

Supervize jako podpora prevence syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích

Monika Prantlová

Bakalářská práce
2023



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2022/2023

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Monika Prantlová**
Osobní číslo: **H19332**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Supervize jako podpora prevence syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti supervize u zdravotně sociálních pracovníků.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření technikou dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků kvantitativního šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

KUZYŠIN, B., M. SCHAVEL and J. PAVELKOVÁ. Reflection of the Specifics of the Supervision Process in the Environment of Social and Legal Protection of Children. *Postmodern Openings*, 2020, vol. 11, no. 1, Supl. 1, pp. 116-130. ISSN 2068-0236.
HAVRDOVÁ, Z. a M. HAJNÝ. *Praktická supervize*. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
HAWKINS, P. a R. SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. 202 s. ISBN 978-80-7178-715-9.
KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 7. vyd. Praha: Portál, 2016. 147 s. ISBN 978-80-2621-147-1.
KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. 152 s. ISBN 978-80-262-0180-9.

Vedoucí bakalářské práce: **doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2022**
Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2023**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2023

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně

.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě

pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem bakalářské práce je supervize jako možná prevence syndromu vyhoření v oblasti práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici. Cíl práce je zaměřen na výskyt syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích v České republice, jejich informovanost o syndromu vyhoření a znalosti jeho možné prevence.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a praktickou. Teoretická část představuje syndrom vyhoření, jeho příznaky, diagnostiku, fáze, rozvoj a prevenci. Popisuje supervizi, její funkce, cíle, formy, přístupy, techniky a její aktéry. V teoretické části je také definována pomáhající profese zdravotně sociálního pracovníka. Praktická část přináší výsledky kvantitativního šetření pomocí techniky dotazníku u zdravotně sociálních pracovníků poskytujících sociální práci v zdravotnickém zařízení.

Klíčová slova: supervize, syndrom vyhoření, zdravotně sociální pracovník, nemocnice, prevence

ABSTRACT

The topic of the bachelor's thesis is supervision as a possible prevention of burnout syndrome in the field of work of a health and social worker in a hospital. The aim of the work is focused on the occurrence of burnout syndrome among health and social workers in hospitals in the Czech Republic, their awareness of burnout syndrome and knowledge of its possible prevention.

The work is divided into two parts, theoretical and practical. The theoretical part presents the burnout syndrome, its symptoms, diagnosis, stages, development and prevention. It describes supervision, its functions, goals, forms, approaches, techniques and its actors. The helping profession of a health and social worker is also defined in the theoretical part. The practical part brings the results of a quantitative investigation using the questionnaire technique among health and social workers providing social work in a medical facility.

Key words: supervision, burnout syndrome, health and social worker, hospital, prevention

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní doc. RNDr. Jaroslavě Pavelkové, CSc., za odborné vedení, věcné připomínky, ochotu a vstřícnost po celou dobu vedení bakalářské práce. Velké díky patří rovněž mé rodině a přátelům, kteří mi po celý čas byli velkou oporou. V neposlední řadě bych ráda poděkovala respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu, bez kterých by tato závěrečná práce nemohla vzniknout.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SUPERVIZE	12
1.1 FUNKCE SUPERVIZE	13
1.2 CÍLE SUPERVIZE	14
1.3 FORMY SUPERVIZE	14
1.4 TECHNIKY UŽÍVANÉ V SUPERVIZI	17
1.5 AKTÉŘI SUPERVIZE	17
1.6 SUPERVIZE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	20
2 SYNDROM VYHOŘENÍ	24
2.1 PŘÍZNAKY SYNDROMU VYHOŘENÍ	24
2.2 FÁZE A ROZVOJ	27
2.3 DIAGNOSTIKA	29
2.4 PREVENCE	31
3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE	34
3.1 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK	34
3.2 ETICKÉ PRINCIPY ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE	35
3.3 FAKTORY ZTĚŽUJÍCÍ VÝKON ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE V NEMOCNICI	36
II PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 METODIKA VÝZKUMU	39
4.1 CÍLE PRÁCE A VÁZKUMNÉ OTÁZKY	40
4.2 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU	40
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMU	40
5 ANALÝZA DAT	41
6 DISKUZE	63
ZÁVĚR	67
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	69
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	74
SEZNAM TABULEK	75
SEZNAM GRAFŮ	76
SEZNAM PŘÍLOH	77

ÚVOD

Předložená bakalářská práce je věnována supervizi jako možné prevenci syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích v České republice. Cílem práce je zjistit výskyt syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích, jejich informovanost o syndromu vyhoření a znalosti jeho možné prevence v rámci využití metody sociální práce, supervize. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována syndromu vyhoření, jeho příznakům, diagnostice, jednotlivým fázím, rozvoji a prevenci. Popisuje také supervizi, její funkce, cíle, formy, přístupy a její aktéry. Představena je zde též definice pomáhající profese zdravotně sociálního pracovníka a etické principy zdravotně sociální práce, včetně zdravotně sociální práce v nemocnici.

Supervize je aplikována do mnoha oblastí pomáhajících profesí, které spojuje osobní vztah s klientem. Je procesem, který dává pracovníkům možnost otevřeně hovořit o práci, problémech a situacích, které s ní souvisejí. Umožňuje získat sebereflexi, poskytnout možnosti ke zkvalitnění práce s lidmi, podpořit profesní rozvoj a motivaci k práci. V dnešní době je trend profesionalizovat pomáhající profese, což sebou nese větší nároky na pracovníky, zejména na jejich kompetence a další profesionální rozvoj. Mnozí pracovníci se cítí vyčerpaní díky každodennímu střetávání se s problémy svých klientů. Mají pocit, že svou práci nezvládají, nemají klientům, co nabídnout a cítí se vyhoření, i když je, s terminem syndrom vyhoření, většina lidí v různé míře obeznámena. V praxi se na tento jev pod množstvím pracovních nároků a různých situací zapomíná. Potřeba využití supervize tedy vyplývá z profesionálního přístupu v práci s lidmi. Pomáhá nám při hledání alternativních řešení problémů, je prostředkem ke zkvalitnění práce s klienty a také se domníváme, že je důležitou součástí prevence zdraví pracovníků v pomáhajících profesích. Supervizi je tedy možné z tohoto hlediska považovat za důležitou součást výkonu jak zdravotní, tak sociální práce. V sociální práci se s ní setkáváme často, jelikož je ukotvena ve Vyhlášce č. 505/2006 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Je tomu tak ale i ve zdravotnictví? Z tohoto důvodu nás zajímá, jakou zkušenost mají zdravotně sociální pracovníci v nemocnicích s využíváním supervize, jak důležitost supervize vnímají a zda je pro ně opravdu užitečná. Otázky vyvstávají i vzhledem k problematice, jak se staví vedení nemocnic k využívání možnosti supervize. Je pracovníkům možnost využití supervize nabízena nebo si ji musí zdravotně sociální pracovníci zařídit individuálně? Můžeme supervizi považovat za možnou prevenci syndromu vyhoření?

Pro výzkum byla zvolena kvantitativní metoda pomocí techniky dotazníku u zdravotně sociálních pracovníků poskytujících sociální péči ve zdravotnickém zařízení. Získaná data jsou prezentována pomocí grafů a tabulek, včetně vyhodnocení cílů práce. Na základě získaných výsledků z provedeného kvantitativního výzkumu je uvedena diskuze a doporučení pro praxi, které by mohlo pomoci zvýšit informovanost o syndromu vyhoření a jeho možné prevenci v rámci supervize.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SUPERVIZE

Pomáhat lidem v nouzi je jednou z nejušlechtlejších, ale také zároveň nejnáročnějších činností v lidském životě. Naděje, která střídá bezmoc, radost doprovázená smutkem a nadšení střídající zklamání. Tyto emoční turbulence nepochybně zasahují i ty nejsilnější lidské osobnosti. Supervize napomáhá člověku tak, že svým procesem působí na ty, kteří svůj život zasvětili svým klientům. Uplatnění supervize v praxi pomáhajících profesí prošlo určitým přirozeným vývojem. Využívání supervize bylo dříve především doménou psychologů, kteří ji využívali v psychoterapii. Supervize se ale postupně přenesla i do dalších profesí, ve kterých hraje hlavní roli člověk, který je odkázán na pomoc odborníka (Kuzyšin, Schavel a Pavelková, 2020).

Koláčková (in Matoušek, 2013) uvádí, že supervize je celoživotní forma učení, která je zaměřená na rozvoj profesionálních dovedností a kompetencí supervidovaných, při níž je kladen důraz na aktivace jejich vlastního potenciálu v bezpečném a tvořivém prostředí. Hlavním cílem supervize je profesionální rozvoj pracovníka a rozšiřování jeho dovedností. Zároveň s tím má supervize pracovníkovi pomáhat řešit těžko řešitelné případy a pomoci se mu vyrovnat s pracovním stresem.

Špirudová (2015, str. 100) supervizi definuje jako: „*Supervize je forma podpory profesního růstu/celoživotního vzdělávání, je to forma podpory rozvoje profesních kompetencí, znalostí, odborných dovedností jedince, týmu a organizace.*“

Česká instituce pro supervizi ČIS (2006) definuje supervizi jako důležitou oblast profesního růstu. Dříve byla supervize běžnou součástí psychoterapie, poradenství a sociální práce. V posledních letech je ale stále více oceňována a žádána i v dalších oblastech práce s lidmi, jako např. v pomáhajících profesích, medicíně a různých dalších oborech. Supervize může vyvolávat představu jakési vyšší kontroly a hodnocení. V koncepci integrativní supervize Českého institutu pro supervizi (2006) se však supervize rozumí jako laskavá, bezpečná a obohacující zkušenost. Supervize může být zaměřena jak na lepší porozumění dané situaci, prohloubení prožívání a uvolnění tvořivého myšlení, tak i na rozvoj nových perspektiv profesního chování; může být také současně modelem učení.

1.1 Funkce supervize

Podle klasického rozdělení A. Kadushina z roku 1976, má každá supervize tři základní funkce: **řídící, vzdělávací a podpůrnou**. Každá z těchto funkcí je v každé supervizi v různé míře přítomna (Havrdová, 2008).

Proctorová (in Hawkins a Shohet, 2016) dělí funkce supervize na formativní, restorativní a normativní. Formativní neboli **vzdělávací funkce** se týká porozumění, rozvoje dovedností a schopností supervidovaných prostřednictvím rozebírání a reflektování práce supervidovaných pracovníků s klienty. Při tomto reflektování pomáhá supervizor pracovníkům svým klientům lépe porozumět, pochopit dynamiku průběhu jejich společných interakcí, pomáhá jim si více uvědomit své reakce a odezvy na klienta, dále může pracovníkům pomoci podívat se na to, jaké jsou dopady jejich intervencí, a také jim může pomoci najít další možné způsoby práce se situacemi svých klientů.

Restorativní neboli **podpůrná funkce** se zaměřuje na reakci na skutečnost, že na všechny pracovníky, kteří pracují s klienty, ve velké míře působí bolest, zoufalství a roztržštěnost klienta. Pracovníci si zde musí uvědomit, v jaké míře je to může ovlivňovat a zaměřit se na zvládnání těchto emocí, které mohou vzniknout přílišnou empatií s klientem. Nevěnování pozornosti těmto emocím může vést k nižší účinnosti pracovníků. Toto může často vést ke stresu či dokonce k celkovému vyhoření.

Poslední, normativní neboli **řídící funkce** plní funkci dohledu a kontroly kvality odvedené práce s klienty. Nevyhnutelná lidská selhání, předsudky či citlivá místa v důsledku vlastních problémů pracovníků si vynucují potřebu někoho, kdo se spolu s nimi dívá na jejich práci s klienty. V mnoha případech nese supervizor určitou zodpovědnost za to, jak s klienty supervidovaný pracuje a také za blaho samotných klientů. Supervizor je veden k tomu, aby nesl určitý díl zodpovědnosti za správné a řádné vykonávání práce supervidovaných, za dodržování etických norem, a i za to, že bude práce odpovídat vytyčeným standardům kvality (Hawkins a Shohet, 2016).

1.2 Cíle supervize

Hlavním cílem supervize je profesionální rozvoj pracovníka a rozšiřování jeho dovedností. Zároveň s tím má supervize pracovníkovi pomáhat řešit těžko řešitelné případy a pomoci se mu vyrovnat s pracovním stresem (Koláčková in Matoušek, 2013).

Podle České instituce pro supervizi ČIS (2006), může být cílem supervize „vyšší uspokojení z práce, zvýšení její kvality a efektivity, prevence profesního vyhoření.“

Havrdová (2008) uvádí, že v supervizi jde především o plnění konkrétních účelů odvozených od jediného společného cíle, a to udržet či zlepšit kvalitu práce v profesi. Charakterizuje také smysl a poslání. Za nejdůležitější považuje přispívání ke zkvalitnění práce. K tomuto se váží další dílčí cíle jako sdílení nejistot a odpovědnosti, což je pro sociálního pracovníka velkou zátěží.

Bärtlová (2007, s. 7) řadí mezi cíle supervize pro supervidovaného:

- „Další vzdělávání se,
- získání podpory,
- obrana proti syndromu vyhoření,
- posílení vlastní nezávislosti a získání nových (dalších) dovedností,
- zvýšení sebevědomí,
- podílení se na naplňování etického kodexu své profese,
- přinášet své organizaci kvalitně odvedenou práci a plnit její očekávání.“

1.3 Formy supervize

Kapitola pojednává o formách supervize, jako je autosupervize, individuální supervize, skupinová supervize, týmová supervize a peer supervize.

Autosupervize

Podle Hawkinse a Shoheta (2016) je jedním z hlavních cílů každé supervize pomoci pracovníkům s rozvojem svého vlastního zdravého vnitřního supervizora. Tento druh supervize je na místě, když se nám nedostává dobré supervize odjinud. Její důležitou stránkou je totiž schopnost reflektovat svoji vlastní práci. Ta se může prohloubit tím, že si supervidovaný vyvine vlastní systém zapisování si své práce s klienty. Jde zde hlavně o reflektování procesu myšlenek, pocitů, neverbálních projevů a tělesných reakcí po dobu, kdy je s klientem. K podpoře autosupervize můžeme zápisy o procesech reflektování prohloubit pomocí obrazových a zvukových záznamů práce s klienty. Tato forma supervize může být náročná, jelikož předpokladem pro správnou autosupervizi je, aby měl pracovník dostatek času pro reflexi, byl ochoten si upřímně přiznat své potřeby a problémy či uměl pochybovat o způsobech vlastní práce s klienty.

Supervize individuální

Tento druh supervize probíhá individuálně ve strukturovaném kontaktu s jedním pracovníkem. Hlavním úkolem je reflektovat a podpořit profesionální fungování pracovníka a jeho další rozvoj. Realizuje se plánovaně, v časově vymezených schůzkách s dohodnutým programem, který je určitým způsobem vzhledem k situaci plastický. Základem je zde supervizní dohoda či kontrakt, která musí být stanovena před zahájením supervize samotné. V kontraktu je upřesněno, co bude součástí supervize a co nikoli, jaká bude frekvence schůzek, kde bude supervize poskytována, jaká budou základní pravidla a především, co bude cílem supervizního setkání. Struktura procesu zahrnuje supervizantovu reflexi z předešlého pracovního období, kdy současně předloží problém, na kterém chce se supervizorem pracovat. Následně je supervizantovi poskytnut čas k přemýšlení a vytříbení si myšlenek, přičemž na jejich základě obdrží zpětnou vazbu. Po této fázi nabízí supervizor varianty řešení a tím zapojuje fantazii a tvořivost supervizanta. Posledním stádiem je podpořit jeho rozhodnutí a oboustranně zhodnotit naplnění zakázky (Koláčková in Matoušek, 2013).

Supervize skupinová

Stejně jako u individuální supervize je skupinová supervize strukturovaný proces, který dává pracovníkům možnost diskutovat ve skupině o své práci, pocitech a vztazích, které při práci prožívají. Cílem je profesionální rozvoj jednotlivců v rámci skupiny. Skupinová supervize je podobně, jako individuální supervize, plánovaná a časově vymezená (Koláčková in Matoušek, 2013).

Týmová supervize

Hajný (2008) rozděluje týmovou supervizi na supervizi týmu a supervizi v týmu. Supervize týmu se zaměřuje na vztahy a uspořádání rolí na pracovišti, charakter řízení, kompetence jednotlivých kolegů a další oblasti týmové práce a spolupráce, ve kterých se můžeme věnovat tomu, co kdo v týmu dělá, jaká je kvalita a vývoj spolupráce mezi členy týmu či jaká je v týmu převládající atmosféra. Supervize v týmu využívá tým jako supervizní skupinu, která pracuje na reflexi případu práce s klienty. Věnuje se oblastem společného rozboru případu práce pracovníka s klientem, reflexí vedení určité aktivity nebo programu s klienty, rozboru vzniku zátěžové či krizové situace s klienty anebo diskuzí či strukturovanou reflexí průběhu konzultace s klientem a její zpětné vazbě.

Peer supervize – neboli intervize

Peer supervize je kolegiální supervize, která spočívá ve vzájemné supervizi mezi kolegy na pracovišti bez přítomnosti supervizora. Při této formě supervize zastávají roli supervidovaného i supervizora všichni zúčastnění supervize. Tato forma supervize má především formu podpůrnou. Není zde totiž zastoupena žádná řídicí složka supervize, ale všichni účastníci jsou si navzájem rovni. Mezi největší nevýhodu peer supervize patří již zmiňovaná absence vedoucího. Chybí zde tedy jasná pravidla a hranice, pevná a jednoznačná struktura setkání, a také může chybět větší nasazení samotných zúčastněných (Bártlová, 2007).

1.4 Techniky užívané v supervizi

Bálintovská skupina

Technika Bálintovské skupiny vytvořena lékařem a psychoterapeutem M. Bálintem byla metodou určenou původně pro lékaře, ale později se osvědčila i v sociální sféře. Při této technice se skupina pracovníků schází ve stanovených intervalech pod vedením kvalifikovaného vedoucího. Jeden z účastníků vždy nabídne případ, se kterým by chtěl pomoci. Z pravidla se jedná o případ, kdy pracovník není spokojen s tím, jak daný kontakt s klientem prožíval nebo jak si v dané situaci počínal. Skupinová práce na případu probíhá tak, že daný účastník přednese problém tak, jak si jej pamatuje. Další účastníci se doptávají na okolnosti, které potřebují vědět pro vytvoření uceleného obrazu o tom, co se asi dělo v pracovníkovi, klientovi a popřípadě i u dalších zúčastněných osob během dané situace. Účastníci dále předkládají, co si představují o vztazích a citech jednotlivých postav případu a navrhují praktický postup, který by zvolili na místě pracovníka. Na závěr se ten, kdo případ předložil, vyjádří ke zpětné vazbě účastníků supervize a ocení to, co pro něj bylo užitečné (Kopřiva, 2011).

Hraní rolí

Pomocí techniky hraní rolí lze zpětně přehrát interakci s pracovníkem a klientem a lépe jí tak porozumět. Supervidovaný si tak doslova může přehrát konflikt nebo problém s klientem, který zažívá. Hraní rolí lze využít v individuální supervizi, lépe je však viditelné v supervizi skupinové, kde je více možností zvolit pomocné herce (Kratochvíl, 2017).

1.5 Aktéři supervize

Supervizor i supervizovaní procházejí během supervize náročnými situacemi vzájemného hodnocení, ukazováním slabých míst a konflikty v loajalitě vzhledem k ostatním pracovníkům, klientům či celé organizaci. Nejen roli supervizora, ale i supervizanta, je tedy třeba se učit a zacvičovat se do ní (Havrdová, 2008).

Supervizor

Podle ČIS (2006) je supervizor osoba, která vykonává samostatnou odbornou činnost, k jejímuž provádění je nutné mít dlouholeté praktické zkušenosti a úspěšné naplnění náročných podmínek supervizního výcviku. Supervizor by měl být také odborníkem, který je pro supervidovaného důvěryhodnou autoritou.

„Supervizor má být průvodcem, který pomáhá supervidovanému jedinci, týmu, skupině či organizaci vnímat a reflektovat vlastní práci a vztahy, nacházet nová řešení problematických situací“ (Český institut pro supervizi, 2006).

Podle Hawkinse a Shoheta (2016) je nezbytné, aby byl supervizor flexibilní mezi teoretickými koncepcemi a užíváním široké škály intervencí a metod. Také by měl mít schopnost vidět situaci z různých úhlů pohledu. Měl by disponovat schopností usměrňovat a zvládat úzkost, jak svou vlastní, tak i úzkost supervidovaného. Měl by být otevřený novým věcem, trpělivý a umět nakládat s mocí.

Matoušek (2013) předkládá obraz Kadushina o dobrém supervizorovi, kdy jsou hlavním kritériem preference a uspokojení supervidovaných. Z tohoto hlediska je dobrým supervizorem *„ten, který je supervidovanými upřednostňován, posuzován jako vyhovující a na něhož pozitivně reagují, mají ho rádi a důvěřují mu“* (Matoušek, 2013, s. 358).

Naopak Gilbert a Evans (In Hawkins a Shohet, 2016) popisují vlastnosti „ideálního supervizora“ následovně:

- Flexibilita v užívání teoretických koncepcí a široké škály metod a intervencí
- Pohled z mnoha perspektiv: schopnost vidět daný problém z rozličných úhlů pohledu
- Zmapování disciplíny, v níž supervizi provádí
- Schopnost práce napříč kulturami

- Schopnost usměrňovat a zvládat úzkost, a to jak tu svou, tak i supervidovaných
- Otevřenost vzhledem k učení – schopnost učit se od supervidovaných i z nových situací, které vyvstanou
- Citlivost vůči otázkám širšího kontextu
- Vzdělanost v postupech proti utlačování
- Humor, skromnost a trpělivost

Mezi nejobtížnější nové dovednosti, které supervize vyžaduje, popisují Hawkins a Shohet (2016) jako „schopnost helikoptéry“. Jedná se o schopnost přepínat ohnisko pozornosti mezi těmito oblastmi:

- Klienti, které supervidování popisují
- Supervidování a jejich proces
- Váš vlastní proces a vztah tady a teď se supervidovanými
- Klienti v jejich širším kontextu (a pomoc supervidovaným dělat totéž)
- Širší kontext instituce a otázky vztahů mezi institucemi (Hawkins a Shohet, 2016, s. 53)

Kvalifikace supervizora

Český institut pro supervizi (2006) stanovuje kritéria pro supervizní výcvik, která jsou v souladu s požadavky EASC (*European Association for Supervision and Coaching*)

- Nejméně 13 let praxe v oboru pomáhajících profesí
- Vysokoškolské vzdělání humanitního směru magisterské úrovně nebo medicíny
- Ukončený výcvik v psychoterapii
- Minimálně 120 hodin supervize vlastní práce
- Zkušenost s vedením uceleného vzdělávacího programu v oblasti pomáhajících profesí nebo zkušenost s vedením pracoviště či týmu

Náplní supervizního výcviku je přímá práce ve výcvikové skupině, jejímž obsahem jsou např. témata: modely a rámce supervize, supervizní nástroje, etické otázky supervize, práce s dokumentací apod. Na závěr celého výcviku musí budoucí supervizor absolvovat závěrečné posouzení, které se skládá ze zpracování písemné kazuistiky vycházející minimálně z pěti supervizních sezení, prezentace a následné diskuze, v níž by měl uchazeč prokázat získané vlastnosti a schopnosti pro výkon funkce supervizora. Pokud by měla organizace zájem o supervizi, je nutné se ptát na vzdělání supervizora, jeho praxi a absolvování akreditačního supervizního výcviku doloženého příslušným certifikátem (Český institut pro supervizi, 2006).

Supervidovaný

Každý supervizant by si měl před supervizním setkáním předem připravit, a co nejlépe zformulovat, své potřeby a očekávání od supervize. Také by si měl ujasnit své téma na každé sezení supervize a aktivně pracovat na naplnění svých potřeb za pomoci supervizora. Měl by se angažovat na tématech druhých a sám otevírat případné konflikty, bezradnost či nespokojenost. Reagovat také na podněty, které v průběhu supervize přicházejí a iniciativně a aktivně je zpracovávat. Je poctivý a pravdivý k procesu supervize, k supervizorovi i členům skupiny a chrání sám sebe, stejně jako intimitu a sebeúctu druhých (Havrdová, 2008).

1.6 Supervize ve zdravotnictví

Zdravotně sociální pracovníci se řadí mezi nelékařské zdravotnické pracovníky a patří do skupiny osob z řad pomáhajících profesí, která vzhledem k nárokům svého povolání vyžaduje speciální psychologickou péči. V České republice však neexistuje legislativa, která by zakotvovala povinnost realizace supervize ve zdravotnických zařízeních. V rámci sociální práce je supervize zakotvena ve Vyhlášce č. 505/2006 Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve zdravotnictví tak tomuto není.

Ve Velké Británii se např. s postupujícím propojováním zdravotní a sociální péče posouvá i vnímání pojmu supervize ve zdravotnictví. *Care Quality Commission* – nezávislá instituce regulující poskytování zdravotní a sociální péče v Anglii (2013) ve svém metodickém materiálu uvádí jako účel supervize poskytování bezpečného a důvěrného prostředí pro zaměstnance k přemýšlení a diskutování o své práci. Důraz je zde kladen také

na podporu zaměstnanců v jejich osobním i profesním rozvoji a v reflexi jejich praxe. Supervize je zde primárně poskytována lékařům, zdravotně sociálním pracovníkům a zdravotním sestram.

V českém prostředí však supervize ve zdravotnictví dosud ukotvena není. Sociální práce se zde začala znovu budovat až po roce 1989 a zdravotně sociální práce jako samostatný a jasně ohraničený obor byla legislativou vymezena až přijetím zákona o nelékařských zdravotnických povoláních v roce 2004. Zdravotně sociální práce v České republice navazuje na pozici dřívějších sociálních sester a formálně se řadí mezi zdravotnická povolání (ačkoliv se věcně jedná o specializaci v rámci sociální práce). Jelikož je zdravotně sociální práce svou příslušností ke zdravotnictví od hlavního proudu odtržena, tak se i trendy a přístupy, které jsou prosazeny a mají své místo v sociální práci, ve zdravotně sociální práci prosazují déle a obtížněji. Toto platí také i pro supervizi (Michková, 2017).

Podle Venglářové (2013) je v současné době pozornost věnovaná psychohygieně pracovníků v pomáhajících profesích nakloněna i k možnosti zavádění možnosti supervize do zdravotnictví. Bohužel i přes poměrně pozitivní zkušenosti z jiných oborů (např. sociální služby) se jedná stále o okrajové téma. Přitom zdravotníci při výkonu svého povolání zažívají náročné situace vyvolávající mnoho emocí. Během supervize by mohlo docházet k ventilaci a celkovému zvládnutí těchto emocí, které mohou negativně působit na pracovníky a v různých formách mohou také dopadat zpět na jejich pacienty. Náplní supervize může být také kazuistika obtížného případu na daném nemocničním oddělení, kde jde především o zvědomení obav a pocitů, přístupu k nemocným a o reflexi vlastního chování. V případě práce se složitým pacientem může supervize poskytnout pracovníkovi podporu, inspiraci pro další postupy či posílit jeho pracovní kompetence.

Podle Havrdové a Hajného (2008, s. 178) se můžeme ve zdravotnictví setkat s dvojitým typem supervizora. „*Prvním typem je profesionál z praxe ve zdravotnictví, který absolvoval speciální supervizní přípravu a do zdravotnických zařízení dochází jako **externista***“. Výhodou externího supervizora je větší nadhled nad problémy v daném zdravotnickém zařízení, jelikož se nejedná o nadřízeného supervidovaných. Externí supervizor může supervidovaným pracovníkům také poskytovat větší bezpečí a disponuje značným rozhledem v oblastech pomáhajících profesí. „*Druhým typem supervizora může být **pracovník samotného zařízení**, obvykle se jedná o nadřízeného supervidovaných, který má*

naopak výhodu v tom, že účastníky supervize dobře zná a zvládne jim tak lépe poskytovat zpětnou vazbu při reflexi“. Supervizorem v tomto případě bývá ve většině případů vrchní nebo staniční sestra daného oddělení.

Nemocnice Jihlava (2016) ve svém projektu *Supervize ve zdravotnictví – zbytečnost nebo pomoc?* odůvodňuje důležitost supervize následovně:

- Jsme přesvědčeni, že správně vedená supervize může být příležitostí, a to jak pro nové zaměstnance, tak i pro ty již zapracované. Pomůže vidět věci s nadhledem, uvažovat o nich, najít si zpětnou vazbu a podporu kolegů.
- Supervizní setkání je uváděno z dlouhodobého hlediska jako důležitý preventivní faktor, omezující pocit vyčerpání, které často vede k pochybením, snížení kvality poskytované péče, a následně z toho pramenícímu pocitu frustrace a vlastní neschopnosti. Tento druh nespokojenosti zaměstnance může vést ke zbytečnému opuštění zaměstnání. Spokojenost zaměstnanců vede k větší loajalitě k organizaci, osobnímu uspokojení z práce a motivaci odvádět práci v souladu s vizí nemocnice, tedy poskytovat kvalitní péči pacientům.

Mezi výhody supervize ve zdravotnictví uvádí:

- Umožnění zaměstnancům hovořit otevřeně o svých problémech i úspěších
- Zlepšení efektivity, kvality práce a komunikace mezi jednotlivými členy
- Na základě kazuistik a případů nalézat vhodné přístupy
- Zpracovávání negativních zážitků, konfliktů, zvláště u nově nastupujících pracovníků, podpořit profesní rozvoj
- Schopnost sebereflexe jednotlivých členů týmu
- Stmelení pracovního kolektivu
- Podpoření a udržení motivace k práci (Nemocnice Jihlava, 2006)

Problémy při zavádění supervize ve zdravotnictví

Se zavedením supervize ve zdravotnictví se pojí i řada problémů. Venglářová (2016) mezi problémy při zavádění supervize řadí:

- Nedostatečná podpora v adaptační fázi nově příchozích zaměstnanců.
- Téměř neprůstřelný systém obran – potřeba vyrovnat se s velkým množstvím negativních emocí může vést až k vyhýbání se všemu, co by mohlo tuto ochrannou zeď narušit. Stálý tlak vyvolává nutnost emoce pracovníků spíše potlačovat než reflektovat.
- Organizační – vedení nemocnic často nemá osobní zkušenost se supervizí, aby si mohlo lépe představit, jak ji zavést. Často se jedná buď o plošné zavádění, nebo pouze o vybrání „problémového oddělení“, kde je cílem supervize právě jeho „polepšení“.
- Třisměnný nemocniční provoz.
- Podstav personálu.
- Velký počet přesčasů.

Výše uvedená autorka dodává, že i přesto je zavedení supervize v nemocnicích pro zdravotnictví velkým přínosem. Hlavní otázka zde tedy není, **zda** supervizi v nemocnici zavádět, ale **jak**.

2 SYNDROM VYHOŘENÍ

„Jestli jste někdy viděli dům, který shořel až do základů, pak víte, že to není žádný příjemný pohled. Z kostry, kdysi plné vitality a konání, teď nezbylo nic jiného než drolicí se memento bývalého života a síly. Možná uvidíte nějaké panely a okenní rámy, konstrukce domu je ještě neporušená. Když však vejdete dovnitř, spatříte skutečnou sílu ohně a zkázy“ (Freudenberger in Maroon, 2012, s. 20).

Termín „vyhoření“ byl poprvé užit v 70. letech 20. století psychoanalytikem Herbertem Freudenbergerem, který jako jeden z prvních vědecky popsal syndrom vyhoření. V roce 1981 se syndromem vyhoření zabývala také Christina Maslach, která představila dnes jeden z nejpoužívanějších nástrojů pro měření syndromu vyhoření, tzv. MBI dotazník (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000).

Křivohlavý (2012) uvádí, že pojem syndrom vyhoření vychází z anglického názvu *burnout*, který se doslova překládá jako „vyhořet“ či „vyhoření“. Toto tedy doslova znamená, že zcela fyzicky, emocionálně a mentálně se vyčerpat.

Poschkamp (2013) tvrdí, že jednotná charakteristika pojmu syndromu vyhoření neexistuje, ale dá se popsat jako extrémní emoční vyčerpání.

Podle Purgnerové (2019), dochází subjektivně u syndromu vyhoření k citovému, tělesnému a duševnímu vyčerpání, které je vyvoláno dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou pro člověka emocionálně obtížné. Toto vzniká spojením velkého očekávání a chronického stresu. Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje lidi, kteří nastupují do zaměstnání s obrovskou mírou nadšení. Tito lidé jsou motivováni a spoléhají se na to, že jim jejich práce přinese smysl života. Bohužel však s čím větším nadšením člověk nastupoval do práce, tím vyšší je poté intenzita následného syndromu vyhoření.

Syndrom vyhoření je považován za společenský problém, a tedy i civilizační chorobu, u které se neví původ. V počáteční fázi je vyhoření těžko rozpoznatelné, protože je provázeno řadou příznaků, které jsou však obecné (Stock, 2010).

2.1 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření provází řada příznaků. Tyto příznaky se projevují v různé intenzitě a odlišují se podle fáze vyhoření, ve které se člověk nachází.

Podle Křivohlavého (2009) se symptomy vyhoření nejčastěji objevují u osob, pro které jsou charakteristické následující znaky:

- Značné prvotní nadšení, které časem ochablo
- Neustále kladené příliš vysoké požadavky
- Práce nad úroveň svých schopností, dovedností a kompetencí
- Perfekcionismus
- Workoholismus
- Prožívání neúspěchu jako osobní porážky
- Neschopnost vymanit se z neustále se zvyšujících nároků
- Neschopnost odpočinku, relaxace a regenerace energie
- Život v dlouhodobých mezilidských konfliktech

Ptáček (2013) rozděluje příznaky syndromu vyhoření do psychické, fyzické a sociální úrovně.

Psychická úroveň: celkové duševní vyčerpání s výrazným snížením motivace, únava, deprese, beznadějí, frustrace, snížená kreativita, iniciativa a invence, pocit postradatelnosti až bezcennosti, negativita, cynismus, naprostý pokles zájmu, iritabilita a sebelítost.

Fyzická úroveň: nespecifické bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, bolesti u srdce, tachykardie, poruchy spánku, apatie, ochablost, zažívací obtíže, únava, přetrvávající tenze, dýchací obtíže, nebezpečí vzniku závislosti.

Sociální úroveň: narůstání problémů, nízká empatie, nechuť k práci a ke všemu, co s ní souvisí, lhostejnost k hodnocení od ostatních, útlum sociability.

Křivohlavý (2012) naopak dělí příznaky syndromu vyhoření na subjektivní a objektivní. Mezi **subjektivní příznaky** řadí negativismus, stresové stavy, poruchy osobnosti, snížené

sebehodnocení, velkou únavu a podrážděnost. Mezi **objektivní příznaky** poté patří dlouhodobě snížená produktivita.

Symptomy podle Freudenbergera

Herbert Freudenberg (1974) dělí symptomy syndromu vyhoření následovně:

Vyčerpání: zde řadí ztrátu energie a pocit únavy doprovázený prvními náznaky zoufalství.

Odcizení a izolace: odcizení je zde chápáno jako ochrana proti bolesti a zklamání, zároveň je omezena schopnost pomoci druhým, což může vést k izolaci a depresi.

Prázdnota a cynismus: působí střídavě a jsou vyvolány odcizením; patří sem také pochybnosti o sobě samém, o přátelích a motivech.

Netrpělivost a vznětlivost: vyplývají z frustrace, jejímž původem je nedostatečná výkonnost, člověk trpící vyhořením se rychleji rozzlobí, obtížně kontroluje své city, zmatkuje a snadno se dá vyvézt z míry maličkostmi.

Dojem mimořádných schopností: zde se řadí nedostatek důvěry k ostatním i k sobě samému.

Nedůvěra: jako pocit nedostatečného ocenění doprovázený vztekem a hádkami.

Paranoia: postižený podezírá ostatní, že jej nesprávně hodnotí a škodí mu, stává se také nedůvěřivým vůči lidem ve svém okolí.

Ztráta cílevědomosti: v pokročilém stádiu vyhoření následuje odcizení od okolí a ztráta kontroly, paměť nepracuje dobře, což posiluje stavy neklidu a strachu, na základě neustálého neklidu se zhorší procesy myšlení, kognitivní schopnosti a soustředění jsou narušeny vnitřním rozrušením.

Psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy: sem řadí bolesti hlavy, dlouhodobá chřipková onemocnění a bolesti zad.

Deprese s množstvím aspektů: v některých případech může být vyhoření důvodem ke vzniku deprese. Jedinec ztratí zájem, hodně spí, život pro něj nemá žádný smysl, deprese způsobená vyhořením je dočasná a narušuje pracovní výkon; postižený může být pasivní nebo podrážděný, ale v soukromí se chová normálně a reaguje spíše zlostně (Maroon, 2012).

Symptomy podle Ungera

Unger (1980) rozděluje příznaky syndromu vyhoření do tří hlavních okruhů, a to:

Fyzické příznaky: k fyzickým příznakům řadí fyzické vyčerpání, únavu, nespavost, bolesti hlavy, žaludeční a střevní potíže, úbytek váhy či její růst, časté dlouhotrvající nachlazení či sexuální dysfunkce.

Psychické příznaky: mezi psychické příznaky patří ztráta flexibility, cynismus, negativismus, emocionální vyčerpání a ztráta kontroly nad svými emocemi, špatná nálada, pocit zlosti a pocity viny a selhání.

Behaviorální příznaky: mezi tyto příznaky může patřit špatná výkonnost a nespokojenost v práci, ztráta nadšení v práci, problémy v manželství a větší konflikty v rodině, vyšší konzumace alkoholu a konzumace drog, nedostatek pracovních cílů, špatná soustředěnost, zapomnětlivost či workoholismus (Maroon, 2012).

2.2 Fáze a rozvoj

Syndrom vyhoření není stav, který vznikne ze dne na den. K jeho propuknutí dochází u každého jedince individuálně a po různě dlouhé době, kterou dělíme na fáze. Syndrom vyhoření můžeme rozdělit do několika fází, které mají různou délku, mohou se střídat, opakovat, ale i objevovat se stále dokola (Pešek a kol., 2016).

Jako ukázkou uvádíme jeden z nejznámějších modelů, model pěti fází od Edelwiche a Brodského (1980):

1. Fáze – **fáze nadšení**, která je charakteristická vysokým zapálením jedince pro danou profesi. Velké ideály a množství energie jsou zde v rozporu s nereálnými nároky kladenými na sebe i na své okolí.
2. Fáze – **fáze stagnace**, je charakterizována tím, že jedinec již chápe, že jeho očekávání byla nereálná. Pracovník se již seznámil s realitou a začíná přehodnocovat své počáteční ideály. Zažil již několik zklamání, práce pro něj není již tak vzrušující, jako na začátku. Celý život se omezil v podstatě jen na práci.

3. Fáze – **fáze frustrace**, která je charakteristická tím, že pracovník začíná pochybovat o smyslu svého snažení. Uvědomuje si svoji bezmocnost a zpochybňuje význam i výsledky své práce. Dostavuje se také nedostatek uznání od nadřízených i ze strany klientů.
4. Fáze – **fáze apatie**, je charakterizována vnitřní rezignací, jako obrannou reakcí na frustraci. Pokud postižený nemá žádné vyhlídky na změnu a práce se stává trvalým zdrojem zklamání, dělá jen to, co je nezbytně nutné. Počáteční nadšení se zcela vytrácí, postižený se vyhýbá kontaktům s klienty i náročným úkolům a vše se snaží vyřídit co nejrychleji (Stock, 2010).

Podle Matouška (2013), k rozvoji syndromu vyhoření také specificky přispívají pracoviště:

- *„Kde není věnována pozornost potřebám personálu,*
- *kde noví členové nejsou zacvičeni personálem zkušeným,*
- *kde neexistují plány osobního rozvoje,*
- *kde chybí supervize,*
- *kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešeních,*
- *v nichž vládne soupeřivá atmosféra,*
- *v nichž spolu rivalizuje několik znepřátelených skupin pracovníků (kteří navíc do svých konfliktů zaplétají i klienty),*
- *se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu, příp. i klientů“ (Matoušek a kol., 2013, s. 57).*

2.3 Diagnostika

Mezi techniky měření míry syndromu vyhoření patří různé dotazníky, rozhovory a škály. Jednou z nejvyužívanějších metod je dotazník.

Maslach Burnout Inventory (MBI)

MBI (*Maslach Burnout Inventory*) dotazník patří k nejčastěji používaným metodám pro vyšetření syndromu vyhoření. Tento dotazník se skládá z 22 otázek a poukazuje na tři činitele: **EE** (*Emotional Exhaustion*) je devět otázek zaměřených na emocionální vyčerpání; **DP** (*Depersonalization*) depersonalizace pěti otázkami zaměřena na ztrátu úcty k ostatním; **PA** (*Personal Accomplishment*) je osm otázek týkajících se osobního uspokojení (Křivohlavý, 2012).

V dotazníku lze pozorovat a vyhodnotit dva faktory, a to četnost pocitů, kterou bodujeme podle následujícího postupu:

- 0 - nikdy
- 1 – několikrát za rok
- 2 – jednou měsíčně
- 3 – několikrát za měsíc
- 4 – jednou týdně
- 5 – několikrát týdně
- 6 – každý den

Podle Metodického portálu (2018) je druhým faktorem je síla pocitů, kterou bodujeme od 0 (označující vůbec) po 7 (označující velmi silně), viz Tabulka 1.

Tabulka 1 Síla pocitů

1.	Práce mne citově vysává.	
2.	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil.	
3.	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven.	
4.	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů.	
5.	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.	
6.	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7.	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů.	
8.	Cítím „vyhoření“, vyčerpání ze své práce.	
9.	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňuji a nalaďuji.	
10.	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivý k lidem.	
11.	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým.	
12.	Mám stále hodně energie.	
13.	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení.	
14.	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává.	
15.	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty.	
16.	Práce s lidmi mi přináší silný stres.	
17.	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru.	
18.	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19.	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal jsem hodně dobrého.	
20.	Mám pocit, že jsem na konci svých sil.	
21.	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22.	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy.	

Zdroj: Maroon, 2012

Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocení dotazníku je založeno na kombinaci uvedených škál, které jsou kombinovány tak, aby zastihly více oblastí a nepočítalo se jen celkové dosažené skóre. Na každé škále se tedy měří stupeň vyhoření. Oblast emocionálního vyčerpání a depersonizace je zaměřena negativně, proto zde vysoké hodnoty znamenají vysoký stupeň vyhoření. Naopak, oblast osobního uspokojení je zaměřena pozitivně, proto se syndromem vyhoření korespondují nízké hodnoty (Metodický portál, 2018).

Bodové kritérium:

- 1) Emocionální vyčerpání, sledováno otázkami 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 a 20.

Nízké	0-16
Mírné	17-27
Vysoké	27 a více znamená syndrom vyhoření

2) Depersonalizace, sledována otázkami 5, 10, 11, 15 a 22.

Nízká	0-6
Mírná	7-12
Vysoká	13 a více znamená syndrom vyhoření

3) Osobní uspokojení, sledováno otázkami 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 a 21.

Vysoké	39 a více
Mírné	38-32
Nízké	31-0 a méně znamená syndrom vyhoření

Zdroj: Metodický portál, 2018

Dotazník psychického vyhoření (BM)

Pienesová a Arolson (in Křivohlavý, 1980) vytvořili BM (*Burnout Measure*) dotazník (viz Příloha I.). Tento dotazník se skládá z jednadvaceti otázek, na které se musí odpovědět jedním ze sedmi stupňů podle četnosti výskytu. Dotazník je zaměřen na tři oblasti, a to na tělesné vyčerpání, citové vyčerpání a duševní vyčerpání.

2.4 Prevence

Prevence může výrazně pomoci při předcházení vzniku syndromu vyhoření. Některá preventivní opatření jsou v rovině osobní, jiná by si měl vzít do svých rukou zaměstnavatel nebo by měl přinejmenším alespoň umožnit jejich realizaci (Venglářová, 2011).

Jako možnou prevenci syndromu vyhoření Venglářová (2011) uvádí následující:

Péče o sebe: je časté, že zdravotně sociální pracovník o své klienty pečuje dobře, a však o sebe už ztrácí zájem. Pracovník by měl věnovat stejnou měrou péči, kterou věnuje svým pacientům i sobě samému. V žádném případě není v pořádku, když o sebe pracovník nepečuje a svou energii jen vydává a zpátky nepřijímá.

Sebepoznání a sebehodnocení: aby mohl zdravotně sociální pracovník porozumět pocitům svých klientů, musí napřed poznat a porozumět sám sobě. Měl by si uvědomovat své dobré vlastnosti, schopnosti ale i nedostatky, a to v každé situaci, ve které se nachází. Sebepoznání a sebehodnocení nám umožňuje se lépe přizpůsobit a zvládat obtížné situace.

Mezilidské vztahy: je důležité se obklopotovat blízkými lidmi, kteří nám budou naslouchat, podporovat nás a pomáhat nám v těžkých a často nepříjemných situacích.

Osvícení zaměstnavatelé: dobrým zaměstnavatelem je ten, kdo dovede ohodnotit dobrou práci svého zaměstnance, nešetří pochvalou a podporuje své zaměstnance ve vzdělávacích a společenských akcích.

Supervize: u práce zdravotně sociálního pracovníka je důležité celoživotní vzdělávání, kterému může dopomáhat i supervize, která je zaměřena na rozvoj profesionálních dovedností pracovníka a podporu jeho dalšího pracovního růstu. Supervize také průběžně pomáhá na pracovišti nenásilnou formou vytvářet „učící prostředí“.

Práce patří do práce: ve zdravotně sociální práci se setkáváme s těžkými lidskými osudy a často i s klienty soucítíme. Právě proto bývá mnohdy problém oddělit pracovní problémy s osobním životem. Domov by pro nás měl být místem klidu a odpočinku.

Osobní život, přátelé a koníčky: vytváření osobních zájmů, zálib a koníčků přináší do našeho života uvolnění, radost a uspokojení. Je také důležité nezapomínat na vztahy mezi svými přáteli a známými, kteří nám mohou také v případě nouze pomoci.

Tělesná kondice: naše tělo je zdrojem energie, a proto bychom s ní měli umět hospodařit. Když budeme špatně zacházet se svým tělem, nemůžeme od něj poté očekávat, že nám bude dobře sloužit. Měli bychom se také naučit aktivně odpočívat, protože únava patří k jednomu ze stěžejních případů vyhoření.

Vlastní potřeby: jednou za čas je dobré se zastavit a zeptat se sám sebe na pár otázek: Proč dělám tuto práci? Chci to doopravdy dělat celý život? Co mi tato práce přináší? Když si pravdivě odpovíme na tyto otázky, postupem času zjistíme, jak na tom jsme a sami si budeme schopni určit činnosti a návyky, které nám jen berou a nic nového nám nepřináší.

Důležité je zde také zmínit **psychohygienu**. Moravcová (2019) uvádí, že když se celý den vystavujeme zátěži a stresu a nic neděláme pro to, abychom je omezili, budeme mít v budoucnu problémy. Z tohoto důvodu je důležité naslouchat svému tělu a omezit výskyt stresových situací.

Moravcová (2019) uvádí sedm pilířů duševní hygieny:

1. *„Budte pány svého času, stanovte si priority.*
2. *Rozdělte si práci s ostatními, jak v zaměstnání, tak v rodině. Když něco nestíháte, požádejte o pomoc kolegu.*
3. *Naučte se říkat ne.*
4. *Naučte se zachovat klid. To znamená, že byste si měli osvojit nějakou antistresovou techniku.*
5. *Jezte zdravě a pravidelně sportujte.*
6. *Rozhodně nezanedbávejte spánek. Je to způsob revitalizace těla i psychiky, který nelze ničím nahradit.*
7. *Pozitivní myšlení dělá zázraky“ (Moravcová, 2019, s. 143).*

3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Zdravotně sociální práci lze definovat jako pomoc a podporu pacientovi či jeho blízkým při návratu z nemocničního prostředí se zaměřením na minimalizaci negativních důsledků způsobených pacientovou nemocí. Napomáhá také ke zmenšení výskytu sociálního vyloučení pacienta a zajišťuje návaznost následných sociálních či zdravotních služeb s cílem zlepšení či zachování kvality pacientova života (Pavelková, 2021).

3.1 Zdravotně sociální pracovník

Podmínkou výkonu činnosti všech pracovníků v sociálních službách je podle zákona č. 108/2006 Sb. plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a také odborná způsobilost. Činnosti zdravotně-sociálního pracovníka dále stanovuje Vyhláška zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 55/2011 Sb. v § 9.

Podle této vyhlášky zdravotně-sociální pracovník vykonává sociální prevenci, včetně depistážní činnosti zaměřené na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci. Může provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta. Sestavuje plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření a ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat. Zajišťuje sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům. Účastní se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí. V rozsahu své odborné způsobilosti vykonává činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů, vykonává činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb. V případě úmrtí pacientů provádí odborné poradenství v sociální oblasti a u osamělých zemřelých pacientů zajišťuje záležitosti spojené s úmrtím (Česko, 2011).

Zdravotně sociální pracovník se v nemocnici setkává s klienty a jejich rodinami ze všech sociálních vrstev s různými problémy a specifickými potřebami, musí se tedy orientovat

v mnoha oblastech sociální práce. Ke všem klientům však přistupuje stejně a při řešení jejich aktuální tíživé situace způsobené nemocí či zraněním nabízí všechna dostupná řešení (MPSV, 2019).

3.2 Etické principy zdravotně sociální práce

Pro zdravotně sociálního pracovníka je velmi důležité si vytvořit dobrý vztah s klientem, kterému pomáhá. Tento stav by měl být založen na vzájemné důvěře, pocitu bezpečí a pochopení. Pro vymezení správného rozsahu pomoci poskytnuté klientovi ve zdravotně sociální práci je důležité, aby byl pracovník orientován v klientově sociální situaci a také aby porozuměl klientově osobě (Kutnohorská, Cíchu a Goldmann, 2012).

Mezi základní etické principy zdravotně sociální práce patří:

- *„Advokacie*
- *Autonomie*
- *Cílevědomost*
- *Důstojnost*
- *Důvěrnost*
- *Mlčenlivost*
- *Neškodit*
- *Prospěšnost*
- *Solidarita*
- *Společné dobro*
- *Spravedlnost“* (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2012, s. 54).

3.3 Faktory ztěžující výkon práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici

Zdravotně sociální práce v nemocnici s sebou nese řadu faktorů, které pracovníkům ztěžují výkon jejich práce. Některé z těchto faktorů mohou v horších případech vést až k syndromu vyhoření. Časopis sociální práce (2020) mezi zdroje stresu a vyhoření v práci zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici uvádí:

- Tlak na uvolnění lůžka – tj. hledání řešení pacientovi situace v krátkém čase, což je pro pracovníka stresující. Zejména, když pacient potřebuje službu pobytovou. K dispozici jsou pobytové služby placené, ale mnoho pacientů chce následnou péči neplacenou – tady se však musí počítat s dlouhou čekací dobou.
- Nedostupnost nebo neexistence návazných služeb
- Pomalé vyřizování žádostí o dávky a důchody
- Doprovázení umírajících a jejich rodin
- Řešení situací týraných, zanedbávaných a zneužívaných dětí, když jsou pacienti zdravotnického zařízení

Mezi kritické a velmi náročné situace uvádí:

- Práce s pacienty a rodinami poté, co jim byla sdělena špatná prognóza pacientovy nemoci
- Práce s pacienty s demencí
- Práce s lidmi bez domova, kteří nemají žádné zázemí
- Práce s dětmi, jejichž rodina dobře nefunguje

Osoby bez přístřeší

Specifickou skupinou klientů zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici jsou osoby bez přístřeší, které jsou často hospitalizované v akutním stavu. Jejich ošacení je často znehodnoceno, a tak zdravotně sociální pracovník zajišťuje těmto klientům ošacení nové. Poté s klienty vede rozhovor, při kterém zjišťuje, zda má klient platné doklady, jestli je má u sebe, jak dlouho žije na ulici a jestli má nějaké zázemí. Další nezbytná otázka se týká finančního zajištění klienta. Pokud klient bez přístřeší spolupracuje a chce řešit svoji situaci, tak zdravotně sociální pracovník nemocnice kontaktuje sociální instituce, jako jsou

noclehárny, LDN či azylové domy. Je-li klient bez potřebných osobních dokladů, zažádá pracovník o zajištění rodného listu a zajistí vydání nového občanského průkazu s kartou pojištěnce. Při opakovaných hospitalizacích těchto klientů se zdravotně sociální pracovník může často setkávat s nezájmem a nespoluprací klientů v řešení své situace. Mnoho z nich se chce po propuštění vrátit zpátky na ulici, protože jim tento styl života vyhovuje. Ve většině případů tito klienti ani nedokončí svou léčbu a odchází sami z nemocnice (Franěk, 2019).

Domácí násilí

Zdravotně sociální pracovník se v nemocnici bohužel musí setkávat s dalším sociálně patologickým jevem, kterým je domácí násilí. Pokud je v nemocnici zjištěno podezření na domácí násilí, je klientka či klient nahlášen zdravotně sociálnímu pracovníkovi. Pracovník neprodleně vede s klientem poradenský rozhovor a aktivně nabídne oběti pomoc. Chce-li oběť domácího násilí situaci řešit, zajistí pracovník kontakt s příslušnou sociální službou. Odmítá-li klient situaci řešit, obdrží následně od zdravotně sociálního pracovníka alespoň informativní materiály s kontakty na linky bezpečí s instrukcemi, co při opakovaném domácím násilí dělat.

Zdravotně sociální pracovník se v nemocnici může bohužel setkat i s domácím násilím páchaným na dítěti – v tomto případě je jeho povinností tuto skutečnost nahlásit na OSPOD. Při zanedbávané péči či násilí u seniorů je většinou potřebné zajistit dlouhodobou zdravotní péči na lůžku LDN s navazující péčí v domově pro seniory (Franěk, 2019).

Paliativní péče

Zdravotně sociální pracovník je také v nemocnici zapojen do paliativní péče o klienty v terminálním stádiu nemoci a je součástí paliativního týmu. Poté, co ošetřující lékař sdělí pacientovi a jeho rodině diagnózu nevyléčitelné nemoci s prognózou dalšího vývoje pacientova zdravotního stavu, vede zdravotně sociální pracovník s klientem a jeho rodinou rozhovor o možnostech paliativní péče v domácím prostředí i v rámci lůžkové hospicové péče (Franěk, 2019).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

Praktická část práce je věnována získání informací o postoji zdravotně sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích k supervizi jako prevenci syndromu vyhoření. Dále se zabývá tím, zda je respondentům na pracovištích poskytována supervize; zjišťuje i jakým způsobem se respondenti snaží preventivně předcházet syndromu vyhoření. K vypracování praktické části byla zvolena metoda kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum využívá náhodné výběry, experimenty a sběr dat pomocí dotazníků, testů nebo pozorování. Získaná data jsou s cílem popisu, explorace či ověření pravdivosti našich představ o vztahu sledovaných proměnných, statistickými metodami dále analyzována (Hendl, 2016).

Data byla sbírána pomocí dotazníku. Technika dotazníku patří mezi jeden z nejčastěji využívaných způsobů získání údajů za pomoci otázek majících popisný charakter (Polonský, 2000). Jedná se o techniku sběru dat, která získává informace v písemné formě. Dotazník zaručuje dostatečnou anonymitu respondenta a rychlé získání informací od velkého počtu respondentů za krátké časové období. Z dotazníků však můžeme získat i zkreslené odpovědi, jelikož respondenti nemusí vždy odpovídat pravdivě či předloženou otázku nemusí vždy správně pochopit. K dalším negativům může také patřit nízká návratnost dotazníků (Průcha, 2014).

Dotazník (Příloha II) byl připraven autorkou práce a je tvořen 27 otázkami, které jsou zaměřeny na problematiku syndromu vyhoření a supervizi. V dotazníku jsou použity otevřené otázky, které měly být písemně vyplněny a vyjadřují vlastní názor respondenta. Dále byly použity otázky uzavřené, kdy měl respondent vybrat jednu nebo více nabízených variant odpovědí. Třetí druh tvořily otázky polootevřené. Dotazník se skládá ze tří částí:

- Část zjišťující **demografické údaje** – otázky 1–5
- Část zaměřující se na **syndrom vyhoření** – otázky 6–18
- Část týkající se **supervize** – otázky 19–27

Veškeré získané údaje jsou zpracovány do tabulek a grafů, které jsou dále náležitě popsány.

4.1 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části práce bylo za pomoci kvantitativního výzkumu zjistit, zda se u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích vyskytuje syndrom vyhoření a jaký mají dotazovaní respondenti postoj k supervizi. Dílčím cílem bylo zjistit, zda mají respondenti v nemocnicích možnost supervize a jak se respondenti sami snaží preventivně předcházet syndromu vyhoření.

4.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný vzorek byl vybrán záměrně. Soubor respondentů byl tvořen zdravotně sociálními pracovníky, kteří pracují v nemocnicích po celé České republice. Osloveni byli zdravotně sociální pracovníci pomocí pracovní emailové adresy, kam byly rozeslány dotazníky. Celkem bylo získáno 92 plně vyplněných dotazníků. V průběhu vyhodnocování byly 2 dotazníky vyřazeny pro neúplnost údajů. Kvantitativního výzkumu se zúčastnilo 90 respondentů (100,0 %), z toho 88 žen (97,8 %) a 2 muži (2,2 %).

4.3 Organizace výzkumu

Za účelem získání informací od zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích o výskytu syndromu vyhoření, jejich informovanosti o této entitě, možnostech prevence a poskytování supervize a její efektivity u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích byl vytvořen dotazník (Příloha II).

Dotazník byl vypracován v průběhu měsíce ledna 2023. V polovině února 2023 byl dotazník rozeslán v elektronické podobě zdravotně sociálním pracovníkům pracujících v nemocnicích po celé České republice. Jeho návratnost byla v počtu 92 vyplněných dotazníků. V průběhu vyhodnocování byly 2 dotazníky vyřazeny pro neúplnost údajů. Celkový počet vyhodnocovaných dotazníků byl tedy 90.

5 ANALÝZA DAT

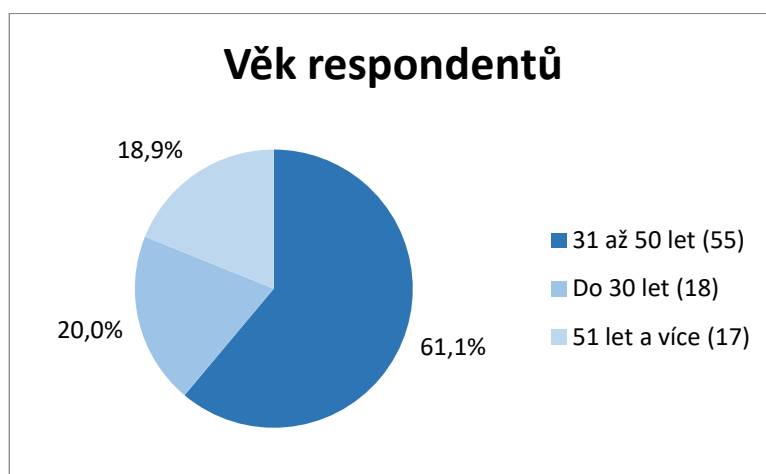
Demografické údaje a obecné informace – otázky 1 až 5

Okruh otázek této části dotazníku je zaměřen na demografické údaje. Účelem získání těchto údajů je vytvoření přehledu o poměru mužů a žen a následného věkového zastoupení zvolených respondentů. Výsledky jsou vyhodnoceny z 90 (100,0 %) vyplněných dotazníků.

Pomocí **otázky 1** jsme zjišťovali **pohlaví respondentů**. Na základě odpovědí respondentů je zřejmé, že většinu respondentů tvoří ženy (jedná se o 88 respondentů, což je 97,8 %). Pouze 2 respondenti (2,2 %) z celkového počtu 90 respondentů (100,0 %) jsou muži.

Pomocí **otázky 2** jsme zjišťovali **věk respondentů** (viz Graf 2). Na základě odpovědí respondentů můžeme vidět, že nejvíce respondentů (55 respondentů, což je 61,1 %) se nachází ve věkovém rozmezí 31–50 let, 18 respondentů (20,0 %) se nachází ve věkové kategorii do 30 let a nejméně respondentů se nachází v kategorii 51 let a více, kde je zařazeno 17 respondentů (18,9 %) (viz Graf 1).

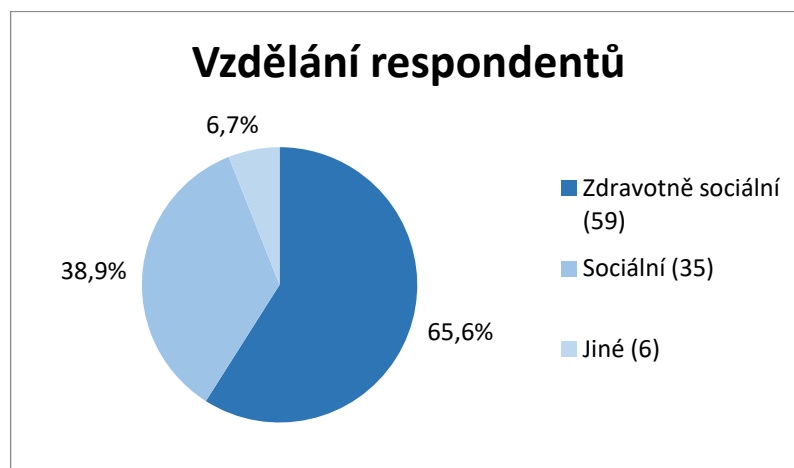
Graf 1 Věk respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 3** jsme zjišťovali **vzdělání respondentů**. Největší počet respondentů, 59, což je 65,6 %, má zdravotně sociální vzdělání, 35 respondentů (38,9 %) má vzdělání sociální a 6 respondentů (6,7 %) má jiné vzdělání (viz Graf 2).

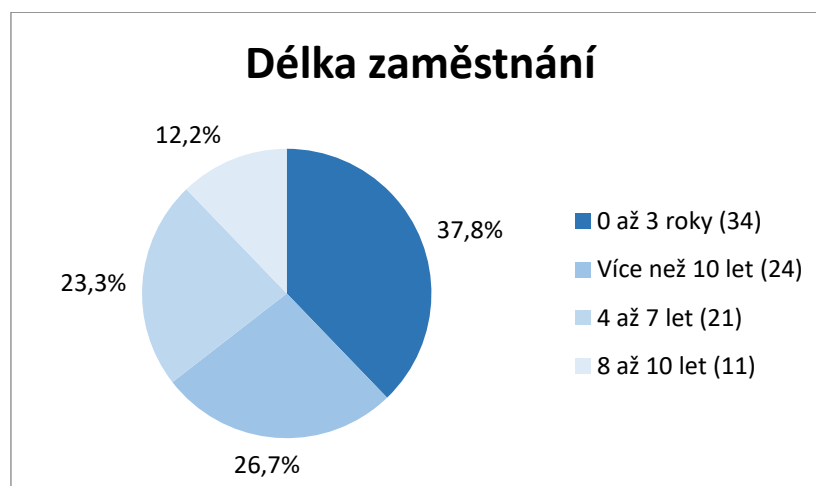
Graf 2 *Vzdělání respondentů*



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 4** jsme zjišťovali **délku zaměstnání**. 34 respondentů, což je 37,8 %, pracuje v nemocnici po dobu maximálně 3 let, 24 respondentů (26,7 %) pracuje v nemocnici více než 10 let, 21 respondentů (23,3 %) pracuje v nemocnici v rozmezí 4 až 7 let a nejméně, 11 respondentů (12,2 %), pracuje v nemocnici v rozmezí od 8 do 10 let (viz Graf 3).

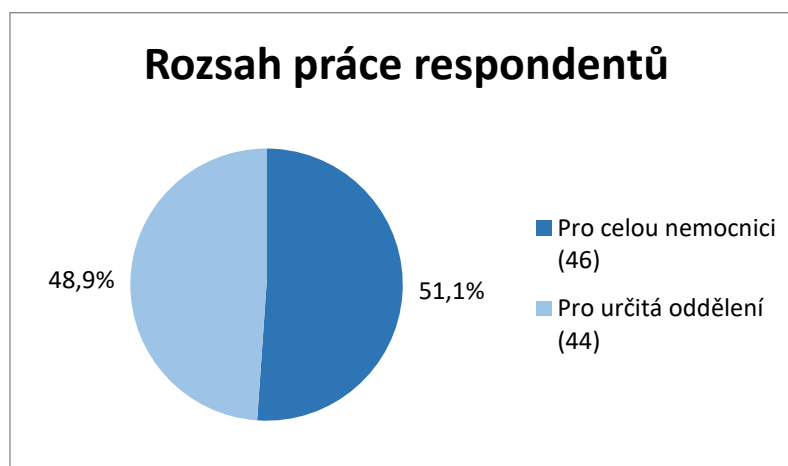
Graf 3 *Délka zaměstnání*



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 5** jsme zjišťovali **rozsah práce respondentů**. Přes polovinu respondentů (51,1 %, což je 46 pracovníků) pracuje pro celou nemocnici, naopak 44 respondentů (48,9 %) pracuje jen pro určitá nemocniční oddělení. Nejpočetněji zastoupenými odděleními jsou: LDN, chirurgická a interní oddělení (viz Graf 4).

Graf 4 Rozsah práce respondentů



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

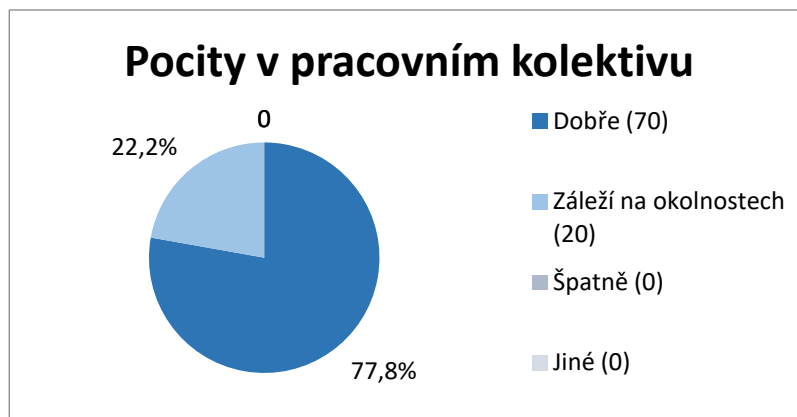
Část zaměřující se na **syndrom vyhoření** – otázky 6 až 18

Okruh otázek této části dotazníku je zaměřen na syndrom vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích. Účelem získání těchto údajů je vytvoření přehledu o tom, jak se cítí pracovníci ve svém zaměstnání, o znalosti syndromu vyhoření, jakým způsobem se snaží o jeho prevenci a dalších údajích spojených s problematikou syndromu vyhoření. Výsledky jsou vyhodnoceny z 90 získaných dotazníků.

Pomocí **otázky 6** jsme zjišťovali, zda pracovníci **zažívají uznání ve své profesi**. Většina respondentů (81 pracovníků, což je 90,0 %) v dotazníku uvedla, že zažívá uznání ve své profesi. Následně byli vyzváni, zda by anonymně napsali od koho. Nejčastější odpovědi se týkaly rodin pacientů, samotných pacientů, lékařů, nadřízených, kolegů a zdravotních sester. Někteří respondenti naopak uvedli, že se jim někdy dostává spíše opaku, že je většina nemocničních oddělení ignoruje, že se jim uznání dostávalo pozvolna a 9 respondentů (10,0 %) v dotazníku uvedlo, že uznání ve své profesi nezažívají vůbec.

Pomocí **otázky 7** jsme zjišťovali, **jak se respondenti cítí v kolektivu**. Většina respondentů (70 pracovníků, což je 77,8 %) uvedlo, že se cítí dobře, 20 respondentů (22,2 %) uvedlo, že záleží na okolnostech. Možnosti špatně a jiné okolnosti neuvedl žádný respondent (viz Graf 5).

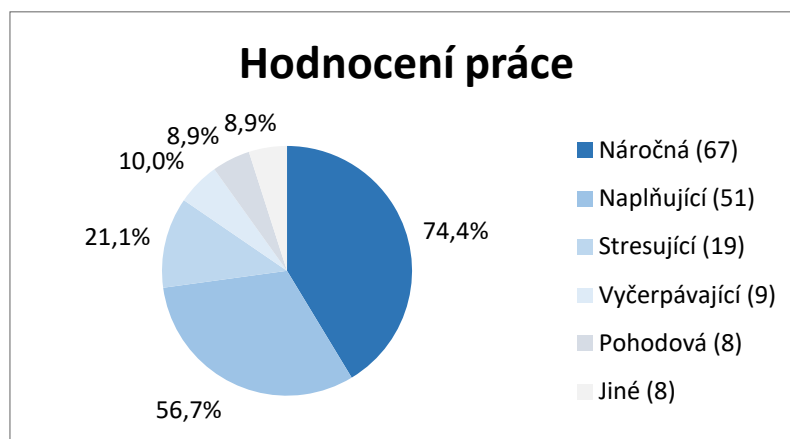
Graf 5 Pocity v pracovním kolektivu



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 8** jsme zjišťovali, **jak respondenti hodnotí svou práci**. Nejvíce respondentů (67 pracovníků, což je 74,4 %) ohodnotilo svou práci jako náročnou, 51 respondentů (56,7 %) hodnotí svou práci jako naplňující, 19 respondentů (21,1 %) jako stresující, 9 respondentů (10,0 %) jako vyčerpávající, 8 respondentů (8,9 %) jako pohodovou a dalších 8 respondentů (8,9 %) uvedli jinou možnost, a to: náročná, ale hezká, důležitá, zajímavá, někdy pod tlakem, naplňující (viz Graf 6).

Graf 6 Hodnocení práce



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 9** jsme zjišťovali, **jak hodně respondenti hodnotí svou práci za psychicky náročnou**. Respondenti v dotazníku na hodnotící škále od 1 do 5 uváděli psychickou náročnost své práce (1 = nejméně psychicky náročná, 5 = nejvíce psychicky náročná). Nejvíce respondentů (36 pracovníků, 40,0 %) zvolilo číslo 3, tedy průměrně náročná, 32 respondentů (35,6 %) ohodnotilo svou práci číslem 4, tedy více psychicky náročná, 16 respondentů (17,8 %) hodnotilo svou práci číslem 5, tedy velmi psychicky náročná a 0 respondentů (0,0 %) svou práci ohodnotilo jako psychicky nenáročnou (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 Uved'te, jak hodně hodnotíte Vaši práci za psychicky náročnou

Hodnocení	Počet respondentů	%
3 – průměrně náročná	36	40,0
4 – více psychicky náročná	32	35,6
5 – velmi psychicky náročná	16	17,8
2 – méně psychicky náročná	6	6,6
1 – psychicky nenáročná	0	0,0
Celkem	90	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 10** jsme zjišťovali, **co je pro respondenty při vykonávání práce psychicky náročné**. Respondenti zde mohli uvést více příkladů. Na prvním místě je podle 33 respondentů (36,9 %) nejvíce psychicky náročná komunikace s rodinami pacientů. Na druhém místě je podle 19 respondentů (21,1 %) nedostatek času na množství práce. Na třetím místě je podle 16 respondentů (17,8 %) nedostatečná kapacita a dlouhé čekací doby návazných sociálních služeb, jak pobytových, tak terénních. Mnoho respondentů také uvedlo, že pro některé klienty v jejich kraji ani žádné služby, kde by mohli být umístěni, neexistují. Dále 13 respondentů (14,4 %) uvedlo za psychicky náročné neřešitelné životní situace pacientů. Stejný počet respondentů (13 respondentů, což je 14,4 %) považuje za psychicky náročné nutnost zpracovat těžké osudy a životní situace pacientů. Jako další psychicky náročnou situaci vyhodnotilo 12 respondentů (13,3 %) náročnou komunikaci s pacienty. Dále 10 respondentů (11,1 %) značilo za psychicky náročné vyvíjený tlak ze strany nemocnice na uvolnění lůžka. Nespolupráce rodiny pacientů byla dále 8 respondenty (8,9 %) vyhodnocena za psychicky náročnou. Dále respondenti vyhodnotili

jako psychicky náročné: neochota zdravotnického personálu (6 respondentů, 6,7 %), práce s lidmi bez domova (5 respondentů, 5,6 %), bezmoc (5 respondentů, 5,6 %), vyřizování pozůstalostí (5 respondentů, 5,6 %), nereálný náhled pacienta na svou sociální situaci (3 respondenti, 3,3 %), když jsem na vše sama (2 respondenti, 2,2 %), administrativa (2 respondenti, 2,2 %) a 1 respondent (1,1 %) uvedl za psychicky náročný stres (viz Tabulka 3).

Tabulka 3 Psychicky náročné situace

Psychicky náročné situace	Respondenti	%
Náročná komunikace s rodinami pacientů	33	36,7
Nedostatek času na množství práce	19	21,1
Nedostatečná kapacita návazných sociálních služeb	16	17,8
Neřešitelné životní situace pacientů	13	14,4
Nutnost zpracovat těžké osudy pacientů	13	14,4
Náročná komunikace s pacienty	12	13,3
Tlak na uvolnění lůžka	10	11,1
Nespolupráce rodiny pacientů	8	8,9
Neochota zdravotnického personálu	6	6,7
Práce s lidmi bez domova	5	5,6
Bezmoc	5	5,6
Vyřizování pozůstalostí	5	5,6
Nereálný náhled pacienta na svou sociální situaci	3	3,3
Když jsem na vše sama	2	2,2
Administrativa	2	2,2
Stres	1	1,1

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí otázky 11 jsme zjišťovali, zda se u respondentů vyskytují následující problémy. U této otázky měli respondenti na výběr z 8 problémů (respondenti mohli uvést více odpovědí). Nejčastěji se u respondentů vykytuje podrážděnost, tuto možnost uvedlo 34 respondentů (37,8 %). Jako další uvedlo 30 respondentů (33,3 %) potíže s pamětí a soustředěním. Dále uvedlo 23 respondentů (25,6 %) možnost jiné, z které 19 respondentů (82,4 %) uvedlo, že se u nich nevyskytuje ani jedna z nabízených možností, 2 respondenti (8,8 %) uvedli, že se u nich vyskytuje bezmoc, 1 respondent (4,4 %) uvedl bolest hlavy a 1 respondent (4,4 %) se odreagovává v pracovní době na internetu (viz *Tabulka 4*). Na čtvrtém místě se podle 19 respondentů (21,1 %) vyskytují poruchy spánku, 17 respondentů (18,9 %) uvedlo, že trpí úzkostmi, 13 respondentů (14,4 %) má problémy s jídlem, 11 respondentů (12,2 %) se uvolňuje kouřením, 5 respondentů (5,6 %) trpí depresemi a 4 respondenti (4,4 %) se uvolňuje pitím alkoholu (viz *Tabulka 4 a 5*).

Tabulka 4 Výskyt problémů

Problémy	Počet respondentů	%
Podrážděnost	34	37,8
Potíže s pamětí a soustředěním	30	33,3
Jiné	23	25,6
Poruchy spánku	19	21,1
Úzkost	17	18,9
Potíže s jídlem – nechutenství, zvýšená chuť na sladké, ...	13	14,4
Kouření	11	12,2
Deprese	5	5,6
Uvolnění se pitím alkoholu	4	4,4

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Tabulka 5 Sumarizace problémů

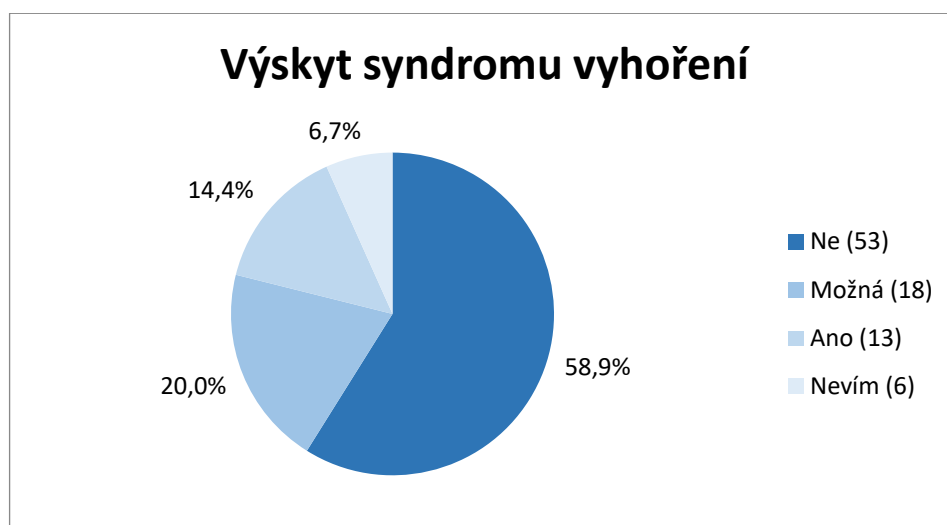
Jiné	Počet respondentů	%
Nic z uvedeného	19	82,4
Bezmoc	2	8,8
Bolest hlavy	1	4,4
Odreagování se na internetu	1	4,4
Celkem	23	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 12** jsme zjišťovali, **zda respondenti znají pojem syndrom vyhoření**. Z následujícího grafu vyplývá, že všech 90 respondentů (100,0 %) je obeznámeno s problematikou syndromu vyhoření. Je tedy zřejmé, že zdravotně sociální pracovníci v nemocnicích mají dobré povědomí o syndromu vyhoření a jsou si vědomi jeho nebezpečí.

Pomocí **otázky 13** jsme zjišťovali, **zda respondenti někdy trpěli syndromem vyhoření**. Většina respondentů (53 pracovníků, což je 58,9 %) v dotazníku uvedla, že nikdy netrpěla syndromem vyhoření, 18 respondentů (20,0 %) uvedlo, že možná někdy syndromem vyhoření trpělo, 13 (14,4 %) respondentů syndrom vyhoření nikdy nepostihl a 6 respondentů (6,7 %) uvedlo, že neví, zda někdy syndromem vyhoření trpělo (viz Graf 7).

Graf 7 Výskyt syndromu vyhoření



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí otázky 14 jsme zjišťovali, jak se syndrom vyhoření u respondentů projevoval. Otázka byla dobrovolná a bylo možno napsat více projevů. Celkem na otázku odpovědělo 26 respondentů. Nejvíce respondentů (11 pracovníků, což je 12,2 %) uvedlo jako projev syndrom vyhoření nechut' jít do práce. U 7 respondentů (7,8 %) se syndrom projevoval nespavostí. Stejně zastoupení 7 respondentů (7,8 %) měla jako projev i únava. Dalším projevem syndromu vyhoření byla podle 4 respondentů (4,4 %) zvýšená podrážděnost. Dále 4 respondenti (4,4 %) uvedli jako projev stavu úzkosti. Mezi odpověďmi se dále vyskytovala: apatie (3 respondenti, 3,3 %), deprese (3 respondenti, 3,3 %), nechutenství (3 respondenti, 3,3 %), fyzická nevolnost (3 respondenti, 3,3 %), celkový nezájem (2 respondenti, 2,2 %). Dále můžeme v tabulce vidět individuální odpovědi respondentů (viz Tabulka 6).

Tabulka 6 Projevy syndromu vyhoření

Projevy syndromu vyhoření	Respondenti	%
Nechut' jít do práce	11	12,2
Nespavost	7	7,8
Únava	7	7,8
Zvýšená podrážděnost	4	4,4
Stavy úzkosti	4	4,4
Apatie	3	3,3
Deprese	3	3,3
Nechutenství	3	3,3
Fyzická nevolnost (bolesti hlavy a zad, pocity na zvracení, střevní problémy, aj.)	3	3,3
Celkový nezájem	2	2,2
Myšlenky na změnu profese	1	1,1
Pláč	1	1,1
Vyhýbání se přímému kontaktu s pacienty	1	1,1
Neustálé myšlenky na práci – obavy z dalšího dne	1	1,1
Práce mě nebavila, neviděla jsem v ní smysl	1	1,1
Uzavřenost	1	1,1

Nechuť k záležitostem, které mě dříve těšily	1	1,1
Chybění optimismu a radosti	1	1,1
Poruchy soustředění	1	1,1

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 15** jsme zjišťovali, **zda na pracovišti trpí někdo syndromem vyhoření**. Větší polovina respondentů (53 pracovníků, což ne 58,9 %) uvedla, že na pracovišti nikdo netrpí syndromem vyhoření, 37 respondentů (41,1 %) naopak uvedlo, že se na jejich pracovišti syndrom vyhoření vyskytuje.

Respondenti poté byli požádáni, aby do volné odpovědi anonymně zapsali, kteří pracovníci na pracovišti trpí syndromem vyhoření, respondenti mohli uvést více odpovědí. Z celkového počtu 37 respondentů (100,0 %) napsalo 22 respondentů (59,5 %), že syndromem vyhoření na pracovišti trpí zdravotní sestry, 7 respondentů (18,9 %) uvedlo, že si myslí, že někdo na pracovišti syndromem vyhoření trpí, ale nejsou si jisti kdo, 7 respondentů (18,9 %) uvedlo, že syndromem trpí jejich kolega/kolegyně ZSP, dalších 7 respondentů (18,9 %) uvedlo, že se syndrom vyhoření vyskytuje u sanitářů a 6 respondentů (16,2 %) zaznamenalo syndrom vyhoření u lékařů na oddělení (viz Tabulka 7).

Tabulka 7 Syndrom vyhoření na pracovišti

Ano:	Počet respondentů	%
Zdravotní sestry	22	59,5
Nejsem si jist/a	7	18,9
Kolegové ZSP	7	18,9
Sanitáři	7	18,9
Lékaři	6	16,2

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí otázky 16 jsme zjišťovali, jak se respondenti snaží preventivně předejít syndromu vyhoření. Tato otázka měla volnou odpověď a respondenti zde mohli uvést více odpovědí. Nejvíce respondentů (33 pracovníků, 36,7 %) se snaží syndromu vyhoření předcházet dostatečným odpočinkem po pracovní době či relaxací. Na druhém místě uvedlo 22 respondentů (24,4 %) sport. O třetí místo se dělí podle 19 respondentů (21,1 %) trávení času s rodinou a také trávení času v přírodě na čerstvém vzduchu. Na dalším místě uvedlo 16 respondentů (17,8 %) jako velmi nápomocné probírání práce a složitějších sociálních případů s kolegy či nadřízenými. Volnočasovými aktivitami se snaží preventivně předejít syndromu vyhoření 15 respondentů (16,7 %). Nenošením si práce domů předchází 10 respondentů (11,1 %) vzniku syndromu vyhoření. Správnou duševní hygienu uvedlo jako prevenci 9 respondentů (10,0 %). Na dalším místě se dělí v počtu vždy 8 respondentů (8,9 %) prevence ve formě cestování, četby a času stráveného s přáteli. Prevenci ve formě dostatečného času pro sebe, pozitivního přístupu a nutnosti stanovení si hranic (umět říci NE) uvedlo vždy 7 respondentů (7,8 %). Pomocí dalšího vzdělávání se snaží předejít syndromu vyhoření 5 respondentů (5,6 %). Supervizi a trávení času se svým psem uvedli 4 respondenti (4,4 %). Pomocí kultury (divadla, koncerty, ...) se snaží syndromu předcházet 3 respondenti (3,3 %). Díky změně zaměstnání, přílišného neprožívání příběhů pacientů a psychoterapii preventivně předchází syndromu vyhoření vždy 2 respondenti (2,2 %). Prevenci v rámci modlitby, meditace a sebereflexe uvedl vždy 1 respondent (1,1 %). Uvedená zjištění jsou uvedena na Tabulce 8.

Tabulka 8 Aktivity v rámci prevence syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření	Respondenti	%
Relaxace/odpočinek	33	36,7
Sport	22	24,4
Čas s rodinou	19	21,1
Čas v přírodě	19	21,1
Probírání práce s kolegy	16	17,8
Volnočasové aktivity	15	16,7
Nenosit si práci domů	10	11,1
Duševní hygiena	9	10,0

Cestování	8	8,9
Četba	8	8,9
Čas s přáteli	8	8,9
Čas pro sebe	7	7,8
Pozitivní přístup	7	7,8
Stanovení si hranic – umět říci NE	7	7,8
Další vzdělávání	5	5,6
Supervize	4	4,4
Trávení času se svým psem	4	4,4
Kultura – divadla, koncerty, ...	3	3,3
Změna zaměstnání	2	2,2
V práci tolik neprožívat příběhy pacientů	2	2,2
Psychoterapie	2	2,2
Modlitba	1	1,1
Meditace	1	1,1
Sebereflexe	1	1,1

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 17** jsme zjišťovali, **které z možností mohou být důvodem vzniku syndromu vyhoření**. U této otázky respondenti na hodnotící škále od 1 do 5 (1 = nejméně, 5 = nejvíce) označovali u každé kategorie číslo odpovídající intenzitě míry vzniku syndromu vyhoření. Kategorie práce s lidmi byla nejvíce vyhodnocena 22 respondenty (24,4 %) intenzitou číslo 4. Nadměrné pracovní zatížení bylo nejvíce vyhodnoceno 30 respondenty (33,3 %) intenzitou číslo 5. Kategorie neúměrné požadavky na pracovní výkon ze strany zaměstnavatele byla nejvíce vyhodnocena 26 respondenty (28,9 %) intenzitou číslo 5. Kategorii příliš velké nadšení pro práci nejvíce vyhodnotilo 27 respondentů (30,0 %) intenzitou číslo 2. Intenzitou 4 vyhodnotilo nejvíce 29 respondentů (32,2 %) kategorii nedostatečně oceněná práce. Špatný pracovní kolektiv byl nejvíce vyhodnocen 31 respondenty (34,4 %) intenzitou odpovídající číslem 5, stejně jako kategorie šikana ze strany zaměstnavatele, která byla vybrána 44 respondenty (48,9 %)

jako hlavní důvod vzniku syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích (viz Tabulka 9).

Tabulka 9 Důvody vzniku syndromu vyhoření

Důvody vzniku syndromu vyhoření	1	2	3	4	5
Práce s lidmi	20	15	19	22	14
Nadměrné pracovní zatížení	3	11	20	26	30
Neúměrné požadavky na pracovní výkon ze strany zaměstnavatele	4	13	25	22	26
Příliš velké nadšení pro práci	22	27	20	11	10
Nedostatečně oceněná práce	6	17	25	29	13
Špatný pracovní kolektiv	13	10	12	24	31
Šikana ze strany zaměstnavatele	22	5	5	14	44

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 18** jsme zjišťovali, **zda respondenti někdy vyhledali kvůli syndromu vyhoření psychologickou nebo psychiatrickou pomoc** (Graf 11). Většina dotazovaných respondentů (87 pracovníků, 96,7 %) uvedla, že nikdy kvůli syndromu vyhoření nevyhledala psychologickou nebo psychiatrickou pomoc. Pouze 3 respondenti (3,3 %) uvedlo, že ano (1 respondent vyhledal pomoc psychiatra, 1 respondent vyhledal pomoc psychologa a 1 respondent vyhledal pomoc psychologa i psychiatra).

Část týkající se **supervize** – otázky 19–27

Okruh otázek této části dotazníku je zaměřen na supervizi u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích. Účelem získání těchto údajů je vytvoření přehledu o tom, zda respondenti znají pojem supervize, zda mají respondenti ve svém pracovišti možnost supervize, které druhy supervize mohou využít a zda mají o supervizi ve svém zaměstnání zájem. Výsledky jsou vyhodnoceny z 90 získaných dotazníků.

Pomocí **otázky 19** jsme zjišťovali, **zda respondenti znají pojem supervize**. Téměř většina respondentů (89 pracovníků, 98,9 %) v dotazníku uvedla, že zná pojem supervize. Pouze jeden respondent (1,1 %) uvedl, že pojem supervize nezná.

Pomocí **otázky 20** jsme zjišťovali, **zda mají respondenti ve svém zařízení možnost supervize**. Nepříjemným zjištěním je, že více než polovina respondentů (57 pracovníků, 63,3 %) nemají možnost supervize ve svém zařízení. Jen 28 respondentů (31,1 %) může ve svém zařízení využít možnost supervize a 5 respondentů (5,6 %) neví, zda jejich zařízení supervize poskytuje (viz Graf 8).

Graf 8 Možnost supervize v zařízení



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 21** jsme zjišťovali, **jak respondenti hodnotí poskytnutou supervizi**. Na otázku odpovědělo 24 respondentů. Většina respondentů (14 respondentů, což je 58,4 %) své zkušenosti se supervizí na pracovišti hodnotí pozitivně, v dotazníku ji označili jako přínosnou a osvobozující. Dále mají 3 respondenti (12,5 %) z poskytnuté supervize rozpačité pocity, 2 respondentům (8,4 %) to podle jejich slov nic nedalo, 1 respondenta (4,2 %) supervize na pracovišti teprve čeká, 1 (4,2 %) respondent sdělil, že si na supervizi pouze sdělovali své zážitky, další respondent (4,2 %) poskytnutou supervizi označil jako dobrý nástroj pro prevenci syndromu vyhoření, u jiného respondenta (4,2 %) však supervize na pracovišti vedla k rozbrojům v kolektivu. Poslední respondent (4,2 %) uvedl, že možnosti supervize nevyužívá (viz Tabulka 10).

Tabulka 10 Hodnocení supervize

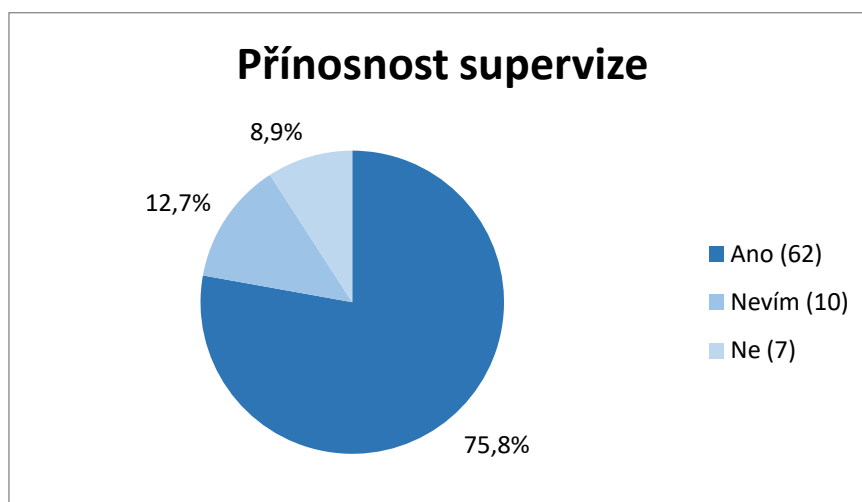
Hodnocení	Respondenti	%
Pozitivně	14	58,4

Rozpačitě	3	12,5
Nic mi to nedalo	2	8,4
Teprve mě čeká	1	4,2
Pouze jsme si sdělovali zážitky	1	4,2
Dobrý nástroj pro prevenci vyhoření	1	4,2
Vedla k rozbřožům v kolektivu	1	4,2
Nevyužívám	1	4,2
Celkem	24	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 22** jsme zjišťovali, **zda si respondenti myslí, že by pro jejich zaměstnání mohla být supervize přínosná**. Většina dotazovaných respondentů (62 pracovníků, 78,5 %) uvedla, že by pro ně byla pro jejich zaměstnání supervize přínosná, 10 respondentů (12,7 %) si není jistá, zda by byla supervize přínosem a 7 respondentů (8,9 %) nevidí přínosnost supervize ve svém zaměstnání (viz Graf 9).

Graf 9 Přínosnost supervize



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 23** jsme zjišťovali, **zda mají respondenti ve svém zařízení zájem o supervizi**. Většina respondentů (60 pracovníků, což je 71,4 %) v dotazníku uvedla, že kdyby jim zaměstnavatel nabídl možnost supervize, měla by o ni zájem. Naopak 14 respondentů (16,7 %) neví, zda by supervizi využilo a 10 respondentů (11,9 %) by supervizi nevyužilo (viz Graf 10).

Graf 10 Zájem o supervizi



Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 24** jsme zjišťovali, **jak často mají respondenti v zařízení supervizi**. Z dotazníkového výzkumu vyplývá, že většina respondentů (65 pracovníků, což je 72,4 %) nemá ve svém zaměstnání supervizi. Nejvíce respondentů (10 pracovníků, 11,1 %) má ve svém zaměstnání možnost supervize dle své vlastní potřeby. Každých 5 až 6 týdnů mají supervizi pouze 3 respondenti (3,3 %). Jednou za tři měsíce a 2x ročně mají supervizi také 3 respondenti (3,3 %). Nepravidelnou supervizi mají ve svém zaměstnání 2 respondenti (2,2 %). Pouze jednou ročně má supervizi 1 respondent (1,1 %). Možnost supervize 2x za měsíc má také pouze 1 respondent (1,1 %). Možnost nevím uvedl 1 respondent (1,1 %) a 1 respondent (1,1 %) má o své práci možnost kdykoliv mluvit s ústavním psychologem, a tak nevyužívá možnost supervize (viz Tabulka 11).

Tabulka 11 Četnost supervize

Četnost supervize	Respondenti	%
Není	65	72,4
Dle potřeby	10	11,1
Každých 5 až 6 týdnů	3	3,3

1x za 3 měsíce	3	3,3
2x ročně	3	3,3
Nepravidelně	2	2,2
1x ročně	1	1,1
2x za měsíc	1	1,1
Nevím	1	1,1
O své práci mám možnost kdykoliv mluvit s ústavním psychologem	1	1,1
Celkem	90	100,0

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 25** jsme zjišťovali, **jaké formy supervize mohou respondenti v zařízení absolvovat**. Respondenti v této otázce mohli vybrat více možností. Nejvíce respondentů (48 pracovníků, což je 53,3 %) v dotazníku uvedlo, že v zařízení nemají možnost supervize. Možnost individuální supervize má ve svém zařízení 29 respondentů (32,2 %). Možnost týmové supervize v dotazníku uvedlo 14 respondentů (15,6 %). Skupinovou supervizi má ve svém zařízení 13 respondentů (14,4 %). Semináře pořádané mimo zaměstnání a peer supervizi má možnost absolvovat 8 respondentů (8,9 %). Supervizí se ve svém zaměstnání neúčastní 2 respondenti (2,2 %). Možnost jinou uvedli 2 respondenti (2,2 %) (viz Tabulka 12).

Tabulka 12 Formy supervize

Formy supervize	Respondenti	%
V zařízení není možnost supervize	48	53,3
Individuální	29	32,2
Týmovou	14	15,6
Skupinovou	13	14,4

Semináře pořádané mimo zaměstnání	8	8,9
Peer supervizi	8	8,9
Supervizi se neúčastním	2	2,2
Jinou	2	2,2

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 26** jsme zjišťovali, **zda může ze supervize plynout nějaké riziko**. Na tuto otázku se názory respondentů poměrně liší, 48 respondentů (53,3 %) nevidí v supervizi žádné rizika, ale podle 42 respondentů (46,7 %) s sebou může supervize naopak nést i rizika (viz Graf 15).

Mezi nejčastější rizika supervize respondenti řadí špatně vedenou supervizi (14 respondentů, 33,3 %). Dále 13 respondentů (31,0 %) za riziko supervize označilo indiskrétnost, jelikož se obávají, že by se řešené problémy mohlo dozvědět vedení. Dalším rizikem jsou podle 9 respondentů (21,4 %) následné konflikty v pracovním kolektivu. Obavu se svěřit před ostatními jako riziko supervize uvedli 4 respondenti (9,5 %). Dále můžeme v tabulce vidět individuální odpovědi respondentů (viz Tabulka 13).

Tabulka 13 Rizika supervize

Rizika supervize	Respondenti	%
Špatně vedená supervize	14	33,3
Indiskrétnost	13	31,0
Následné konflikty v kolektivu	9	21,4
Obava svěřit se před ostatními	4	9,5
Odkládání problému (vždyť se to vyřeší na supervizi)	1	2,4

Možná šikana ze strany zaměstnavatele	1	2,4
Časová vytíženost	1	2,4
Srovnávání se s kolegy	1	2,4

Zdroj: Vlastní zpracování, 2023

Pomocí **otázky 27** jsme zjišťovali, **zda by chtěli respondenti k dotazníku něco dodat**. Individuální odpovědi a postřehy respondentů ohledně supervize jsou označeny kurzívou.

Respondent 1: *„Doufám, že supervize bude jednou v naší nemocnici úplně běžná součástí a nikdo to nebude vnímat jako zlo a nějakou kontrolu.“*

Respondent 2: *„Možnost scházet se s jinými zdravotně sociálními pracovníky mimo členství v ČAS sekci sociálně zdravotní by byla podporou.“*

Respondent 3: *„Supervize je skvělá věc, ale také není všespásná, někdy stačí se o zaměstnance v organizaci více zajímat a dát jim pocit, že dělají dobře svoji práci a není jim jedno, jak se v práci cítí.“*

Respondent 4: *„Děkuji za oslovení s vyplněním dotazníku. Osobně se domnívám, že předcházení syndromu vyhoření a určitého pocitu zmaru je v rukou každého člověka. Velmi důležité je uvědomit si, že tato situace může nastat a aktivně jí předcházet, a to jak v pozitivním přístupu k práci i životu, nastavení si určitých hranic, udržování dobrých vztahů na pracovišti, které vycházejí především ze slušného i morálního jednání a také zaměření se na vlastní psychohygienu, proto je supervize důležitá.“*

6 DISKUZE

Předložená bakalářská práce byla věnována supervizi jako možné prevenci syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích. Soubor respondentů byl tvořen zdravotně sociálními pracovníky, kteří pracují v nemocnicích po celé České republice. V praktické části práce, poskytlo informace celkem 90 respondentů (100,0 %), z toho 88 žen (97,8 %) a 2 muži (2,2 %). Nejvíce respondentů (55 respondentů, což je 61,1 %) je ve věkovém rozmezí 31–50 let.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda se u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích vyskytuje syndrom vyhoření a jaký mají dotazovaní respondenti postoj k supervizi.

Z výzkumu vyplývá, že všichni dotazovaní respondenti (100,0 %) znali pojem syndrom vyhoření a jsou seznámeni s jeho riziky. Ve svém okolí se také se syndromem vyhoření mnoho z respondentů již setkalo, avšak na otázku, zda respondenti někdy trpěli syndromem vyhoření, odpověděla většina respondentů (53 pracovníků, 58,9 %), že ne. U respondentů, kteří syndromem vyhoření trpěli, se jeho projevy nejvíce týkaly nechuti jít do práce, nespavosti, únavou, podrážděností a celkovou apatií. Na otázku, zda respondenti někdy kvůli syndromu vyhoření vyhledali psychologickou nebo psychiatrickou pomoc většina respondentů (87 pracovníků, 96,7 %) odpověděla, že žádnou z takových možností nevyhledali. Jako důvod ke vzniku syndromu vyhoření nejvíce respondentů (44 pracovníků, 48,9 %) uvedlo šikanu ze strany zaměstnavatele.

Většina respondentů (74,4 %) označila svoji práci za náročnou. Tato skutečnost se bohužel odráží v množství nežádoucích projevů, které se u respondentů vyskytují. Nejčastěji se jedná o podrážděnost, potíže s pamětí a soustředěním, poruchy spánku, úzkosti a potížemi s jídlem. Někteří respondenti dokonce uvedli, že se potýkají s depresemi. Je také nutné podotknout, že větší polovina respondentů (46 pracovníků, což je 51,1 %) pracuje pro celou nemocnici sama. Za nejvíce psychicky náročné při výkonu práce zdravotně sociálního pracovníka respondenti uvedli komunikaci s rodinami pacientů, nedostatek času na velké množství práce a nedostatečnou kapacitu s dlouhými čekacími dobami u návazných sociálních služeb, a to jak pobytových, tak terénních. Mnoho respondentů také uvedlo, že pro některé klienty v jejich kraji ani žádné služby, kde by mohli být umístěni, neexistují. Na pracovníky je pak ze strany nemocnice vyvíjen tlak na uvolnění lůžek pro

nové pacienty, kteří musí být umístěni. Jedná se tak o těžce řešitelnou situaci pro zdravotně sociálního pracovníka.

Výsledky výzkumu týkající se zažívání uznání v práci zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích jsou naopak přívětivé. Většina respondentů (81 pracovníků, což je 90,0 %) uvedla, že ve své profesi zažívá uznání, a to nejvíce od rodin pacientů, samotných pacientů, lékařů, nadřízených či kolegů. Naopak někteří pracovníci uvedli, že se jim někdy dostává spíše opaku, že je většina nemocničních oddělení ignoruje, že se jim uznání dostávalo pozvolna a 9 respondentů (10,0 %) v dotazníku uvedlo, že uznání ve své profesi nezažilo nikdy. V pracovním kolektivu se však cítí většina respondentů (70 pracovníků, což je 77,8 %) dobře.

V části týkající se supervize téměř všichni respondenti (89 pracovníků, což je 98,9 %) uvedli, že znají pojem supervize. Na otázku, zda může ze supervize plynout nějaké riziko, se názory respondentů poměrně liší, a to 48 respondentů (53,3 %) nevidí v supervizi žádné rizika, ale podle 42 respondentů (46,7 %) sebou může supervize nést i řadu rizik. Mezi nejčastější rizika supervize respondenti řadí špatně vedenou supervizi a indiskrétnost, jelikož se obávají, že by se řešené problémy mohlo dozvědět vedení. Dalším rizikem jsou podle respondentů následné konflikty v pracovním kolektivu a obava se svěřit před ostatními.

Z prezentovaného výzkumu vyplývá, že kvality supervizora jsou pro respondenty důležité. Pracovníci nechtějí komunikovat a spolupracovat se supervizorem pokud, mají pocit, že není dostatečně profesionální a nezachovává mlčenlivost. Např. autoři Carrol a Thostrupe (2004) vidí umění supervize ve schopnosti vytvořit bezpečný prostor a vztah, v němž lze validizovat a zlepšit obnovu přirozené zvědavosti a pozorování. Supervizní vztah je totiž vztah, založený na vzájemné důvěře. Aby supervize plnila svoji funkci, měl by mít supervizor schopnosti vhodný vztah navázat a udržet. Naopak Šimek (2004) klade důraz na prvním místě na lidské kvality – supervizor by měl být dobrý, edukovaný a moudrý člověk, který je pokorný a skromný. Dále by měl disponovat empatií a uměním naslouchat.

Vedlejším cílem bylo zjistit, zda mají respondenti v nemocnicích možnost supervize a jak se respondenti sami snaží preventivně předcházet syndromu vyhoření.

Nepříjemným zjištěním bylo, že více než polovina respondentů (57 pracovníků, 63,3 %) nemá možnost supervize v zařízení, kde pracují. Přitom pracovníci, kteří mají možnost

supervize na svém pracovišti, ji hodnotí pozitivně a v dotazníku ji označili jako přínosnou a osvobozující. Většina respondentů (60 pracovníků, 71,4 %) také v dotazníku uvedla, že kdyby jim zaměstnavatel nabídl možnost supervize, měli by o ni zájem. Šimek (2004) poznamenává, že zejména u pomáhajících profesí, je supervize jedním z předpokladů nejen pro dobrý výkon profese a profesního růstu, ale i pro zachování zdraví pracovníků. Domníváme se tedy, že by supervize měla být součástí při výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka pracujícího ve zdravotnickém zařízení a neměla by být vedením nemocnic přehlížena.

Více než polovina (46 pracovníků, 51,1 %) zdravotně sociálních pracovníků pracuje sama pro celou nemocnici, a tudíž se nemají na koho obrátit s žádostí o radu, pomoc, s kým probrat složité sociální intervence klientů (často psychicky náročné situace). Mezi preventivní aktivity, které proti syndromu vyhoření zdravotně sociální pracovníci ze zdravotnických zařízení provozují, patří dostatečná relaxace a odpočinek po práci, sport, čas strávený s rodinou, pobyt v přírodě, probírání práce a složitějších sociálních případů s kolegy či nadřízenými, volnočasové aktivity, nemyslet na práci doma a dostatečná duševní hygiena. Z výsledků výzkumného šetření je tedy zřejmé, že se respondenti snaží dodržovat zásady zdravého životního stylu, umí odpočívat a mají své osvědčené aktivity, kterými se odreagují.

Na základě výše uvedených výsledků z našeho kvantitativního šetření je možné konstatovat, vytýčené cíle byly naplněny. Zjištěné výsledky výzkumného šetření mohou posloužit jako možný podnět k zavedení supervize do zdravotnických zařízení, a to i z pohledu legislativních opatření.

Doporučení pro praxi

Na základě zjištěných výsledků z kvantitativního výzkumu je možné předložit doporučení, které by mohly napomoci ke zlepšení prevence syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

- Navrhujeme, aby nemocnice věnovaly pozornost možnosti účasti na supervizích pro zdravotně sociální pracovníky, a to především pro ty, kteří pracují sami a poskytují sociální intervence pro všechna oddělení v nemocnici.
- Vhodné by bylo zvýšit počet zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích v rámci poskytování sociálních intervencí pacientům a klientům.
- Zajistit pravidelně dostupnou supervizi odborně připraveným supervizorem.
- Z důvodu obav ze supervize seznámit supervizované s účelem supervize v rámci prevence předcházení syndromu vyhoření.
- Zdravotně sociální pracovníci by také měli dbát na vlastní psychohygienu. Důležité je umět odpočívat, relaxovat a vytyčit si hranice mezi pracovním a osobním životem. Dobrou prevencí jsou také kvalitní sociální vztahy na pracovišti, které mohou být pro pracovníky oporou v těžkých situacích.
- Žádoucí je také z důvodu zvyšující se demografické křivky počtu starších občanů v rámci komunitního plánování posílit množství pobytových sociálních služeb pro seniory v České republice z důvodu nedostatečné kapacity volných míst pro klienty opouštějící zdravotnická zařízení.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala supervizí, jako možnou prevencí syndromu vyhoření v oblasti poskytování sociální práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici. Na základě teoretického konceptu byl formulován cíl zjistit, zda se u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích vyskytuje syndrom vyhoření a jaký mají dotazovaní respondenti postoj k supervizi. Dílčími cíly bylo zjistit, zda mají respondenti v nemocnicích možnost absolvovat supervize a jak se sami snaží preventivně předcházet syndromu vyhoření. Na vytýčené cíle práce byla hledána odpověď prostřednictvím kvantitativního dotazníkového šetření.

Teoretická část práce se zaměřila na vysvětlení pojmů syndrom vyhoření, jeho příznakům, diagnostice, jednotlivým fázím, rozvoji a prevenci. Teoretická část představuje i supervizi, její funkce, cíle, formy, přístupy a aktéry. Definována byla zdravotně sociální péče v nemocnici poskytovaná zdravotně sociálním pracovníkem, uvedeny etické principy zdravotně sociální práce a také zmíněny faktor ztěžující výkon zdravotně sociální práce v nemocnici. Praktická část práce analyzuje výsledky kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření u zdravotně sociálních pracovníků poskytujících sociální péči ve zdravotnickém zařízení. Získaná data jsou prezentována pomocí grafů a tabulek, včetně vyhodnocení cílů práce.

Pro pracovníky v pomáhajících profesích je specifická nutnost empatie, ochota naslouchat a chuť spolupodílet se na příběhu klienta, či pacienta. Tyto požadavky kladou na pracovníka vysoké emoční a psychické nároky a je na něm, jaký druh psychohygieny a sebe péče pro sebe zvolí. Stres sice může být do určité chvíle hnacím motorem, který dodává sílu a energii k dalším aktivitám, ale po podání výkonu je také nutný odpočinek. Ve chvíli, kdy se pracovníkovi nedostává dostatečného uvolnění a odpočinku, může se z pracovního stresu lehce stát vyhoření. Na základě těchto uvedených skutečností je důležité vnímat sám sebe, své tělesné potřeby a projevy a nesnažit se je přehlížet či bagatelizovat. Pracovník by právě vzhledem k nim měl být naopak pozorný a aktivní při jejich řešení.

Obecně tedy můžeme říci, že jako prevenci je možné uvést vše, při čem se cítíme dobře, dostatečně si odpočineme a nabereme další síly. Ne úrovni jednotlivce se můžeme bránit pomocí znalosti hranic vlastních možností, které nám pomáhají limitovat pracovní a lidskou angažovanost. Průběžná obnova psychických sil spojená s uměním odpočívat a zdravým životním stylem je podmínkou pro zachování a rozvíjení zdravé mentální a emoční kondice. V rozvinuté fázi syndromu vyhoření je již v mnoha případech nezbytná

lékařská pomoc, změna zaměstnání nebo profese. Záleží tedy na každém pracovníkovi, jak si zorganizuje svou práci, svůj volný čas a poměr mezi nimi. Honba za dokonalostí pracovního výkonu by měla být po zásluze odměněna ať už v podobě uznání, finančního ohodnocení, pochvaly, ale především odpovídající regenerací.

Předcházení syndromu vyhoření u pracovníků je vyjádřením zájmu organizace o své podřízené, kteří tak v konečném důsledku neztrácejí svoji výkonnost a sebedůvěru. Jejich klientům a pacientům se pak dostává vlídné, zaujaté péče lidí, kteří nejsou stále vyčerpaní, podráždění a citově vyprahlí. Syndrom vyhoření se také může promítat do postojů souvisejících s výkonem pracovní činnosti jako je snížené pracovní nasazení a vyšší nemocnost pracovníků. Syndrom vyhoření způsobuje škody osobní, ale také se v jeho důsledku zhoršuje kvalita poskytovaných služeb. Mělo by tedy být v zájmu vedení nemocnic, nastavit pravidla pro prevenci syndromu vyhoření u svých, nejen zdravotně sociálních pracovníků, ale u všech zaměstnanců a zajistit jim pravidelnou prevenci syndromu vyhoření dostupnou možností absolvování supervize.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BÄRTLOVÁ, E., 2007. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: Fakulta sociálně ekonomická, UJEP, Ústí nad Labem. ISBN 978-80-7044-952-3.

CARE QUALITY COMMISSION. *Supporting information and guidance: Supporting effective clinical supervision* [online]. ©2013 [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné z: <https://work-learn-live-blmk.co.uk/wp-content/uploads/2018/04/CQC-Supporting-information-and-guidance.pdf>

CARROL, M. a M. THOLSTRUPE, 2004. *Integrativní přístupy k supervizi*. Praha: Triton. ISBN 897-80-7254-582-5.

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKO, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Kdo je supervizor* [online]. ©2006 [cit. 1. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/supervizori/kdo-je-supervizor/>

ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Co je supervize* [online]. ©2006 [cit. 1. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/co-je-supervize/>

ČESKÝ INSTITUT PRO SUPERVIZI. *Výcvik v supervizi* [online]. ©2006 [cit. 1. 3. 2022]. Dostupné z: <https://www.supervize.eu/o-supervizi/vycvik-v-supervizi/>

FRANĚK M. *Sešit sociální práce* [online]. ©2019 [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+práce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>

HAVRDOVÁ, Z. a M. HAJNÝ, 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén. ISBN 978-80-726-2532-1.

HAWKINS, P. a R. SHOHET, 2016. *Supervize v pomáhajících profesích*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0987-4.

HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

PAVELKOVÁ, J. *Medical social workers as a part of comprehensive care in the health sector*. In: HOBELSBERGER, H., 2021. *Social Glocalitation and Education: Social Work, Health Sciences, and Practical Theology Perspectives on Change (Schriften der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen Book 34)*. 1st ed. Verlag Barbara Budrich. ISBN 978-38-4741-512-1.

KOPŘIVA, K., 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-922-4.

KRAJ VYSOČINA: *Supervize ve zdravotnictví – zbytečnost nebo pomoc?* [online]. ©2016 [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné z: https://m.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4081335

KRATOCHVÍL, S., 2017. *Základy psychoterapie*. 7. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1227-0.

KŘIVOHLAVÝ, J., 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada. ISBN 807-16-9551-3.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

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

KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZYŠIN, B., M. SCHAVEL & J. PAVELKOVÁ, 2022. Reflection of the Specifics of the Supervision Process in the Environment of Social and Legal Protection of Children. *Postmodern Openings*. Vol. 11, no. 1, Supl. 1, pp. 116-130. ISSN 2068-0236.

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

MATOUŠEK, O., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. aktualizované a doplněné vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

METODICKÝ PORTÁL. *Syndrom vyhoření u pedagogických pracovníků* [online]. ©2018 [cit. 22. 2. 2022]. Dostupné z: <https://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/21761/SYNDROM-VYHORENI-U-PEDAGOGICKYCH-PRACOVNIKU.html>

MICHKOVÁ, A. *Místo supervize ve zdravotně sociální práci* [online]. ©2017 [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné z: https://dk.upce.cz/bitstream/handle/10195/70157/Michkova_Adela_-_clanek_UPR.pdf?sequence=1&isAllowed=y

MORAVCOVÁ, I., 2019. *Zářit a nevyhořet: syndrom vyhoření a 11 silných příběhů úspěšných lidí*. Praha: Euromedia Group. ISBN 978-80-7617-962-2.

PEŠEK, R. a J. PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta. ISBN 978-80-8816-300-8.

POLONSKÝ, D., 2000. *Úvod do sociologického výzkumu*. Topolčany: Prima print. ISBN 80-968110-2-9.

POSCHKAMP, T., 2013. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0161-6.

PRŮCHA, J., 2014. *Andragogický výzkum*. Praha: Grada, Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5232-7.

PTÁČEK, R., J. RABOCH a V. KEBZA, 2013. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5114-6.

PUGNEROVÁ, M., 2019. *Psychologie – pro studenty pedagogických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0532-8.

SOCIÁLNÍ PRÁCE. *Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník*. Oficiální stránky časopisu – Sociální práce [online]. ©2020 [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>

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

SUPERVIZNÍ LISTY. *Jde zavést supervizi do zdravotnických zařízení? – Supervizní listy – Zpravodaj pro supervizory ČIS* [online]. ©2016 [cit. 5. 1. 2023]. Dostupné z: <https://listy.supervize.eu/temata/precetli-jsme-za-vas/jde-zavest-supervizi-do-zdravotnickych-zarizeni/>

ŠIMEK, A., 2004. *Supervize v České republice*. In: Kolektiv autorů. *Supervize a kazuistiky*. 1.vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-496-9.

ŠPIRUDOVÁ, L., 2015. *Doprovázení v ošetrovatelství II: doprovázení sester sestrami, mentorování, adaptační proces, supervize*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5711-7.

VENGLÁŘOVÁ, M., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. a kol., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4082-9.

WEBER A. and A. JAEKEL-REINHARD, 2000. Burnout Syndrome: A Disease of Modern Societies? *Occup. Med.* Vol. 50, no. 7, pp. 512-517. ISSN 0962-7480.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČIS	Česká instituce pro supervizi
MBI	Maslach Burnout Inventory
EE	Emotional Exhaustion
DP	Depersonalization
PA	Personal Accomplishment
např.	například
BM	Burnout Measure
aj.	a jiné
ZDVOP	Zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc
OSPOD	Orgán sociálně-právní ochrany dětí
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
tj.	to je, to jest

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Síla pocitů	Chyba! Záložka není definována.
Tabulka 2 Uveďte, jak moc hodnotíte Vaši práci za psychicky náročnou	44
Tabulka 3 Psychicky náročné situace	45
Tabulka 4 Výskyt problémů	46
Tabulka 5 Sumarizace problémů	47
Tabulka 6 Projevy syndromu vyhoření.....	48
Tabulka 7 Syndrom vyhoření na pracovišti.....	49
Tabulka 8 Aktivity v rámci prevence syndromu vyhoření	50
Tabulka 9 Důvody vzniku syndromu vyhoření	52
Tabulka 10 Hodnocení supervize	54
Tabulka 11 Četnost supervize.....	56
Tabulka 12 Formy supervize	57
Tabulka 13 Rizika supervize.....	58

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Věk respondentů.....	40
Graf 2 Vzdělání respondentů	41
Graf 3 Délka zaměstnání.....	41
Graf 4 Rozsah práce respondentů	42
Graf 5 Pocity v pracovním kolektivu.....	43
Graf 6 Hodnocení práce	43
Graf 7 Výskyt syndromu vyhoření	47
Graf 8 Možnost supervize v zařízení	53
Graf 9 Přínosnost supervize	54
Graf 10 Zájem o supervizi	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník BM

Příloha P II: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK BM

Dotazník BM (*Burnout Measure*) psychického vyhoření

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

Použijte, prosím, tohoto odstupňování:

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

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

21. Byl(a) jsem pln(á)úzkostí a obav

Zdroj: Krivohlavý, 1980

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážený respondente,

jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Zdravotně sociální péče na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí mé bakalářské práce na téma **Supervize jako podpora prevence syndromu vyhoření u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích** je výzkum s cílem analyzovat efektivitu supervize u zdravotně sociálních pracovníků. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který mi pomůže s objasněním výskytu tohoto jevu. Děkuji za Váš čas a spolupráci.

Monika Prantlová

1. Pohlaví:

- muž
- žena

2. Váš věk:

- do 30 let
- 31–50 let
- 51 let a více

3. Jaké je Vaše ukončené vzdělání?

- sociální
- zdravotně sociální
- jiné: _____

4. Jak dlouho pracujete jako zdravotně sociální pracovník v nemocnici?

- 0 až 3 roky
- 4 až 7 let
- 8 až 10 let
- více než 10 let

5. Jaký je rozsah Vaší práce?

- pro celou nemocnici
- pro určitá oddělení (doplňte): _____

6. Zažíváte uznání ve Vaší profesi?

- ano – vypište od koho: _____
- ne

7. Jak se cítíte v kolektivu?

- dobře
- špatně
- záleží na okolnostech
- jiné: _____

8. Jak hodnotíte Vaší práci? (můžete uvést více odpovědí)

- stresující
- náročná
- naplňující
- pohodová
- vyčerpávající
- jiné: _____

9. Uved'te na škále, jak moc hodnotíte Vaši práci za psychicky náročnou.

(1 - nejméně, 5 – nejvíce)

1 2 3 4 5

10. Co je pro Vás při vykonávání práce psychicky náročné?

11. Vyskytují se u Vás některé z následujících? (můžete uvést více odpovědí)

- úzkost
- deprese
- potíže s pamětí a soustředěním
- podrážděnost
- poruchy spánku
- potíže s jídlem – nechutenství, zvýšená chuť na sladké, ...
- kouření
- uvolnění se pitím alkoholu
- jiné: _____

12. Znáte pojem syndrom vyhoření (*burn out syndrome*)?

- ano
- ne

13. Trpěl/a jste někdy syndromem vyhoření?

- ano
- ne
- možná
- nevím

14. Pokud ano, jak se projevoval:

15. Trpí někdo jiný na pracovišti syndromem vyhoření? Pokud ano, anonymně napište kdo:

16. Jak se preventivně snažíte předejít syndromu vyhoření?

17. Důvodem vzniku syndromu vyhoření může pro Vás být:

(V přiložené škále zakroužkujte číslo odpovídající intenzitě. Čím vyšší číslo, tím vyšší intenzita.)

Práce s lidmi

1 2 3 4 5

Nadměrné pracovní zatížení

1 2 3 4 5

Neúměrné požadavky na pracovní výkon ze strany zaměstnavatele

1 2 3 4 5

Příliš velké nadšení pro práci

1 2 3 4 5

Nedostatečně oceněná práce

1 2 3 4 5

Špatný pracovní kolektiv

1 2 3 4 5

Šikana ze strany zaměstnavatele

1 2 3 4 5

18. Vyhledal/a jste někdy kvůli syndromu vyhoření psychologickou nebo psychiatrickou pomoc?

19. Znáte pojem supervize?

- ano
- ne

20. Je ve Vašem zařízení možnost supervize?

- ano
- ne
- nevím

21. Jestli ano, jak ji hodnotíte?

22. Pokud na Vašem pracovišti není poskytována supervize, myslíte si, že by pro Vaše zaměstnání mohla být přínosná?

- ano
- ne
- nevím

23. Pokud by Vám zaměstnavatel nabídl možnost supervize, měl/a byste o ni zájem?

- ano
- ne
- nevím

24. Jak často je ve Vašem zařízení supervize?

25. Jakou formu supervize můžete absolvovat? (můžete označit více odpovědí)

- individuální
- skupinovou
- týmovou
- peer supervizi

- semináře pořádané mimo zaměstnání
- supervizi se neúčastním
- v zařízení není možnost supervize
- jinou: _____

26. Může podle Vás plynout nějaké riziko ze supervize? Pokud ano, jaké?

27. Chtěl/a byste dodat něco, na co dotazník zapomněl?
