a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace.

Tabulka č. 17: Stupeň depersonalizace u sociálních pracovníků a psychologů vzhledem k počtu odpracovaných let v pomáhající profesi

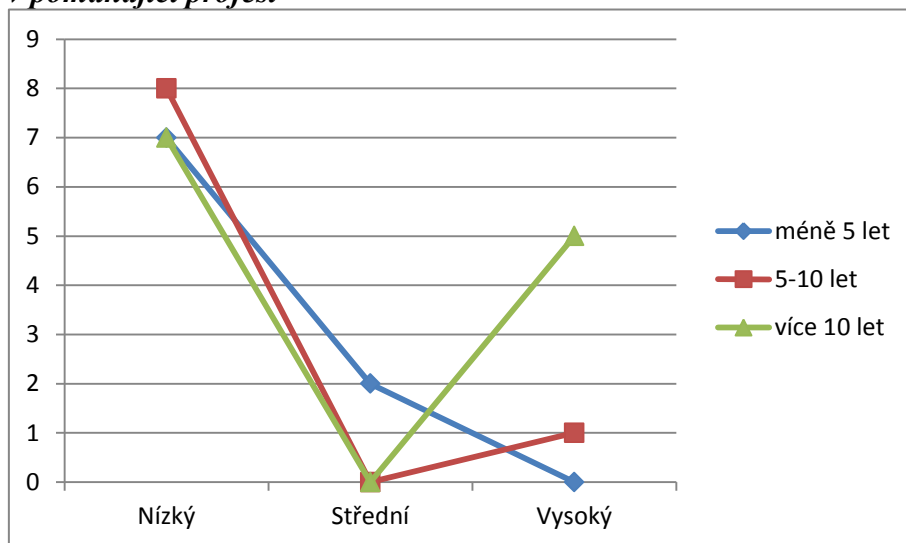
Statistický test Pearsonův chí-kvadrát	Signifikance chí-kvadrát testu
Sociální pracovníci	0,035
Psychologové	0,588

Tabulka č. 18: Kontingenční tabulky stupně depersonalizace u sociálních pracovníků a psychologů vzhledem k počtu odpracovaných let v pomáhající profesi

Sociální pracovníci						
odpracovaná léta *)	stupeň					
	nízký		střední		vysoký	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	7	31,82%	2	100,00%	0	0,00%
5 - 10 let	8	36,36%	0	0,00%	1	16,67%
> 10 let	7	31,82%	0	0,00%	5	83,33%
Celkem	22	100%	2	100%	6	100%

Psychologové						
odpracovaná léta *)	stupeň					
	nízký		střední		vysoký	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	7	28,00%	2	50,00%	1	100,00%
5 - 10 let	9	36,00%	1	25,00%	0	0,00%
> 10 let	9	36,00%	1	25,00%	0	0,00%
Celkem	25	100%	4	100%	1	100%

Obrázek č. 2 : Graf interakcí mezi stupněm depersonalizace a počtem odpracovaných let v pomáhající profesi



Na základě výsledků testování jsem zjistila na úrovni depersonalizace u sociálních pracovníků statisticky významnou závislost ($p = 0,035$), potvrdila se tedy alternativní hypotéza (H_{A2}). Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem let odpracovaných v pomáhající profesi a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace u sociálních pracovníků.

U druhé skupiny se tato hypotéza nepotvrdila. Na základě výsledku testování potvrzujeme u psychoterapeutů nulovou hypotézu (H_{O2}), tedy statistickou nezávislost ($p = 0,558$) mezi počtem let odpracovaných v pomáhající profesi a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace.

Hypotéza č. 3:

H_{O3} : Předpokládám, že neexistuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti snížení výkonu.

H_{A3} : Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem odpracovaných let v profesi sociálního pracovníka nebo psychoterapeuta a mírou vyhoření v oblasti snížení výkonu.

Tabulka č. 19: Stupeň snížení výkonosti u sociálních pracovníků a psychoterapeutů vzhledem k počtu odpracovaných let v pomáhající profesi

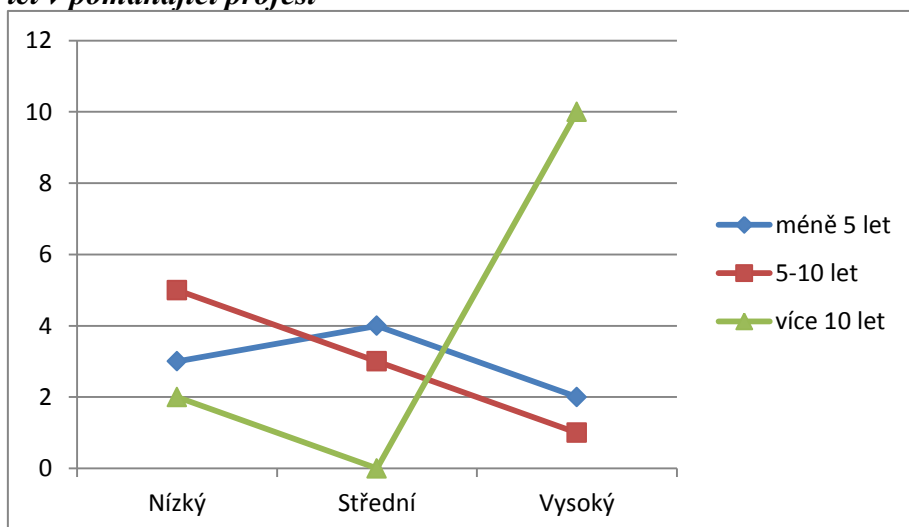
Statistický test Pearsonův chí-kvadrát	Signifikance chí-kvadrát testu
Sociální pracovníci	0,018
Psychoterapeuti	0,935

Tabulka č. 20: Kontingenční tabulky stupně snížení výkonosti u sociálních pracovníků a psychoterapeutů vzhledem k počtu odpracovaných let v pomáhající profesi

Sociální pracovníci						
odpracovaná léta *)	stupeň					
	nízký		střední		vysoký	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	3	30,00%	4	57,14%	2	15,38%
5 - 10 let	5	50,00%	3	42,86%	1	7,69%
> 10 let	2	20,00%	0	0,00%	10	76,92%
Celkem	10	100%	7	100%	13	100%

Psychoterapeuti						
odpracovaná léta *)	stupeň					
	nízký		střední		vysoký	
	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)	A(n)	R(n)
< 5 let	5	31,25%	3	30,00%	2	50,00%
5 - 10 let	6	37,50%	3	30,00%	1	25,00%
> 10 let	5	31,25%	4	40,00%	1	25,00%
Celkem	16	100%	10	100%	4	100%

Obrázek č. 3 : Graf interakcí mezi stupněm snížení výkonosti a počtem odpracovaných let v pomáhající profesi



Zjistila jsem, že mezi stupněm snížení výkonosti a počtem odpracovaných let v pomáhající profesi je statisticky významná závislost u sociálních pracovníků ($p = 0,018$). Na základě výsledků testování se nulová hypotéza (H_0) u sociálních pracovníků zamítá a potvrzuje se hypotéza alternativní (H_A). Předpokládám, že existuje statisticky významná závislost mezi počtem let odpracovaných v pomáhající profesi a mírou vyhoření v oblasti snížení výkonosti u sociálních pracovníků.

U psychoterapeutů se tato závislost nepotvrdila. Na základě výsledku testování potvrzujeme u této skupiny nulovou hypotézu (H_0), tedy statistickou nezávislost ($p = 0,935$) mezi počtem let odpracovaných v pomáhající profesi a mírou vyhoření v oblasti snížení výkonosti.

5.3 Interpretace výsledků a doporučení pro praxi

Výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků i psychoterapeutů nebyl žádným překvapením. Pro své zaměření na bezprostřední práci s lidmi se obě profese řadí mezi povolání s nadměrnou stresovou zátěží a vysokým rizikem syndromu vyhoření. Výzkum jsem realizovala prostřednictvím dotazníku, který byl distribuován elektronickou formou a byl anonymní. Setkala jsem se zájmem o vyplnění dotazníku především u sociálních pracovníků a to díky přiloženému klíči k výsledkům standardizovaného dotazníku MBI, podle kterého si mohli pracovníci sami míru vyhoření zjistit.

Při zaměření na první část dotazníku, výzkum přinesl následující závěry:

Rozdělení respondentů podle pohlaví bylo u sociálních pracovníků stejné jako u psychoterapeutů. Výzkumu se v každé skupině účastnilo 7 mužů (23%) a 23 žen (77%).

Nejvíce respondentů mezi sociálními pracovníky spadalo do skupiny 20- 30 let, a to konkrétně 11 (37%) pracovníků. Nejpočetnější zastoupení respondentů mezi psychoterapeuty bylo ve skupině od 41 do 50 let, tedy 13 (43%) pracovníků. Nejmladší sociální pracovník měl 22 let a nejstarší 62 let. Mezi psychoterapeuty byl nejmladší věk 27 let a nejstarší 57 let. Průměrný věk u sociálních pracovníků byl 38,90 let a u psychoterapeutů 41,30 let.

Nejpočetnější skupinu, u nejvyššího dosaženého vzdělání, tvořili u obou profesí respondenti se vzděláním vysokoškolským, a to 20 (70%) u sociálních pracovníků a 22

(74%) u psychoterapeutů. Druhou nejpočetnější skupinou je středoškolské vzdělání u sociálních pracovníků 5 (17%) a postgraduální u psychoterapeutů 5 (17%).

Nejpočetnější skupinu sociálních pracovníků v počtu odpracovaných let tvoří pracující v pomáhající profesi více jak 10 let. U těchto 12 pracovníků se dá předpokládat zvýšené riziko vyhoření. V pomáhající profesi pracují méně jak 5 let a v rozmezí 5-10 let uvedlo shodně 9 (30%) sociálních pracovníků. U psychoterapeutů je rozdělení u všech třech skupin rovnoměrné, 10 (33%) pracovníků.

80% sociálních pracovníků a 47% psychoterapeutů uvedlo, že pracují na plný úvazek. Druhou nejpočetnější skupinou jsou 4 (13%) sociální pracovníci se zkráceným úvazkem na 0,8 a 4 (13%) psychoterapeuti s částečným úvazkem 0,2.

53% sociálních pracovníků je zaměstnáno na dobu neurčitou, 43% na dobu určitou. 47% psychoterapeutů uvedlo samostatnou výdělečnou činnost a 37% zaměstnání na dobu neurčitou.

Nejpočetnější zastoupení mezi sociálními pracovníky měli respondenti pracující ve státní organizaci s počtem 17 (57%). U psychoterapeutů byl nejvyšší počet osob samostatně výdělečně činných, (43%). Druhou nejpočetnější skupinou sociálních pracovníků je zaměstnání v nestátní neziskové organizaci 12 (40%) a psychoterapeuti pracující ve státní organizaci 9 (30%).

Souběžné zaměstnání uvedlo 8 (27%) sociálních pracovníků a 13 (43%) psychoterapeutů. Jako profesi souběžného zaměstnání uvedli sociální pracovníci externí spolupráci na MPSV a vysoké škole, sociální poradenství, fyzioterapii, výpomoc na recepci a v restauraci. Profese souběžného zaměstnání u psychoterapeutů je z oblasti psychologie, sociální práce, administrativy, poradenství, supervize, vzdělávání dospělých a cestovního ruchu.

Cílem výzkumné části bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů a zjistit, zda má na stupeň vyhoření vliv počet odpracovaných let v pomáhající profesi. Druhou část dotazníku tvořil standardizovaný dotazník Christiny Maslachové a Susan E. Jacksonové (1981) určený k odbornému vyšetření burnout syndromu. Tato výzkumná metoda zjišťuje míru vyhoření na třech

rovinách – emocionální vyčerpání, depersonalizace, snížení výkonnosti a obsahuje celkem 22 tvrzení. Po analytickém zpracování dat jsem zjistila následující:

Z analýzy výsledků výzkumné části vyplývá, že dotazovaní sociální pracovníci trpí v oblasti emocionálního vyčerpání nejčastěji nízkým stupněm s počtem 17 (56,67%), dále pak středním stupněm vyhoření s počtem 9 (30%). 25 (83,33%) psychoterapeutů trpí nízkým a 4 (13,33%) středním stupněm vyhoření v oblasti emocionálního vyčerpání. Ověřování hypotéz dále potvrdilo u obou profesí nezávislost emocionálního vyčerpání na počtu odpracovaných let. Tento výsledek je možné interpretovat také tak, že i když pomáhající profese nepřináší každodenní úspěch a klade na člověka vysoké nároky, důležitým faktorem při překonávání těchto mezníků může být vědomí, že pomáhající profese má přesto nějaký smysl.

V oblasti depersonalizace se výsledky u skupiny psychoterapeutů pohybovaly v pásmu nízkého stupně vyhoření s počtem 25 (83,33%) a středního stupně s počtem 4 (13,33%). Respondenti z řad sociálních pracovníků uvedli vyšší distancovanost a menší citlivost k problémům klientů než psychoterapeuti. 6 (20%) sociálních pracovníků trpí dle analýzy výsledků výzkumu vysokým stupněm vyhoření. Závislost mezi počtem odpracovaných let v pomáhající profesi a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace se potvrdila u sociálních pracovníků. U psychoterapeutů se statisticky významná závislost nepotvrdila.

U sociálních pracovníků byl také nejvyšší počet odpovědí s nejvyšším stupněm vyhoření v oblasti snížení výkonnosti, a to 13 pracovníků (43,33%). Většina těchto respondentů v první části dotazníku současně uvedla zaměstnání na plný úvazek ve státní organizaci. Výsledky snížení výkonnosti u psychoterapeutů se pohybovaly v nízkém stupni s počtem 16 (53,33%) a střední stupni vyhoření s počtem 10 (33,33%). Jejich vyšší pracovní angažovanost a kladné hodnocení výkonů je možné také vysvětlit zjištěním, že 13 (43%) psychoterapeutů uvedlo v první části dotazníku samostatnou výdělečnou činnost. Závislost stupně vyhoření v oblasti snížení výkonnosti se na počtu odpracovaných let potvrdila u sociálních pracovníků. U psychoterapeutů se statisticky významná závislost nepotvrdila.

Praktická část práce splnila stanovené cíle. Pomocí analýzy vyplněných dotazníků od 30 sociálních pracovníků a 30 psychoterapeutů se podařilo ověřit stanovené hypotézy. Výzkum otevřel některé nové otázky směřující především k podrobnějšímu prozkoumání specifických zdrojů stresu při organizaci pracovního prostředí, jako např. možnost pružné pracovní doby, pravidelných porad týmu, supervize a také na podporu dalšího vzdělávání.

Vzhledem k malému počtu zkoumaných osob není možné z výsledků výzkumu vyvozovat obecné závěry. Pro lepší zmapování současné situace syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů by bylo vhodné výzkum realizovat u mnohem většího počtu respondentů se stejným pracovním zázemím a sledovat více faktorů, jako např. závislost vyhoření na typu pracoviště, nebo kombinace přímé práce s klienty jinými činnostmi. Střídání pracovních činností v rámci organizace, je nejen psychickým odlehčením, ale také přínosem pro profesionální růst jedince.

Doporučená opatření pro zmírnění následků a četnosti výskytu syndromu vyhoření jsou stejně jako příčiny pro každého jedince silně individuální. Jedno z hlavních doporučení je vyvarování se stresu v jeho pravidelné až chronické podobě. Dalším doporučením pro jednotlivce je pečovat o své tělo, ale i duši, dopřát si dostatek volného, dobře a kvalitně stráveného času. Důležité je nastolit si optimální klid a pohodu jak v soukromém, ale i pracovním životě.

Sociální opora kolektivu a dobré vztahy mezi pracovníky navzájem, je významným činitelem při utváření uspokojivého pracovního prostředí. Doporučení pro zaměstnavatele je podporovat další osobnostní vzdělávání a vytvořit dostatečný prostor pro seznámení se pracovníků s předmětem syndromu vyhoření a možnostmi prevence. Další doporučení se týká organizace vnitřního prostředí. Zvážit možnost omezení pracovního úvazku především u sociálních pracovníků, nebo alespoň omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty. V týmové práci u sociálních pracovníků, ale i psychoterapeutů, začlenit do pravidelného programu porady pracovního týmu nebo týmové supervize. Stěžejním doporučením v pracovní oblasti je konzultovat postupy používané v práci s klienty se zkušeným odborníkem ve vlastní organizaci nebo jinde, ať už formou intervize, individuální nebo skupinové supervize.

ZÁVĚR

Autorka bakalářské práce se snažila podat ucelený obraz o problematice stresu a syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů.

V úvodní části se zabývala příčinnými souvislostmi stresu a syndromu vyhoření, a to jak jejich teoretickými východisky, projevy a vývojovými fázemi. Na základě teorie autorka uvádí, že syndrom vyhoření je spojován s povoláními se silnou citovou zátěží a bývá důsledkem stresu vyplývajícího ze sociálních vztahů mezi pracovníky pomáhajících profesí a jejich klienty.

V jednotlivých kapitolách se dále věnuje nejdůležitějším aspektům profese sociálního pracovníka a psychoterapeuta, osobnostním předpokladům, metodám práce a oblastem spolupráce.

Další kapitola se zaměřuje na důležitost psychohygieny, dále pak na možnosti prevence z hlediska jednotlivce, ale také organizace.

Ve výzkumné části autorka dotazníkovým způsobem zjišťuje míru výskytu syndromu vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů, a to v oblasti emocionálního vyčerpání, depersonalizace a také snížení výkonnosti. Ukazuje se, že pracovníci obou profesí jsou v každodenním kontaktu s lidmi, kteří prochází náročným životním obdobím, jsou v psychické nerovnováze a často duševně nemocní. Je zřejmé, že taková práce vyžaduje vysokou osobnostní a emoční angažovanost.

Získaná data nepřinesla jednoznačnou odpověď na otázku, zda má na stupeň vyhoření vliv počet let odpracovaných v pomáhající profesi. Na úrovni emocionálního vyčerpání ověřování hypotéz potvrdilo u sociálních pracovníků i u psychoterapeutů nezávislost na počtu odpracovaných let. U depersonalizace a snížení výkonnosti se závislost mezi počtem odpracovaných let v pomáhající profesi a mírou vyhoření v oblasti depersonalizace potvrdila u sociálních pracovníků. U psychoterapeutů se statisticky významná závislost nepotvrdila.

Výzkum otevřel některé nové otázky směřující především k podrobnějšímu prozkoumání specifických zdrojů stresu při organizaci pracovního prostředí, jako např.

možnost pružné pracovní doby, kombinace přímé práce s klienty jinými činnostmi nebo podpora dalšího vzdělávání.

Z literatury i výzkumu vyplývá, že pro budoucnost těchto profesí je potřeba posílit péči o pracovníky a soustředit se zejména na prevenci v péči o duševní a psychické zdraví. Preventivní opatření jsou pro každého jedince silně individuální. Jedno z hlavních opatření je vyvarování se stresu v jeho pravidelné až chronické podobě. Důležitá je sociální opora kolektivu a dobré vztahy mezi pracovníky navzájem. Zaměstnavatel může v rámci dalšího vzdělávání nabídnout možnost semináře s problematikou syndromu vyhoření, nebo nabídnout zaměstnancům dostatečný prostor pro konzultaci pracovních případů, ať už formou týmových porad, intervize nebo supervize. Dobré vztahy na pracovišti jsou základem úspěšné práce a jedním z pilířů prevence syndromu vyhoření.

V rámci prevence je také důležité se zaměřit na včasné rozpoznání varovných signálů s cílem předejít rozvinutí onemocnění, které se v oblasti pomáhajících profesí, ale i běžném životě, vyskytuje čím dál častěji.

LITERATURA

COMBY, Bruno. *Stres pod kontrolou*. Praha: Pragma, 1997. Přeložila Ivana PAUKERTOVÁ. ISBN 80-7205-475-9.

CIMICKÝ, Jan. *Sám proti stresu: jak se ubránit stresu a udržet duševní rovnováhu*. Praha: Bondy, 2015. ISBN 978-80-88073-02-4.

CRANACH, Agnes, PINES, M. Ayala, ARRONSON, Elliot a KAFRY, Ditsa. *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag, 2006. ISBN: 978-3-608-94285-9.

HARTL, Pavel a HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 568, 586, 450. ISBN 80-7178-303-X.

HORTON, John, HANZELIK, Edd a GALLWEY, W. Timothy. *Zvládněte stres metodou inner game: Jak se vyrovnat s nástrahami života a dosáhnout vnitřní stability*. Přeložil Aleš LISA. Praha: Managment Press, 2012. ISBN 978-80-7261-243-7.

HENNIG, Claudius a KELLER, Gustav. *Anti – Stress – Programm für Lehrer*. Donauworth: Verlag Ludwig Auer GmbH, 1995. ISBN: 3-403-02646-9.

JOSHI, Vinay. *Stres a zdraví*. Přeložila Dagmar TOMKOVÁ. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.

KABAT- ZINN, Jon. *Vědomí přítomnosti*. Přeložil Martin ŠTĚRBA. Olomouc: Votobia, 1996. ISBN 80-85619-64-4.

KEBZA, Vladimír a ŠOLCOVÁ, Iva. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80 - 7071 - 231 – 7.

KRATOCHVÍL, Stanislav. *Psychotherapie*. Praha: Avicenum, 1970.

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

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

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003, s. 228, 263, 164. ISBN 80-7178-549-0

NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0

PONĚŠICKY, Jan. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-459-4

PONĚŠICKY, Jan. *Zásady prevence a psychoterapie neurotických a psychosomatických onemocnění*. Praha: Triton, 2011. ISBN: 978-80-7387-518-3

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

PRIEB, Mirriam. *Jak zvládnout syndrom vyhoření. Najděte cestu zpátky k sobě*. Přeložila Iva MICHŇOVÁ. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří a KEBZA, Vladimír. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.

ŘEZNIČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. Praha: Slon, 2000. ISBN 80-85850-00-1.

SELYE, Hans. *Stres života: Jak překonat škodlivý účinek stresu a jak využít stres jako vlastní výhodu*. Přeložila Petra KUDRNÁČOVÁ. Praha: Pragma, 2016. ISBN 978-80-7349-392-9.

TOŠNER, Jiří a TOŠNEROVÁ, Tamara. *Burn out syndrom – syndrom vyhoření*. Pracovní sešit pro účastníky kurzů. Praha: Hestia, 2002.

VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., rozšíř. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0723-3.

ZÁKONNÁ USTANOVENÍ

ČESKO. Vyhláška č. 332/2013 Sb., o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka. In: *Sbírka zákonů České republiky 2013*. ISSN 1211-1244 [online]. © 2010-2017 [cit. 2017-03-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-332>

PŘEDNÁŠKY

BALCAR, Karel. *Psychoterapeutické směry a metody*. Přednášky pro 2. roč. Praha: PVŠPS, 2015.

LACA, Slavomír. *Sociální práce – metody*. Přednáška pro 1. roč. Praha: PVŠPS, 2014.

BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

BUDINOVÁ, Petra. *Prevence a léčba syndromu vyhoření u pomáhajících pracovníků*. Praha, 2005. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. 62 s. Vedoucí diplomové práce MUDr. Olga Dostálová, CSc.

VANČOVÁ, Mária. *Burn-out syndrom u sestier pracujících s geriatrickými pacientami*. Brno, 2012. Diplomová práce. Masarykova univerzita. 100 s. Vedoucí diplomové práce Mgr. Petra Juřeníková, Ph.D.

PŘÍLOHY

PŘÍLOHA Č.1: DOTAZNÍK K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI

Vážená kolegyně, vážený kolego,

studuji obor Sociální práce se zaměřením na aplikovanou psychoterapii na PVŠPS a ve své závěrečné práci se zabývám syndromem vyhoření u profese sociálních pracovníků a psychoterapeutů.

V této souvislosti se na Vás obracím s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož vyplnění trvá 3-5 minut. Údaje jsou anonymní a budou použity výhradně pro účely mé práce. Dotazník naleznete na <http://www.click4survey.cz/s/12046/d4ad4194>.

Přílohou zasílám také klíče k výsledkům standardizovaného dotazníku MBI, zjišťující míru vyhoření.

Děkuji za spolupráci

Marie Zlesáková

1. strana
Uved'te prosím Váš věk:
Pohlaví: muž žena
Uved'te prosím všechny stupně vzdělání, kterými jste prošel/a: gymnázium střední odborné vyšší odborné vysokoškolské Bc. vysokoškolské Mgr. postgraduální
Jak dlouho pracujete v pomáhající profesi? méně než 5 let 5-10 let více jak 10 let
Pracuji jako psychoterapeut/-ka sociální pracovník/-ce
Výše pracovního úvazku (př. 0,8):
Druh pracovního vztahu: zaměstnán/a na dobu neurčitou zaměstnán/a na dobu určitou zaměstnán/a na DPP nebo DPČ OSVČ
V jakém typu organizace pracujete? státní organizace nestátní nezisková organizace nestátní zisková organizace OSVČ

Máte souběžné zaměstnání?			
ano			
ne			
Uved'te prosím profesi souběžného zaměstnání:			
2. strana			
Dotazník MBI: Maslach Burnout Inventory			
V tomto dotazníku doplňte do vyznačeného políčka u každého tvrzení číslo, které nejlépe vyjadřuje sílu pocitu na bodové škále v rozmezí 0 – 7 bodů. Síla pocitů znamená intenzitu, hloubku a míru prožívání pocitů.			
Síla pocitů: Vůbec 0 – 1 - 2 – 3 - 4 – 5 – 6 – 7 Velmi silně			
Míra vyhoření se zjišťuje na třech rovinách – emocionální vyčerpání (EE), depersonalizace (DP) a snížení výkonnosti (PA).			
Číslo otázky	Oblast	Tvrzení	Síla pocitu
1	EE	Práce mne citově vysává	
2	EE	Na konci dne se cítím na dně sil	
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.	
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mě skutečně namáhavá.	
7	PA	Jsem schopen 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 naladuju.	
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem.	
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mě činí citově tvrdým.	
12	PA	Mám stále hodně energie	
13	EE	Moje práce mi přináší pocit 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.	
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 udělal/a hodně dobrého.	
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21	PA	Citové problémy v práci řeším klidně – vyrovnaně.	
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy	

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku!

PŘÍLOHA Č. 2: KLÍČ K VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU

Klíč k vyhodnocení dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory)

Druhou část dotazníku tvoří standardizovaný dotazník Christiny Maslachové a Susan E. Jacksonové (1981) určený k odbornému vyšetření burnout syndromu.

Tato výzkumná metoda zjišťuje míru vyhoření na třech rovinách:

EE – emocionální vyčerpání (9 otázek)

DP – depersonalizace (5 otázek)

PA – snížení výkonnosti (8 otázek)

Síla pocitu se uvádí označením hodnoty na škále v rozmezí 0 – 7.

Vůbec 0 – 1 - 2 – 3 - 4 – 5 – 6 – 7 Velmi silně

Vyhodnocení se provádí součtem všech hodnot uvedených u otázek v jednotlivých oblastech – EE, DP a PA.

Stupeň vyhoření v jednotlivých oblastech			
	Nízký	Střední	Vysoký
EE – emocionální vyčerpání	0-16	17-26	Nad 27
DP – depersonalizace	0-6	7-12	Nad 13
PA – snížení výkonnosti	Nad 39	38-32	Pod 31

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora/ky: Marie Zlesáková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Stres a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů

Počet stran (bez příloh): 76

Celkový počet stran příloh: 6

Počet titulů české literatury a pramenů: 26

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 2

Počet internetových odkazů: 1

Vedoucí práce: Doc. PaedDr. Slavomír Laca, PhD.

Rok dokončení práce: 2017

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne: 28.4.2017

Marie Zlesáková

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Márie Zlesakova**

Obor studia: **Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii**

Název práce: **Stres a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů**

Vedoucí/oponent* práce: **doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **79**

Počet stránek příloh: _____

Počet titulů v seznamu literatury: **29**

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	X			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	X			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

	X			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nemám otázky do diskusie, všetky boli vydiskutované v rámci konzultácií.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka Márie Zlesakova sa zaoberá vo svojej práci sociálnou problematikou, ktorou je stres a syndrom vyhorenia u sociálnych pracovníkov a psychoterapeutov. Štruktúra práce je dobrá a je vyvážená v štyroch teoretických kapitolách a jednotlivých podkapitolách a posledná piata kapitola je empirická. V abstrakte autorka charakterizuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej práce v teoretickej a empirickej časti ktorou sa zaoberá v posledných kapitolách svojej práci. Autorka pri písaní použila adekvátnu odbornú literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen domácu odbornú literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala).

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku. Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu štruktúrovaného dotazníka MBI a zvolila si hypotézy, kde na overovanie svojich výsledkov použila štatistickú metódu „Chí-kvadrát test“. Musím pochváliť diplomatku, a jej praktické skúsenosti z danou problematikou s ktorou sa stretla na praxi, taktiež chválím jej prístup k písaniu práce a spoluprácu, to hodnotím veľmi kladne. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výborne).

Datum, podpis: 25.05.2017



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta bakalářské práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Marie Zlesáková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Stres a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů

Oponent práce: Mgr. Lucie Vacková Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 76

Počet stránek příloh: 6

Počet titulů v seznamu literatury: 28

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	X			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

- 1) Charakterizujte pojmy eustres a distres.
- 2) Jaký je rozdíl mezi sociální prací preventivní a kurativní?
- 3) Vysvětlete odlišnosti mezi etickým kodexem sociálních pracovníků a etickým kodexem psychoterapeutů.

Celkové zhodnocení (klady a nedostatky):

Autorka BP se zabývá aktuálním společenským tématem - syndromem vyhoření u sociálních pracovníků a psychoterapeutů. V teoretické části textu autorka nejprve definuje klíčové pojmy, promýšlí možné souvislosti vzniku stresu a syndromu vyhoření, představuje teoretická východiska dané problematiky. Dále se podrobněji věnuje profesním rolím, činnostem a vybraným metodám, jichž využívají sociální pracovníci a psychoterapeuti, dvě tzv. pomáhající profese, které jsou syndromem *burn out* významně ohroženy. V následujícím kroku se autorka zabývá etickými kodexy a úlohou prevence u těchto vztahově a osobnostně náročných povolání. V praktické části BP autorka předkládá kvantitativní výzkumnou studii, jejímž cílem bylo zjistit četnost výskytu syndromu vyhoření u vybrané skupiny sociálních pracovníků a psychoterapeutů. Dále šlo i o to, zmapovat, zda stupeň vyhoření u obou profesí je či není ovlivněn počtem odpracovaných let v těchto zaměstnáních.

Klady a nedostatky BP:

BP je po stránce gramatické, obsahové i formální velmi pěkně zpracována. Zvolené téma BP je aktuální a významně souvisí se studovaným oborem. Oceňuji autorčinu snahu hlouběji porozumět dopadům stresu a syndromu vyhoření na pomáhající profese, které představují výchozí principy studia sociální práce na Pražské vysoké škole psychosociálních studií, sociální práce zaměřené na aplikovanou psychoterapii.

Kritická poznámka se týká absence diskuse v textu BP. Autorka ji však z velké míry uvedla v podkapitole 5.3 pod názvem - *Interpretace výsledků a doporučení pro praxi*.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 22/5 2017

Mgr. Lucie Vacková Ph.D.

