UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

RIZIKOVÉ A PREVENTÍVNE FAKTORY SYNDRÓMU VYHORENIA V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH

Lenka Lukáčová, Eva Žiaková

Košice 2018

UNIVERZITA PAVLA JOZEFA ŠAFÁRIKA V KOŠICIACH

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNEJ PRÁCE

RIZIKOVÉ A PREVENTÍVNE FAKTORY SYNDRÓMU VYHORENIA V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH

Lenka Lukáčová, Eva Žiaková

Košice 2018

RIZIKOVÉ A PREVENTÍVNE FAKTORY SYNDRÓMU VYHORENIA
V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH
Vedecká monografia

©2018 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Mgr. Lenka Lukáčová, *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*
prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Vedecká redaktorka:
PhDr. Katarína Šiňanská, PhD., *Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach*

Recenzenti:
prof. PhDr. Beáta Balogová, PhD., *Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta, Prešovská univerzita v Prešove*
doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD., *Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave*

Všetky práva vyhradené. Toto dielo ani žiadnu jeho časť nemožno reprodukovať, ukladať do informačných systémov alebo inak rozširovať bez súhlasu majiteľov práv.
Za odbornú stránku tejto publikácie zodpovedajú autorky. Rukopis neprešiel redakčnou ani jazykovou úpravou.

Rozsah strán: 89
Rozsah: 4,45 AH
Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk
Dostupné od: 23.08.2018
ISBN 978-80-8152-634-3

Obsah

Úvodné slovo **7**

1 Teoretické vymedzenie syndrómu vyhorenia **8**

1.1 Fázy syndrómu vyhorenia 9

1.2 Príznaky syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách 11

1.3 Systémová teória, systemický prístup a organizačná teória v kontexte syndrómu vyhorenia 13

1.3.1 Systémová teória 14

1.3.2 Systemický prístup 15

1.3.3 Organizačná teória 16

2 Vznik syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách **18**

2.1 Osobnostné charakteristiky pomáhajúcich pracovníkov 22

2.2 Motivácia pomáhajúceho pracovníka 25

3 Rizikové faktory vzniku syndrómu vyhorenia v kontexte pomáhajúcej profesie **28**

3.1 Stres 29

3.2 Pracovné prostredie 31

3.3 Vzťah pomáhajúci pracovník a klient 33

4 Preventívne techniky syndrómu vyhorenia a pomáhajúca profesia **37**

4.1 Primárna, sekundárna a terciárna prevencia 37

4.2 Preventívne opatrenia na úrovni jednotlivca 39

4.2.1 Zdravý životný štýl 40

4.2.2 Stratégie zvládania stresu 41

4.2.3 Sociálna opora 44

4.3 Preventívne opatrenia na úrovni organizácie 46

4.3.1 Supervízia 47

5 Výskyt syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách – výskumné zistenia **49**

5.1 Metodika 49

5.2 Organizácia výskumu 52

5.3 Charakteristika výskumnej vzorky 52

5.4 Vybrané výsledky výskumu 54

5.4.1 Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách 54

5.4.2 Preferencia pozitívnych a negatívnych stratégií zvládania stresu a záťaže u pomáhajúcich pracovníkov 60
5.4.3 Kvalita profesijného života pomáhajúcich pracovníkov 62
5.4.4 Vnútorné a vonkajšie motivátory pri výkone pomáhajúcej profesie 65
5.4.5 Návrhy pre prax 68
Záver 74
Zoznam bibliografických odkazov 75

Úvodné slovo

Syndróm vyhorenia v najužšom slova zmysle predstavuje stav totálneho fyzického a psychického vyčerpania. Jeho cyklický priebeh môže byť mylným, často podceňovaným a zanedbávaným zo strany vyhoreného jedinca aj zo strany jeho okolia. Tendencia prehliadania varovných signálov upevňuje pole jeho vzniku a pôsobenia.

Problematika syndrómu vyhorenia je spájaná často s výkonom pomáhajúcej profesie. Ústredným záujmom výkonu pomáhajúcej profesie je človek a to v jeho bio-psycho-socio-spirituálnej jednote. Pomáhajúci pracovník pri práci s klientom/pacientom vystupuje ako hlavný nástroj a musí byť schopný voči každému klientovi/pacientovi vystupovať nielen v kontexte spomínaných zložiek, ale aj v kontexte jeho individuálnej jedinečnosti. Výkon pomáhajúcej profesie nesie znaky náročnosti v zmysle denného kontaktu človeka s človekom, zodpovednosti, plánovania, určovania hraníc, stanovovania a napĺňania cieľov, zvyšujúcich sa požiadaviek na pomáhajúcich pracovníkov a požiadaviek na celoživotné vzdelávanie pomáhajúcich pracovníkov. V kombinácií s chýbajúcou sociálnou oporou, nedostatočnými motivátormi či nespokojnosťou s pracovným prostredím môžu tieto determinanty viesť k nástupu syndrómu vyhorenia, ktorý mnohokrát predstavuje zradnú priepasť, z ktorej cesta späť býva náročná a môže trvať aj po dobu niekoľkých rokov.

Monografia je jedným zo spôsobov, ktorým sa usilujeme upozorniť na problematiku syndrómu vyhorenia pri výkone pomáhajúcej profesie, ktorými sú napr. sociálni pracovníci, opatrovatelia, lekári a zdravotné sestry. Rovnako veríme, že daná monografia bude prínosom aj pre širšiu paletu výkonu pomáhajúcich profesií, ako i pre všetkých, ktorí sa danej problematike venujú.

autorky

Lenka Lukáčová, Eva Žiaková

1 Teoretické vymedzenie syndrómu vyhorenia

Z etymologického hľadiska pojem syndróm vyhorenia pochádza z anglického slova *burnout* – v doslovnom preklade ako *„dom, ktorý vyhorel do tla alebo lampa, v ktorej sa práve minul olej"*[1]. Na syndróm vyhorenia nie je možné nazerať ako na fenomén dnešnej doby. Ide totiž o pojem, ktorý sa v spoločnosti objavuje už od roku 1974, kedy ho prvýkrát zavádza známy psychoanalytik Freudenberger v USA[2]. Napriek tomu možno povedať, že jednotná definícia syndrómu vyhorenia dodnes neexistuje[3]. Názorný metaforický príklad syndrómu vyhorenia uvádza Rush[4], ktorý syndróm vyhorenia prirovnáva ku sviečke. Ak človek zapáli oba konce sviečky, získa síce dvakrát viac svetla, ale zároveň sviečka rýchlejšie dohorí. Stručnú charakteristiku pojmu syndróm vyhorenia poskytuje Stock[5], podľa ktorého je syndróm vyhorenia explicitne podmienený dôsledkom chronického stresu. Najzreteľnejšiu predstavu o syndróme vyhorenia uvádza Minirth[6], ktorý tento jav definuje ako „stav totálneho fyzického i psychického vyčerpania". Vyhorenie je na základe toho možné označiť ako stav citovej vyčerpanosti, kedy u jedinca dochádza k masívnemu úbytku fyzických síl a postupnému vyhasínaniu všetkých síl organizmu, k úbytku energie a ku strate chuti do práce[7]. Matoušek[8] vymedzuje pojem syndróm vyhorenia ako súbor typických príznakov, ktoré sa objavujú u pracovníkov pomáhajúcich profesií v dôsledku nezvládnutého pracovného stresu. Tento stres zvykne mať tendenciu negatívneho vplyvu na zdravie, nakoľko je dlhodobý a vyžaduje, aby na neho organizmus reagoval denne fyzicky aj psychicky[9]. Študentová[10] taktiež vymedzuje syndróm vyhorenia ako jav vzťahujúci sa na jednu krízovú oblasť, ktorou je najčastejšie práca, zamestnanie.

Podľa NASW[11] (National Association of Social Workers) je syndróm vyhorenia definovaný ako emočné vyčerpanie, depersonalizácia a znížený osobný úspech, ktorý môže nastať u pomáhajúcich pracovníkov (napr. sociálnych pracovníkov,

---

[1] SCHMIDBAUER, W. Syndrom pomocníka.
[2] KŘIVOHLAVÝ, J. Horieť, ale nevyhorieť.
[3] POSCHKAMP, T. Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence.
[4] RUSH, M. D. Syndrom vyhoření.
[5] STOCK, CH. Burnout. Erkennen und Verhindern.
[6] MINIRTH, F. et al. Jak překonat vyhoření.
[7] VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie.
[8] MATOUŠEK, O. Metódy a řízení sociální práce.
[9] DAY, A. L., and H. A. LIVINGSTONE. Chronic and Acute Stressors Among Military Personnel: do Coping Styles Buffer Their Negative Impact on Health?
[10] ŠTUDENTOVÁ, K. Burnout neboli syndrom vyhoření.
[11] NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. Professional Self Care Policy.

opatrovateľov, zdravotných sestier a lekárov), ktorí sú neustále v priamom kontakte s klientmi. Toto vyčerpanie postihuje najmä ľudí, ktorí sú dlhodobo vystavení záťažovej situácii. Z tohto hľadiska definovanie pojmu syndróm vyhorenia predstavuje klesajúcu špirálu, ktorá privádza jedinca až k samotnému vyhoreniu. Komplexne v kontexte profesie popisuje syndróm vyhorenia Janáčková[12], ktorá ho definuje ako profesionálne zlyhanie na základe vyčerpania, ktoré je spôsobené zvyšujúcimi sa požiadavkami od okolia alebo od samotného jedinca a vedie k formovaniu negatívneho postoja k povolaniu. Syndróm vyhorenia je možné vnímať aj ako medicínsky problém, nakoľko okrem oblasti psychiky ovplyvňuje aj kvalitu života jednotlivca a vykazuje zhodné alebo podobné charakteristiky s niektorými duševnými poruchami a ochoreniami[13]. Na zaujímavé zistenie poukazuje Prieß[14], ktorá uvádza, že skutočnou príčinou vyhorenia nie je preťaženie a vyčerpanie, ale to, že v dôležitých oblastiach života človek nemá zdravý vzťah k sebe a ľuďom okolo seba. Nevedie dialóg[15] so svojím vnútrom a stratil kontakt s tým, čo je jeho podstatou. V prenesenom význame prestáva žiť a funguje len na základe určitého stereotypu.

1.1 Fázy syndrómu vyhorenia

Syndróm vyhorenia predstavuje proces, ktorý má dlhodobý charakter a je cyklický, tzn. má svoj začiatok, priebeh aj konečný stav. Prejavuje sa prostredníctvom niekoľkých fáz. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzame klasifikáciu Poschkampa[16] a Hagemanna[17]. Model podľa Poschkampa[18] pozostáva z piatich fáz syndrómu vyhorenia a zobrazujeme ho prostredníctvom Obr. 1.

Obr. 1 Fázy syndrómu vyhorenia podľa Poschkampa[19]

[12] JANÁČKOVÁ, L. Základy zdravotnické psychologie.
[13] KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ. Současné sociální změny, jejich dusledky a syndrom vyhoření.
[14] PRIEß, M. Jak zvládnout syndrom vyhoření. Najděte cestu zpátky k sobě.
[15] Autorka pod pojmom vnútorný dialóg označuje schopnosť človeka vedieť načúvať sám sebe a svojim emóciám.
[16] POSCHKAMP, T. Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence.
[17] HAGEMANN, W. Syndrom vyhoření u učitelů. Příčiny, pomoc, terapie.
[18] POSCHKAMP, T. Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence.
[19] POSCHKAMP, T. Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence.

Takmer každý model fáz predstavuje začiatok vo fáze *nadšenia*. Ide o fázu, kedy má človek hlavu plnú nápadov, je plný prehnaných očakávaní a vytyčuje si nereálne ciele. Na základe toho nastáva *šok z praxe*, ktorý sa týka najmä mladých absolventov škôl. Často tu dochádza ku kontaktu s neuspokojivou realitou a ideálmi v rozpore s profesionálnou praxou. Jedinec pociťuje nadmernú *únavu* a rozpor s profesionálnou praxou vedie k poklesu pracovného výkonu, pre ktorý je charakteristické objavovanie sa pocitu demotivácie. Postupne dochádza k emočnému vyčerpaniu, ktoré je prejavované tzn. emocionálnou hluchotou a *skleslosťou*. Jedinec má tendenciu izolovať sa a znižuje sa u neho schopnosť pociťovania radosti, strachu a pod. Poslednú fázu predstavuje *existenciálna beznádej*, kde možno pozorovať častý výskyt psychosomatických ťažkostí, ktoré sprevádzajú celkový proces syndrómu vyhorenia. Môže ísť o poruchy spánku, zažívacie problémy, náchylnosť k infekciám, bolesti hlavy alebo poruchy srdcového rytmu.

Ako druhý model syndrómu vyhorenia uvádzame model podľa Hagemanna[20], ktorý ho vymedzuje pomocou časového horizontu a je znázornený prostredníctvom Obr. 2.

Obr. 2 Fázy syndrómu vyhorenia podľa Hagemanna[21]

Podľa grafického znázornenia Obr. 2 sa až pol roka po stresovom konflikte pracovníkovi darí pracovať ďalej bez rozpoznateľnej záťaže. Vyvolávajúci stresový konflikt je zabudnutý až po dvoch rokoch. V priebehu nich sa pracovník snaží tvárit, že sa nič nestalo a potláča ho, čím sa postupne vytráca radosť z práce, kreativita a pod. V priebehu dvoch až piatich rokov od spomínaného konfliktu nastáva fáza zvýšenej rizikovosti k ochoreniam. Symptómy psychovegetatívneho vyčerpania privádzajú pracovníka často k návštevám lekára a absenciám v zamestnaní. Výslednou fázou je fáza zrútenia, kedy už samotný pracovník nevníma súvislosť medzi vyvolávajúcim

[20] HAGEMANN, W. Syndrom vyhoření u učitelů. Příčiny, pomoc, terapie.
[21] HAGEMANN, W. Syndrom vyhoření u učitelů. Příčiny, pomoc, terapie.

konfliktom a otvára sa mu brána nových neriešených konfliktov, ktoré podnecujú syndróm vyhorenia k plnému prejaveniu sa.

K problematike syndrómu vyhorenia je potrebné uviesť, že napriek preukázateľným negatívnym vplyvom na pracovný výkon nie je klasifikovaný ako choroba z povolania. Jeklová a Reitmayerová[22] poukazujú na to, že medzinárodná klasifikácia chorôb, syndróm vyhorenia priraďuje k problémom spojeným s ťažkosťami v usporiadaní života. V rámci psychiatrických diagnóz je zaraďovaný k neurotickým poruchám, stresovým poruchám a somatoformným poruchám[23]. Z hľadiska neurotických porúch možno podľa Čeledovej[24] syndróm vyhorenia priradiť k fobickým úzkostným poruchám, iným úzkostným poruchám, ale aj obsedantno kompulzívnym poruchám. Najčastejšie sa však syndróm vyhorenia vyhodnocuje ako súčasť reakcie na ťažký stres alebo ako porucha prispôsobenia.

1.2 Príznaky syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách

Jedinec trpiaci syndrómom vyhorenia často pociťuje zmeny týkajúce sa jeho telesnej schránky, ktoré sú často podceňované a bagatelizované. Medzi zmeny týkajúce sa tela možno zaradiť zvýšenú tepovú frekvenciu, zvýšenie krvného tlaku, tvrdnutie svalov, spomalenie trávenia, zvýšené vylučovanie žalúdočných kyselín, či zrýchlené dýchanie. Tieto reakcie sú automatické a telo pripravujú na boj alebo útek zo stresovej, či záťažovej situácie[25].

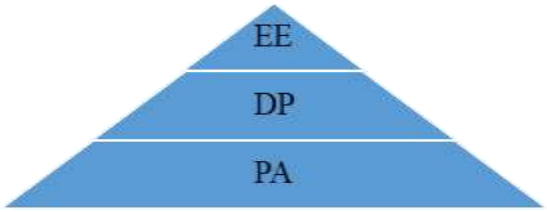
Príznaky syndrómu vyhorenia v kontexte pomáhajúcej profesie podľa Bartošíkovej[26] možno kategorizovať do troch základných oblastí. Oblasť *telesného vyčerpania* sa prejavuje chronickou únavou, svalovými bolesťami, nedostatkom energie, zmenami telesnej hmotnosti, náchylnosťami k chorobám. Pomáhajúci je rýchlo unaviteľný, čo v prípade vyhorenia vníma ako vlastné zlyhanie spájané s pocitom viny. Druhú oblasť tvorí *psychické vyčerpanie*, pre ktoré je charakteristický negatívny postoj k sebe aj k iným, vyznačujúci sa cynizmom, negativizmom, pesimizmom, neschopnosťou prijímať zmeny, nízkou sebadôverou. Začínajú sa objavovať poruchy koncentrácie, zabúdanie, uzatváranie sa voči klientom a voči spoločnosti. Dochádza k útlmu celkovej aktivity, strate tvorivosti, práca pre pomáhajúceho stráca zmysel.

[22] JEKLOVÁ, M. a E. REITMAYEROVÁ. Syndrom vyhoření.
[23] PTÁČEK, R. a L. ČELEDOVÁ et al. Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby.
[24] ČELEDOVÁ, L. Posudkové lékařství.
[25] RICHARDS, M. Stres. Kapesní příručka tipů a technik, jak zvládat stres a pozitivně ho využít.
[26] BARTOŠÍKOVÁ, I. O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry.

V krajnom prípade sa môžu objaviť aj suicidálne myšlienky. Poslednú oblasť tvorí *emocionálne vyčerpanie*, ktoré sa vyznačuje pocitmi beznádeje, bezmocnosti, stratou empatie a uzatváraním sa do seba. U pomáhajúceho pracovníka sa vytráca radosť z kontaktu s ľuďmi (najprv v práci, neskôr aj v rodine). Podobnú kategorizáciu oblasti príznakov syndrómu vyhorenia uvádza aj Kebza a Šolcová[27], ktorí sem okrem psychickej a fyzickej úrovne zaraďujú aj sociálnu úroveň. Pre *psychickú úroveň* sú typické príznaky duševného, emocionálneho a kognitívneho vyčerpania, strata motivácie, depresívne naladenie, pocit beznádeje a bezvýchodiskovej situácie, pokles až strata záujmu o témy, ktoré súvisia s prácou. K *fyzickej úrovni* je možné zaradiť celkovú únavu organizmu, apatiu, zmeny srdcovej frekvencie, dýchacie a zažívacie ťažkosti, úzkosť, poruchy spánku, zvýšené riziko k akejkoľvek závislosti a pod. *Sociálnu úroveň* predstavuje výrazná tendencia redukovať kontakt s klientmi a kolegami, nechuť k profesii, znížená miera empatie, nárast konfliktov v pracovnej i osobnej sfére a pod. Podľa Prieß[28] jedinec odmieta stretnutia a schôdzky, pokiaľ nie sú nevyhnutné. Medziľudské kontakty vníma ako záťaž. Vyhorení jedinci často popisujú, že okolie vnímajú ako v hmle s pocitom beznádeje a stratou zmyslu života.

Pôvodne dominovala predstava, že najvýznamnejším faktorom syndrómu vyhorenia je emocionálne a somatické vyčerpanie. Zásluhou autoriek Maslach a Jackson[29] sa pozornosť presunula viac na oblasť depersonalizácie. Spomínané dimenzie syndrómu vyhorenia graficky znázorňujeme prostredníctvom Obr. 3.

Obr. 3 Dimenzie syndrómu vyhorenia[30]



Obr. 3 predstavuje popis príznakov syndrómu vyhorenia v troch dimenziách syndrómu vyhorenia:

[27] KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření.
[28] PRIEß, M. Jak zvládnout syndrom vyhoření. Najděte cestu zpátky k sobě.
[29] MASLACH, CH., and S. JACKSON 1996, In Statistics Solutions.
[30] MASLACH, CH., and S. JACKSON 1996, In Statistics Solutions.

1. *emocionálne vyčerpanie (EE)* - podľa Křivohlavého[31] medzi subjektívne príznaky psychického vyhorenia patrí najmä mimoriadne veľká únava, znížená sebaúcta a sebahodnotenie vyplývajúce zo subjektívnych pocitov zníženej profesionálnej kompetencie, teda schopnosti a spôsobilosti niečo urobiť, ďalej sem patria poruchy koncentrácie (schopnosti sústrediť sa), zvýšená iritabilita (podráždenosť), negativizmus (sklon vidieť všetko v čiernych farbách). Najvýznamnejším objektívnym príznakom je znížená výkonnosť trvajúca celé mesiace, viditeľná aj pre spolupracovníkov a prijímateľov služieb,

2. *depersonalizácia (DP)* - predikuje prítomnosť ďalších symptómov. Prejavuje sa v odľudštení, cynizme až zvýšenej agresivite voči klientom. Povolanie, ktoré si pomáhajúci pracovníci dobrovoľne a s nadšením vybrali, začnú pomaly ignorovať až nenávidieť a môže sa stať i to, že ľudia, ktorým chceli slúžiť a pomáhať, sa stávajú obeťami ich cynizmu, nezáujmu, niekedy aj agresie[32],

3. *osobná spokojnosť (PA)* - v tejto dimenzii jednotlivec vníma svoje presvedčenie o tom, že svoju prácu vykonáva dobre. Hodnotí svoju osobnú výkonnosť, ktorá zodpovedá miere sebarealizácie a zdôrazňuje očakávania, ktoré ma jednotlivec voči sebe samému a voči svojej práci.

Rovnako ako meteorológovia môžu rozpoznať určité známky ako varovanie o blížiacej sa búrke, rovnako dnes aj psychológovia môžu rozpoznať výstrahu blížiaceho sa hurikánu vo forme syndrómu vyhorenia. V kontexte pomáhajúcej profesie predstavuje syndróm vyhorenia hrozbu pre každého motivovaného a oduševneného pomáhajúceho pracovníka. Ak pomáhajúci objaví vo vojom prežívaní a správaní znaky syndrómu vyhorenia, nemusí ísť hneď o jeho zlyhanie. Naopak, ide o uvedomenie si tohto problému, ktorý môže byť výzvou pre jeho ďalší osobný rast. Preto považujeme za potrebné mať dostatok informácií z oblasti danej problematiky, byť k sebe úprimný a otvorený k zmenám u seba aj u svojho okolia.

1.3 Systémová teória, systemický prístup a organizačná teória v kontexte syndrómu vyhorenia

Pre spracovanie teoretických východísk pri syndróme vyhorenia sme si zvolili systémovú teóriu a systemický prístup. Pracovníci pomáhajúcich profesií sú pri výkone

[31] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
[32] HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření.

svojho povolania čoraz častejšie konfrontovaní s ekonomickými, kvantitatívnymi a kvalitatívnymi výkonnými krivkami, čo pri zvyšujúcich sa nárokoch na prax a počte klientov vedie popri snahe o kvalitnejšie a ekonomicky šetrnejšie poskytované služby k syndrómu vyhorenia. Uvedené snahy sú praktickým dôsledkom negatívnych javov, či už je to zle nastavená legislatíva, rozpočtové požiadavky alebo každodenné riešenie nepriaznivej situácie klientov. Systémová teória a systemický prístup sú užitočným nástrojom na pochopenie toho, čo sa deje a na hľadanie vhodných stratégií riešenia vzniknutej situácie. V kontexte kvality profesijného života, syndrómu vyhorenia ako dôsledku výkonu samotnej pomáhajúcej profesie poukazujeme aj na organizačnú teóriu, ktorá je zameraná na objasnenie súvislostí medzi vyhorením a organizačným nastavením daného pracovného prostredia, v ktorom pomáhajúci pracovník pôsobí.

1.3.1 Systémová teória

V najjednoduchšom ponímaní je možné systémovú teóriu načrtnúť ako skúmanie fungovania jednotlivých častí a celku. V kontexte sociálnej práce ide o skúmanie interakcií medzi jednotlivcom a jeho prostredím, samotnou spoločnosťou. V súvislosti s pomáhajúcou profesiou a možným výskytom syndrómu vyhorenia ide o hľadanie súvislostí medzi vyhorením a príčinami jeho vzniku, skúmanie toho, čo k vyhoreniu viedlo v rámci systému. Hľadanie odpovedí na otázky ako bol systém nastavený a čo danému pracovníkovi umožňoval, resp. neumožňoval. To všetko komplexne zahŕňa a skúma práve systémová teória, ktorá nevychádza zo samotného jedinca, ale zaujíma sa aj o jeho okolie. Na tento fakt poukazuje aj Brnula[33], ktorý sociálnu prácu/pomáhajúcu profesiu považuje za interdisciplinárnu vednú disciplínu, tzn. očakáva sa od nej práca s klientom ako individualitou a zároveň je potrebné vnímať ho ako súčasť väčšej sociálnej štruktúry. Z toho vyplýva, že problémy rôznej povahy nie je možné chápať jednodimenzionálne. Podľa Hollsteina[34] systémová teória nemá charakter uzavretej teórie, ale predstavuje všeobecnú modelovú predstavu, ktorá nachádza uplatnenie v rôznych aj sociálno-vedeckých teóriách.

Človek ako systém disponuje podľa Konečného[35] základnou funkciou, a to pohotovosťou k uspokojovaniu vlastných potrieb. Ich množstvo a hierarchia sú dané vnútornou výbavou systému. Domnievame sa, že práve na základe toho je možné

[33] BRNULA, P., K. ČAVOJSKÁ, K. MÓZEŠOVÁ, P. MÓZEŠ a M. SMREK. Úvod do teórii sociálnej práce.
[34] HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. Sociálna práca a systémové teórie.
[35] KONEČNÝ, M. 2005, In ŠLOSÁR, D. Teórie sociálnej práce.

popísať syndróm vyhorenia v pomáhajúcej profesii. Nie je možné zamerať sa len na samotného pomáhajúceho, pretože mnohokrát je práve systém, v ktorom sa nachádza, príčinou vzniku syndrómu vyhorenia. Každá pomáhajúca profesia v sebe nesie prvky náročnosti a je zameraná na prácu s ľuďmi. Pomáhajúci pracovník sa snaží odovzdať klientom čo najviac svojich skúseností a mnohokrát chce pre klienta to najlepšie. K vyhoreniu môže dôjsť rýchlo pri narastajúcom počte klientov, nakoľko pomáhajúceho pracovníka ovplyvňuje viacero faktorov (napr. čas, individualita prípadov jednotlivých klientov, samotná spolupráca zo strany klienta a pod.). To všetko pôsobí na pomáhajúceho ako rizikový faktor pri vzniku vyhorenia, preto je potrebné pri jeho riešení dbať na systém ako celok a hľadať kauzalitu medzi jednotlivými spomínanými prvkami. Ako uvádza Levická[36], systémová teória kladie zreteľ na biologické, psychické, sociálne a kultúrne potreby jedinca, ktoré neboli naplnené v jeho ekologicko – sociálno – kultúrnom prostredí.

1.3.2 Systemický prístup

Systemický prístup umožňuje vďaka konštruktivistickému chápaniu nový pohľad na tradičné postupy poradenstva, psychoterapie, sociálnej práce a iných pomáhajúcich profesií. Rozvíja profesionalitu založenú na schopnosti viesť rozhovor s klientom tak, aby bol rešpektujúci a užitočný. Samotná terapia aktivizuje osobnostné a sociálne zdroje klienta a vyzdvihuje klientove silné stránky viac než jeho zlyhanie, či neúspech, čo považujeme za dôležité práve pri obetiach syndrómu vyhorenia.

Systemický prístup má zásadne pluralitný charakter ľudského poznania, kde rozhodujúcu úlohu má jazyk, prostredníctvom ktorého človek konštruuje svoje verzie sveta[37]. Skúma možnosti a podmienky zmeny, orientuje sa na interakčné vzorce a je prísne individualistický[38]. Systemický prístup používa vo svojej praxi súbor synteticky rozpracovaných otázok, ktorými terapeut vyzdvihuje pozitívne stránky, sleduje a dáva klientovi porovnávať situáciu pred a po kríze, aktivuje klientove osobné a sociálne zdroje, vedie klienta k nájdeniu riešenia na vedomej úrovni, pričom nepátra po príčinách ani po nevedomých procesoch a je založený výhradne na spolupráci[39].

[36] LEVICKÁ, J. 2002, In ŠLOSÁR, D. Teórie sociálnej práce.
[37] MACEK, Z. Systemický přístup.
[38] MATOUŠEK, O. Slovník sociálni práce.
[39] LUDEWIG, K. Základy systemické terapie.

Terapeut, resp. pomáhajúci pracovník volí podľa Maceka[40] z dvoch základných postupov:

- ponuka spolupráce, ktorá obsahuje ciele, ktoré majú byť dosiahnuté; kroky, ktoré je potrebné k tomu vykonať a kritériá umožňujúce posúdiť, či sa cieľ darí alebo nedarí dosahovať,
- preberanie starostí založené na spolupráci sčasti odbremeňujúcej klienta, pričom tento buď súhlasí alebo nie. Ak klient súhlasí, otvárajú sa mu dvere k spolupráci.

V prípadoch syndrómu vyhorenia možno považovať za najpriaznivejšie použitie práve systemického modelu, pretože syndróm vyhorenia je v konečnom dôsledku len vyčerpanie energetických zásob a precenenie vlastných hraníc. Vyhorený pomáhajúci pracovník, ktorý sa dostáva do roly klienta je dobrovoľný a spolupracujúci klient ochotný pracovať na svojom raste, ktorý je výsledkom aj vyriešeného syndrómu vyhorenia. Pomáhajúci pracovník ako klient v spolupráci s terapeutom hodnotí situáciu pred a po kríze, nehľadá príčiny, pretože ich pozná, ale snaží sa nájsť riešenie ako aktivovať svoje zdroje.

Macek[41] nakoniec uvádza nové tendencie, ktoré systemický prístup prináša. Sú nimi krátkodobosť (zameranie na ciele umožňuje skrátiť čas potrebný na riešenie situácie) a efektivita (snaha využiť všetky dostupné zdroje k lacnému a efektívnemu vyriešeniu problému). Výnimočnosťou systemického prístupu z pohľadu liečenia syndrómu vyhorenia sú vyššie uvedené východiská siahajúce po zdrojoch klienta, nekritizujúce a hľadajúce riešenie založené na spolupráci. Navyše možnosť využívania tohto prístupu vo vzťahu pomáhajúci pracovník – klient má preventívny charakter, cieľom ktorého je predísť syndrómu vyhorenia a tiež zefektívniť prácu s klientom v záujme krátkodobosti, efektivity a ekonomickej šetrnosti.

1.3.3 Organizačná teória

Organizačná teória má základ v systémovej teórii. Ústredným predpokladom tejto teórie je myšlienka, že organizácia môže dosahovať vtedy najlepšie výsledky, ak jej členovia rešpektujú automaticky príkazy vydávané z jej riadiaceho centra[42]. Je nesporné, že najčastejšie príčiny vzniku syndrómu vyhorenia pochádzajú práve z pracovnej oblasti. Domnievame sa, že je absurdné zovšeobecniť okruh rizikových

[40] MACEK, Z. Systemický přístup.
[41] MACEK, Z. Systemický přístup.
[42] ŠLOSÁR, D. Teórie sociálnej práce.

faktorov vzniku syndrómu vyhorenia len na samotného pomáhajúceho pracovníka a jeho osobnosť. Za potrebné považujeme upriamiť pozornosť aj na činitele týkajúce sa samotnej inštitúcie, teda na pracovisko, ktorého je pomáhajúci pracovník zamestnancom. V spojitosti kontextu organizačnej teórie, syndrómu vyhorenia a pomáhajúcej profesie uvádzame sociálne podmienený model vyhorenia[43], ktorý sa prejavuje v autonómii práce a zohľadňuje charakteristiky sociálnych vzťahov. Koncept modelu vytvára úzus, že na syndróm vyhorenia nie je možné nazerať tradičným spôsobom. Burnout je potrebné vnímať prostredníctvom sociálne významných cieľov a bojovaním proti rezistencii v pracovnom prostredí, ktoré môžu navodiť potláčanie profesijných očakávaní. V súčasnosti sa podľa Farbera[44] syndróm vyhorenia prejavuje u zamestnancov v súvislosti s množstvom pracovných povinností, zvyšujúcim sa tlakom okolia a nárokov kladeným na zamestnancov, obmedzené množstvo angažovania sa a mzda, ktorá len čiastočne kompenzuje vynaložené úsilie zamestnancov. Na základe toho je možné rozlíšiť tri typy syndrómu vyhorenia v medziach profesijného života[45]. Prvý typ predstavuje zamestnanca, ktorý pod vplyvom vyčerpania svoju prácu opúšťa alebo ju vykonáva len čiastočne, na základe prílišného pracovného stresu, ktorý je kompenzovaný nízkou odmenou. Druhý typ je tzv. zúfalý, kde zamestnanec pracuje do úplného vyčerpania v snahe získania odmeny za vynaložené úsilie a vytrpený stres. Tretí typ s predchádzajúcimi dvoma kontrastuje a vyskytuje sa pri práci, ktorá sa vyznačuje monotónnosťou.

[43] GUERRERO BARONA, E. Análisis Pormenorizado de los Grados de Burnout y Afrontamiento del Estrés Docente en Profesorado Universitario.
[44] FARBER, B. A. Introduction: Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture.
[45] FARBER, B. A. Treatment Strategies for Different Types of Teacher Burnout.

2 Vznik syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách

Pomáhajúca profesia je strešne používaný pojem pre všetky profesie, ktorých teórie, výskum aj prax sú smerované k pomoci druhým, na identifikáciu a riešenie ich problémov a na získavanie nových poznatkov o človeku ako aj o podmienkach jeho života. Cieľom pomáhajúcej profesie by mala byť podľa Paulíka[46] práca s ľuďmi, ktorej predmetom má byť interpersonálny vzťah a pomoc jednotlivcovi alebo skupine pri riešení problémovej situácie. Medzi tieto profesie patria napr. lekári, zdravotné sestry, psychológovia, psychiatri, sociálni pracovníci, opatrovatelia, učitelia, špeciálni pedagógovia, ale aj profesie ako sú hasiči, príslušníci policajného zboru či kňazi[47]. Pomáhajúcimi profesiami sa rozumejú profesie, ktoré majú pomôcť klientom v ťažkých životných situáciách (napr. oblasť sociálnej práce), ktorých cieľom je ľudský rozvoj vo fyzickej oblasti (napr. oblasť zdravotníctva a opatrovateľstva) a v oblasti duševného zdravia (napr. oblasť psychológie)[48].

V kontexte syndrómu vyhorenia a pomáhajúcej profesie býva považovaná za príčinu vzniku vyhorenia aj tzv. nespravodlivosť a nedostatočná reciprocita medzi pomáhajúcim a klientom[49]. Truchot et al.[50] k tejto domnienke dodávajú, že pomáhajúci majú pocit, že investujú do procesu pomoci viac energie než klienti a dostáva sa im toho späť menej. Tým autori poukazujú na to, že pomáhajúci pracovníci, ktorí očakávajú reciprocitu a majú nízke sebahodnotenie sú náchylnejší k syndrómu vyhorenia než tí pomáhajúci, ktorí reciprocitu neočakávajú.

Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že práca v pomáhajúcich profesiách má aspekty, ktoré robia príslušníkov vykonávanej profesie zraniteľnejšími, než je tomu napr. pri iných profesiách. Počas výkonu svojej práce prichádzajú pomáhajúci pracovníci do intenzívnejšieho kontaktu s ľuďmi a tým sú nútení neustále znášať tzv. „mentálne bremeno“. Angažujú sa v záujme svojho klienta a väčšinou energia plynie len od toho, kto pomáha (čiže zo strany pomáhajúceho). Z toho dôvodu môže dochádzať k vyčerpaniu, poklesu sebaúcty a pozornosti k sebe samému[51].

[46] PAULÍK, K. et al. Uplatnění věd o človeku v sociální práci.
[47] HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. Psychologický slovník.
[48] HLADIK, J. Design, and Development of a Multicultural Competence Scale in Helping-Profession Students.
[49] TRUCHOT, D., and M. DEREGARD. Perceived Inequity, Communal Orientation and Burnout: The Role of Helping Models.
[50] TRUCHOT, D. et al. Communal Orientation May Not Buffer Burnout.
[51] TEMPLETON, M., and J. SATCHER. Job Burnout Among Public Rehabilitation Counselors.

V nasledujúcej časti stručne charakterizujeme syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách, ktoré boli aj predmetom realizácie nášho autorského výskumu. Ide o nasledovné pomáhajúce profesie:

Sociálni pracovníci

V medziach sociálnej práce Janíková[52] uvádza, že až jedna štvrtina sociálnych pracovníkov trpí syndrómom vyhorenia a to z dôvodu, že sú vnímaní ako výkonná zložka nastavujúca denne svoju tvár pri stretnutiach s klientmi. Očakávania klientov a ich každodenná interakcia so sociálnym pracovníkom predstavujú pre sociálnych pracovníkov zvýšené nároky na ich psychickú pohodu. Od sociálneho pracovníka sa pri výkone jeho profesie vyžaduje plnenie niekoľkých úloh a tou najzásadnejšou je pomoc ľuďom (klientom) pri riešení ich sociálnych problémov a porúch, pomoc pri vytváraní takých spoločenských podmienok života, aby dokázali existovať a fungovať na primeranej spoločenskej úrovni v interakcii so svojim sociálnym prostredím[53]. Sociálny pracovník má byť podľa Strieženca[54] schopný riešiť a eliminovať problémy klienta v interakcii so sociálnym prostredím a má ho vedieť viesť k zodpovednosti, k účelnému využitiu vlastných zdrojov a ku kritickému mysleniu. Vo vzťahu ku klientovi sa zo strany sociálneho pracovníka vyžaduje aj plnenie niekoľkých rolí, prostredníctvom ktorých sa pomoc klientovi odohráva tvárou v tvár. Ide napr. o rolu sprostredkovateľa, prípadového manažéra, zmocnenca, poradcu, trénera, učiteľa, mediátora či terapeuta[55]. Najčastejším dôvodom syndrómu vyhorenia sa u sociálnych pracovníkov stáva to, že sociálni pracovníci sa snažia mnohokrát meniť život svojich klientov a preukazujú snahy o zmeny v oblasti sociálnej politiky. Mladí sociálni pracovníci sa pri vstupe do svojho povolania stretávajú s prvými ťažkosťami vo forme každodenného tlaku, bojom s byrokraciou, s nedostatočným ocenením, čím postupne upadá ich počiatočné odhodlanie, s ktorým na pole svojho pracovného pôsobenia vstupovali[56].

Opatrovatelia

V kontexte pomáhajúcej profesie je možné za pomáhajúceho pracovníka označiť opatrovateľa, ktorý poskytuje opatrovateľskú službu, ktorá je radená medzi sociálne

[52] JANÍKOVÁ, M., Burnout – úskalie práce s ľuďmi. Prevencia a zvládanie syndrómu vyhorenia.
[53] TOKÁROVÁ, A. et al. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce.
[54] STRIEŽENEC, Š. Slovník sociálneho pracovníka.
[55] MATOUŠEK, O. et al. Sociální práce v praxi.
[56] BORRITZ, M. et al. Burnout as Predictor of Self-reported Sickness aBsence Among Human Service Workers: Prospective Findings From Three Years Follow up of the PUMA Study.

služby. Podľa Zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, § 84 (8)[57] je opatrovateľom fyzická osoba, ktorá:

a) má vyššie odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,

b) má úplné stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,

c) má stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,

d) má nižšie stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, alebo

e) absolvovala akreditovaný kurz opatrovania najmenej v rozsahu 220 hodín.

Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že cieľom uvedeného ustanovenia má byť zabezpečenie profesionality a kvality poskytovania opatrovateľskej služby. Opatrovateľom sa môže stať osoba, ktorá spĺňa aspoň jednu z uvedených podmienok. Pri akreditovanom kurze na uvedenú požiadavku nie je možné udeliť výnimku ani v prípade, ak by do stanoveného rozsahu absolvovaného kurzu opatrovateľa chýbala len jedna hodina[58].

Zákon ďalej samotnú opatrovateľskú službu v §41 (1)[59] definuje ako sociálnu službu poskytovanú fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a dosahuje stupeň odkázanosti najmenej II podľa prílohy č. 3 tohto zákona. Táto služba je ďalej poskytovaná fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4 tohto zákona. Opatrovateľskú službu je možné zaradiť medzi tzv. „humanitnú“ službu, ktorú podľa Freudenberga[60] vykonávajú ľudia pracujúci v oblasti zdravotníctva. Opatrovatelia sa ako pomáhajúci pracovníci dostávajú denne do kontaktu s osamelosťou alebo bezmocnosťou svojich klientov z čoho vyplýva, že sú v kontakte so silnými emóciami klientov. Môže ísť o prejav smútku, zúfalstva, ale výnimkou nie je ani agresia a zlosť, ktoré klient niekedy nevedome obracia proti pomáhajúcemu pracovníkovi. Tento druh záťaže môže viesť k pocitom nedostatočnej

[57] Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.
[58] MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. Zamestnanci v sociálnych službách.
[59] Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.
[60] FREUDENBERGER, H. 1992, In KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.

profesionálnej satisfakcie a zároveň vzniku syndrómu vyhorenia[61]. Základnou charakteristikou syndrómu vyhorenia je podľa Schaufeli a Bakkera[62] väzba na zamestnanie, s čím súvisí predpoklad, že syndróm vyhorenia je situačne špecifický. Opatrovateľ sa pri výkone svojej práce môže stretnúť s bolesťou svojich klientov, čo môže u neho spôsobiť uzavretie sa do seba. Tento únik môže byť vnímaný ako obrana pomáhajúceho pracovníka, ktorý nie je vysporiadaný s ľudskou zraniteľnosťou[63].

Lekári

Vzťah medzi lekárom a pacientom predstavuje vzájomnú emocionálnu väzbu. Práve denný kontakt s pacientmi môže predstavovať u lekárov syndróm vyhorenia[64]. Problémy vo vzťahu medzi pacientom a lekárom môžu spôsobiť horšiu spoluprácu pri samotnej liečbe, kedy má pacient určité očakávania, ktoré lekár nespĺňa alebo pre lekára nie sú zrozumiteľné. To môže podľa Pačesovej[65] lekára trápiť a zaťažovať. Vzťah k lekárovi si pacient často vytvára na základe vlastných skúseností z detstva a predošlých vzťahov s inými lekármi.[66] Pre každého lekára je uspokojujúce diagnostikovať a liečiť chorobu. Omnoho frustrujúcejšie je však pre lekára liečiť chronicky alebo nevyliečiteľne chorých pacientov[67]. Zdravotnícke povolanie ako pomáhajúca profesia patrí medzi profesie, ktorých súčasťou je zvýšený profesionálny stres, ktorý často býva príčinou vzniku syndrómu vyhorenia. Medzi rizikové faktory pracovného stresu v kontexte zdravotníckeho povolania Nešpor[68] radí napr. kontakt s bolesťou, negatívnymi emóciami pacientov (depresia, vyčerpanie, hnev, podráždenie), morálna a právna zodpovednosť, voľba optimálneho liečebného postupu, náročný životný štýl (nadčasy a služby), ťažké oddeľovanie profesie od súkromia (nakoľko je lekár prostredníctvom svojho povolania vnímaný ako lekár aj svojím okolím), zdravotné riziká, ktoré povolanie lekára so sebou prináša (infekcie). Syndróm vyhorenia sa najčastejšie vyskytuje u lekárov a zdravotníckeho personálu pracujúcich na onkologických a psychiatrických oddeleniach, chirurgii a jednotkách intenzívnej

[61] LUCKÁ, Y. a L. KOBRLE. Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence.
[62] SCHAUFELI, W. B., and A. B. BAKKER. Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: a Multi-sample Study.
[63] HATOKOVÁ, M. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho.
[64] KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie.
[65] PAČESOVÁ, M. Lékař, pacient a Michael Balint.
[66] JOBÁNKOVÁ, M. et al. Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky.
[67] RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. Lékařská psychologie ve zdravotnictví.
[68] NEŠPOR, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření.

starostlivosti, kde sú na nich kladené vysoké profesionálne nároky, zodpovednosť, osobné nasadenie a závažné až fatálne následky v prípade omylu[69].

Zdravotné sestry

Náplň pomáhajúcej profesie všeobecnej zdravotnej sestry je možné definovať ako ošetrovanie pacientov za asistencie lekárov. Jej úlohou je výkon jednoduchých ošetrovateľských a liečebných úkonov vykonávaných za pomoci pokynov lekára a je spoluzodpovedná za bezpečnosť a regeneráciu akútne, chronicky chorých alebo zranených osôb[70]. Vyššia náročnosť tohto povolania je pripisovaná sestrám v oblasti intenzívnej starostlivosti. Ptáček[71] vidí najväčší problém v nedostatku pomocného personálu, ktorý by sestry odbremenil od úkonov ako sú kŕmenie, hygienická starostlivosť a pod. Ďalším faktorom, ktorý môže byť príčinou syndrómu vyhorenia je niekedy i duplicitná administratíva, ktorá uberá zdravotným sestrám čas, ktorý by mohli alebo chceli venovať samotnému pacientovi. Ako posledný faktor syndrómu vyhorenia uvádza nočné služby sestier na jednotkách intenzívnej starostlivosti, ktoré sestry vnímajú ako stresujúce z dôvodu nižšej personálnej obsadenosti než na denných službách. Podobný názor zastáva aj Moosler[72], podľa ktorého je fyzická, či psychická pracovná záťaž zdravotnej sestry rozhodujúcim prediktorom pre vznik syndrómu vyhorenia, ktorý súvisí s nedostatočným personálnym obsadením, striedaním služieb a predovšetkým výkonom nočných služieb. Vysoko rizikovými pre syndróm vyhorenia v profesii zdravotnej sestry sú podľa Venglářovej[73] aj samotná konfrontácia s chorobou, kontakt s utrpením a mnohokrát aj s umieraním. Za ďalšie rizikové faktory autorka považuje neschopnosť orientovať sa vždy na potreby chorých, konflikt rolí, pocit bezmocnosti (napr. pri nevyliečiteľne chorých pacientoch), vysokú zodpovednosť, časový stres, nepretržitý kontakt s chorým a už spomínané nočné služby, ktoré narúšajú sestrám ich biorytmus.

2.1 Osobnostné charakteristiky pomáhajúcich pracovníkov

V psychológii termín osobnosť označuje jednotu psychických procesov, stavov a vlastností, ako aj súhrn vnútorných determinantov prežívania a správania[74]. Podľa

[69] GAZDÍKOVÁ, K. Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov.
[70] VOKURKA, M. a J. HUGO et al. Velký lékařský slovník.
[71] PTÁČEK, R. et al. Burnout syndrom jako mezioborový jev.
[72] MOOSLER, G. Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal.
[73] VENGLÁŘOVÁ, M. et al. Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.
[74] SMÉKAL, V. Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání.

Allporta[75] je osobnosť dynamická organizácia psychofyzických systémov vo vnútri jedinca, ktorá determinuje jeho jedinečné prispôsobenie sa k prostrediu. Prototyp ideálnej osobnosti neexistuje, ale v porovnaní s inými profesiami je osobnosť pomáhajúceho pracovníka dôležitým a základným vkladom do jeho profesie. Tokárová[76] uvádza, že profesionál by mal napr. vedieť, že *aktívne počúvanie* a *dodržiavanie etiky* pôsobí na klienta terapeuticky, ošetrujúco, rozpúšťajúco problém a uvoľňujúco. Ďalej by medzi osobnostnými kompetenciami pomáhajúceho pracovníka nemali chýbať:

• *empatia* – ide o schopnosť vcítiť sa do aktuálnej situácie klienta alebo pacienta, ktorá napomáha pochopiť jeho prežívanie so schopnosťou udržania si určitého odstupu od neho (tzn. pomáhajúci pracovník situácií svojho klienta rozumie, dokáže sa do nej vcítiť, ale vyhýba sa súcitu alebo ľutovaniu klienta)[77],

• *spravodlivosť* – pri práci s klientmi znamená, že každý klient má právo na to, aby s ním pomáhajúci pracovník pracoval rovnako ako s ostatnými, tzn. bez akýchkoľvek predsudkov týkajúcich sa rasy, náboženstva, politiky, sociálneho prostredia alebo iných, ktoré by boli vnímané ako odlišnosť alebo negatívny postoj ku klientovi založený na tom, že patrí k inej skupine[78],

• *morálna bezúhonnosť* – legislatívna požiadavka viažuca sa na výkon danej profesie[79],

• *úcta a slušnosť* – sú vnímané ako dobrotivé zmýšľanie človeka a vnútorná vlastnosť. Je možné vnímať ich ako dar alebo talent, ktorý možno rozvíjať alebo „zahodiť“[80],

• *dôveryhodnosť* – klient prichádza za pomáhajúcim pracovníkom mnohokrát s problémom, o ktorom sa mu ťažko zdôveruje aj svojim najbližším. Z toho dôvodu by mal pomáhajúci pracovník vzbudiť dôveru u klienta už pri prvom kontakte[81],

• *rešpektovanie súkromia* – pomáhajúci pracovník nemá v klientovi vyvolať len pocit bezpečia a dôvery, ale má aj rešpektovať a dodržiavať princíp súkromia. Pomáhajúci pracovník má vedieť rešpektovať všetky predošlé činy klienta, jeho prostredie a vzťahové väzby. Voči klientovi má vedieť zaujať nehodnotiaci prístup a má vedieť plne rešpektovať jeho súkromie[82].

---

[75] ALLPORT, G. 1961, In BLATNÝ, M. et al. Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy.
[76] TOKÁROVÁ, A. et al. Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce.
[77] KRISTOVÁ, J. Komunikácia v ošetrovateľstve.
[78] PRŮCHA, J. Multikulturní výchova. Teorie. Praxe. Výzkum.
[79] LEVICKÁ, J. et al. Sociálna práca.
[80] JAHN, P. Slušnosť, zdvorilosť, takt a etiketa.
[81] QUISOVÁ, S. Sociální komunikace v pomáhajících profesích.
[82] ŘEZNÍČEK, J. Metody sociální práce.

V kontexte syndrómu vyhorenia je možné rozlíšiť typológiu osobnosti pomáhajúcich pracovníkov určujúcu spôsob reagovania na stres, ktorý je jedným z prediktorov pre vznik syndrómu vyhorenia. Prvý typ osobnosti podľa Schreibera[83] tvoria ľudia typu A. Pomáhajúci pracovník tejto osobnosti je ohrozený vo vyššej miere zdravotnými následkami stresu, trpí nadmernou aktivitou a angažovanosťou až za hranice svojich síl. Ďalšími charakteristickými črtami osobnosti typu A sú túžba po úspechu, súťaživosť, rivalita, nutkanie neustále niečo robiť, pripisovanie úspechu vlastnej osobe a naopak neúspechu iným ľuďom, časté používanie vulgárnych slov, skákanie iným do reči, prehnaná gestikulácia a iné. Podľa Bedrnovej[84] pracovníci s typom osobnosti A bývajú diktátorskí, sebavedomí, hyperautoritatívni, kritickí a málo tolerantní k iným. Druhý typ osobnosti predstavuje osobnosť typu B. Táto osobnosť je označovaná ako osobnosť so zdravým životným štýlom, dokáže odpočívať, má čas pre svoju rodinu a priateľov, má aj iné záujmy ako práca, je asertívna a schopná presadiť sa, má kultivovanú komunikáciu a realistický pohľad na svet[85]. Ďalším typom osobnosti je osobnosť typu C. Táto osobnosť je podobná osobnosti typu A a je špecifická náchylnosťou k onkologickým chorobám. Inými príslušnými charakteristikami tejto osobnosti sú depresivita, ťažkosti s vyrovnávaním sa so stresom prejavujúce sa stavmi bezmocnosti a beznádeje, nízka emočná expresívnosť, tendencia potláčať emócie a navonok pôsobiť pokojne, sklon k sebaobetovaniu, striktné dodržiavanie noriem a narušená sociálna opora[86]. Posledný typ osobnosti predstavuje osobnosť typu D, ktorý Denollet[87] charakterizuje ako osobnosť s vysokou negatívnou afektivitou (tendencia prežívať negatívne emócie) a vysokou sociálnou inhibíciou (tendencia potláčať expresiu emócií a správania v kontexte sociálnych interakcií). Ďalšími príznačnými charakteristikami osobnosti typu D sú depresia, anxieta, distres, posttraumatická stresová porucha, negatívne zvládanie záťaže a pod.

Medzi nástroje, ktoré pomáhajú k profesionalizácii a k profilácii v kontexte pomáhajúcej profesie možno zaradiť supervíziu, tréningy a odborné výcviky sociálnych spôsobilostí a sebareflexiu. Predpokladom sebareflexie je sebakritický prístup k vlastnej profesijnej činnosti, keďže ide o systematické objavovanie toho, ako má pomáhajúci

[83] SCHREIBER, V. Lidský stres.
[84] BEDRNOVÁ, E. et al. Management osobního rozvoje.
[85] KŘIVOHLAVÝ, J. Jak neztratit nadšení.
[86] BLATNÝ, M. a Z. ADAM. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatků a implikace pro další výzkum.
[87] DENOLLET, J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity. Social Inhibition and Type D Personality.

pracovník konať vo vzťahu ku klientovi, či ostatným[88]. Profesionálna pomoc zahŕňa aj starostlivosť o seba samého, utváranie svojho profesijného profilu spojeným s úctou k dôstojnosti klienta, čo tvorí základ kvality práce pomáhajúceho pracovníka.

2.2 Motivácia pomáhajúceho pracovníka

Dôležitú úlohu pri výkone pomáhajúcej profesie zohráva aj samotná motivácia pomáhajúceho. Tento pojem má pôvod v latinskom slove *moveo, are*, čo v preklade znamená hýbať, pohybovať[89]. Motivácia predstavuje jednu z najdôležitejších subštruktúr osobnosti, ktorá výrazne ľudí odlišuje v tom, čo chcú, po čom túžia, čo robia, kam smerujú. Ide o vnútorný proces, ktorý podľa Tureckiovej[90] vyjadruje túžbu a ochotu človeka vyvinúť určité úsilie k dosiahnutiu subjektívne významného cieľa alebo výsledku. Kollárik[91] motiváciu definuje ako dynamickú zložku osobnosti a motívy ako príčinu konania, zdroje správania sa ľudí. V kontexte pracovného procesu možno motiváciu chápať ako vnútornú túžbu alebo ochotu zamestnanca vyvinúť energiu k dosiahnutiu cieľa organizácie[92]. Príčinou vyhorenia býva aj silná (pre)motivácia pomáhať. Pomáhajúci pracovník si neuvedomuje hranice svojej kompetencie a žije v ilúzii, ktorá mu ponúka pohľad záchrany každého klienta. V strede záujmu sa ocitá klient ako centrum intervenčného procesu, pomoc klientovi sa dostáva do popredia. Naopak potreby pomáhajúceho pracovníka sa odsúvajú do pozadia. Takýto vzťah môže pomáhajúceho pracovníka uspokojovať alebo sa môže stať zdrojom ťažkostí, napätia a frustrácie, alebo môže dospieť až k vyhoreniu[93]. Blatný[94] uvádza tri typy motívov:

1. *výkonový motív* – energizuje osobnosť k dosiahnutiu úspechu, či už ide o dosahovanie úspechu v rámci súperenia, či o snahu dosiahnuť niečo jedinečné, alebo ide o dlhodobý vytrvalý postup pri dosahovaní hodnotného cieľa,
2. *motív afiliácie a intimity* – afiliačná motivácia predstavuje záujem o udržanie alebo obnovenie vzťahu k inej osobe, či skupine osôb. Motív intimity

[88] O'CONNOR, I. et al. Social Work and Social Practice.
[89] LAPOINTE, M. C., and S. PERREAULT. Motivation: Understanding Leisure Engagement and Disengagement.
[90] TURECKIOVÁ, M. 2004, In ŽIAKOVÁ, E. a B. BALOGOVÁ. Vonkajšia a vnútorná motivácia k štúdiu sociálnej práce.
[91] KOLLÁRIK, T. Sociálna psychológia práce.
[92] WEBB, K. Motivating Peak Performance: Leadership Behaviors that Stimulate Employee Motivation and Performance.
[93] WILSON, J., and W. H. CHUI. Social Work and Human Services Best Practice.
[94] BLATNÝ, M. et al. Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy.

predstavuje vzájomnosť, otvorenosť, harmóniu, záujem o dobro iného, zrieknutie sa akejkoľvek manipulácie s druhým,

3. *motív moci* – môže obsahovať motívy, ktoré sa objavujú v situácii, kedy sa jedinec snaží cítiť vlastnú silu alebo chce ovplyvňovať druhého (napr. potreba dominancie, nezávislosť, podriaďovanie ale i agresia).

Za základné zdroje motivácie je možné považovať[95]:

• potreby – základné aktivizujúce činitele, energizujúce prvok človeka, predpoklady jeho biologickej a sociálnej existencie,

• návyky – spôsoby činnosti človeka v určitej situácii, ktoré sú na rozdiel od potrieb opakované, fixované a zautomatizované. Môže ísť o pozitívne (napr. pracovitosť) alebo negatívne (napr. alkoholizmus) stereotypy, ktoré sú podmienené výchovou a sebavýchovou,

• záujmy – zameranie pozornosti človeka na oblasť, ktorá je predmetom jeho záujmu a ktorá ho uchvacuje, láka, priťahuje,

• ideály – zdroje motivácie, ktoré ovplyvňujú pracovné konanie a každý človek im prisudzuje odlišnú dôležitosť (napr. mravné ideály),

• hodnoty – prejav individuálnej viery v určité pravidlá a zásady, pričom ich dodržiavanie je pre samotný subjekt zmysluplné.

Ochota pomáhať je vnímaná ako určitá vrodená vlastnosť. Miera ochoty pomáhať je ukotvená v určitých rolách, napr. v roly lekára, zdravotnej sestry a pod. Pomáhajúci môže mať motiváciu vedomú (definovaná zmysluplnou činnosťou) alebo nevedomú (napr. uspokojenie vlastných emocionálnych potrieb - „mám hodnotu len vtedy, keď pomáham ostatným“).[96] Pracovnú motiváciu na rozdiel od mimopracovnej motivácie dynamizujú zdroje motivácie súvisiace s pracovnou činnosťou ako napr. obsah práce a podmienky práce. Čím a k čomu motivovať pracovníkov predstavuje praktický aspekt pracovnej motivácie. Tieto aspekty motivácie sú vo vzájomnej závislosti a môžu obsahovať viacero prvkov nakoľko človek nepracuje len z jedného dôvodu a neplní len jeden cieľ v práci[97]. Herzberg[98] uvádza dve skupiny podnetov. Podnety, ktoré patria k vonkajšiemu prostrediu a môžu udržať alebo znížiť motiváciu jednotlivca v pracovnom procese nazýva hygienickými faktormi. Vnútorné podnety, ktoré môžu viesť ku

[95] BEDRNOVÁ, E. a I. NOVÝ et al. Psychologie a sociologie řízení.
[96] SCHMIDBAUER, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí.
[97] KOLLÁRIK, T. Sociálna psychológia práce.
[98] HERZBERG, F. 1959, In FERJENČÍK, J. a M. BOSÁKOVÁ. Riadenie ľudských zdrojov.

zvýšeniu motivácie pracovníka označuje ako motivátory. Hygienické faktory možno vnímať ako faktory týkajúce sa celkových pracovných podmienok, pracovného riadenia, či interpersonálnych vzťahov. Vnútorné podnety podľa Rymeša[99] odrážajú vzťah pracovníka k pracovnej činnosti, ktoré sa týkajú uspokojenia z práce a celkovej zaujímavosti práce. Medzi motivátory podľa Smereka a Petersona[100] patria napr. uznanie, práca sama o sebe, odborný rast, jasnosť vízie, kariérny postup, zodpovednosť, stotožnenie sa s organizáciou a pod. Ku hygienickým faktorom radia dobré vzťahy so spolupracovníkmi, efektívnosť vedenia, platové ohodnotenie a efektívny dohľad.

[99] RYMEŠ, M. Osobnost a práce.
[100] PETERSON, M. a R. E. SMEREK. Examining Herzberg´s Theory: Improving Job Satisfaction among Non Academic Employess at a University.

3 Rizikové faktory vzniku syndrómu vyhorenia v kontexte pomáhajúcej profesie

Syndróm vyhorenia v kontexte rizikových faktorov, ktoré podnecujú jeho vznik možno vnímať multidimenzionálne. Nie je možné jednoznačne odpovedať na otázku, čo vedie k syndrómu vyhorenia. Syndróm vyhorenia môže byť podnietený dlhodobo pretrvávajúcim vnútorným konfliktom, nadmernými záťažovými a stresovými situáciami, pracovným prostredím ako i samotnými demografickými premennými, ku ktorým patrí napr. vek, rod a rodinný stav. V súvislosti s vekom Demmer[101] poukazuje na fakt, že syndróm vyhorenia sa vyskytuje u mladých pracovníkov. V kontexte sociálnej práce alebo inej pomáhajúcej profesie sa taktiež domnievame, že práve mladší pomáhajúci pracovníci sú pre svoj entuziazmus a prvotný osobnostný vklad do profesie ohrození syndrómom vyhorenia, ale nevylučujeme vyhorenie ani u profesijne starších pomáhajúcich pracovníkov. Tu môže vzniknúť syndróm vyhorenia z dôvodu stereotypnej činnosti práce, počtu klientov, s ktorými prichádza pomáhajúci do denného kontaktu, z dôvodu neustále sa zvyšujúcich požiadaviek kladených na pomáhajúcich pracovníkov v súvislosti s výkonom ich profesie a pod. Túto domnienku potvrdzujú aj Lau, Yuen a Cham[102], podľa ktorých sa syndróm vyhorenia prejavuje v dvoch kritických fázach – pri začiatku výkonu profesie a v neskoršom profesijnom živote. Takedová a kol.[103] uvádzajú, že začínajúci pomáhajúci pracovníci sú viac ohrození vznikom syndrómu vyhorenia ako skúsení pomáhajúci pracovníci. Dôvodom je, že mladý začínajúci pomáhajúci pracovník je konfrontovaný pri nástupe do povolania tzv. „šokom z reality„. Za ďalšiu významnú sociodemografickú premennú považujeme aj počet klientov, s ktorými pomáhajúci pracovník prichádza do denného kontaktu. K vyhoreniu môže dôjsť rýchlo pri narastajúcom počte klientov, nakoľko pomáhajúceho pracovníka ovplyvňuje viacero faktorov (napr. čas, individualita prípadov jednotlivých klientov, samotná spolupráca zo strany klienta a pod.). To všetko pôsobí na pomáhajúceho ako rizikový faktor pri vzniku vyhorenia, preto je potrebné pri jeho riešení dbať na systém ako celok a hľadať kauzalitu medzi jednotlivými spomínanými prvkami.

[101] DEMMER, C. Burnout: The Health Care Worker as Survivor.
[102] LAU, P., M. YUEN, and R. CHAM. Do Demographic Characteristics Make a Difference to Burnout Mong Hong Kong Secondary School Teachers?
[103] TAKEDA, F. et al. The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices.

Rovnako zohľadňujeme aj rizikové faktory, ktoré uvádza Poschkamp[104] a ktoré pre prehľadnosť zobrazujeme graficky prostredníctvom Obr. 4.

Obr. 4 Rizikové faktory syndrómu vyhorenia[105]

Nereálne ciele podľa Obr. 4 je možné vysvetliť ako vkladanie všetkej svojej energie do nereálnych alebo ťažko dosiahnuteľných cieľov. *Obrovské nadšenie* spočíva v silnej viere v to, že jedinec svoju prácu vykonáva najlepšie ako vie. Každý neúspech považuje za zlyhanie, čím jeho nadšenie postupne klesá. *Prehnané očakávanie odmeny* charakterizuje práca s najvyšším nasadením, za ktoré jedinec očakáva odmenu. Ak odmena dlhodobo neprichádza, objavuje sa pocit zlyhania, bezmocnosti a strata kontroly. *Prehnaná angažovanosť* znázorňuje snahu pre svojho klienta urobiť maximum a vychádzať mu v ústrety.

Z uvedeného teoretického prehľadu vyplýva, že prediktory pre vznik syndrómu vyhorenia môžu byť rôznorodé. V nasledujúcich podkapitolách sa bližšie zameriame na definovanie stresu, pracovného prostredia a vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom, ktoré sa môžu stať jedným z hlavných spúšťačov syndrómu vyhorenia.

3.1 Stres

Syndróm vyhorenia je často spájaný práve so stresom z čoho vyplývajú aj tvrdenia viacerých autorov[106], ktorí uvádzajú, že syndróm vyhorenia predstavuje výsledok nahromadeného stresu. Pojem stres má z etymologického hľadiska pôvod v anglickom jazyku, kde sa najčastejšie označuje ako hardship (ťažkosti, strasti), straits

[104] POSCHKAMP, T. Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence.
[105] POSCHKAMP, T. Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence.
[106] MALLOTOVÁ 2000; KALLWASS 2007; POSCHKAMP 2013; PETLÁK, BARANOVSKÁ 2016

(úzkosť, obtiažna situácia) alebo adversity (nešťastie, nepriazeň osudu)[107]. Z hľadiska terminológie má označenie stres počiatky v oblasti techniky a priemyslu, prostredníctvom ktorého sa označoval vzťah k fyzikálnej sile pôsobiacej na materiál. Išlo napr. o žeravé železo pod kladivom alebo lis pôsobiaci tlakom na určitý predmet[108]. Venglářová[109] poukazuje na rok 1956, kedy Selye pretransformoval pojem stres do oblasti biológie, v ktorej ho definoval ako nešpecifické zmeny biologického systému vyvolané rozličnými škodlivými vplyvmi (fyzická námaha, chlad, teplo, intoxikácia, nedostatok potravy). Vyvolanie stresu pripisuje okolnostiam, ktoré sám jedinec vyhodnotí ako ohrozujúce, narušajúce jeho stabilitu, sebakontrolu, adaptáciu i samotnú sebarealizáciu. Tu sa môžeme pozastaviť nad tým, prečo sa stres a syndróm vyhorenia viažu často k pomáhajúcej profesii. S pomáhaním ľuďom v núdzi a nepriaznivej situácii je možné sa stretnúť už za čias Matky Terezy. Odpoveď je možné nájsť u Maroona[110], ktorý uvádza, že záujem o problematiku syndrómu vyhorenia v akademických kruhoch stúpol v osemdesiatych rokoch následkom presunu starostlivosti o sociálne ohrozené skupiny zo súkromných inštitúcií (cirkev) na štátne orgány. V dôsledku toho sa štátne inštitúcie, starajúce sa o zdravie a blaho jednotlivcov, rozvinuli. Na samotných pracovníkov sa presunul nielen vyšší počet klientov, ale i viac zodpovednosti a nároky na ich profesiu začali stúpať. Tu je možné vychádzať z definície stresu Výrosta a Slaměníka[111], ktorí stres definujú ako „vnútorný stav človeka, ktorý je buď priamo niečím ohrozený alebo také ohrozenie očakáva a pritom sa domnieva, že jeho obrana proti nepriaznivým vplyvom nie je dostatočne silná“. Toto tvrdenie môžeme metaforicky prirovnať k miskám váh, kde na jednej strane prevažuje záťaž nad druhou stranou, ktorá predstavuje schopnosť organizmu s ňou bojovať.

Vyššie uvedené zvyšujúce sa požiadavky a nároky od okolia alebo samotného pomáhajúceho pracovníka voči svojej osobe, môžu predstavovať pre pomáhajúceho stresovú situáciu a následnú frustráciu. V kontexte syndrómu vyhorenia a pomáhajúcej profesie považujeme za stres záťažové faktory, ktoré pochádzajú z vonkajšieho alebo vnútorného prostredia a narušajú rovnováhu medzi organizmom a prostredím. Pomáhajúci pracovník následne čelí akútnemu alebo chronickému napätiu. Podľa

[107] KEBZA, V. Psychosociální determinanty zdraví.
[108] KRASKA-LÜDECKE, K. Nejlepší techniky proti stresu.
[109] VENGLÁŘOVÁ, M. et al. Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.
[110] MAROON, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků.
[111] VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. Aplikovaná sociální psychologie.

Atkinsonovej[112] sa stres vyskytuje u jedincov, ktorí sa dostávajú do kontaktu s udalosťami, ktoré považujú za ohrozenie svojho telesného alebo duševného blaha. Tieto udalosti možno označiť ako stresory. V kontexte pomáhajúcej profesie považujeme za stresory napr. zodpovednosť pomáhajúceho pracovníka voči svojmu klientovi, počet klientov, s ktorými pomáhajúci pracovník prichádza do denného kontaktu, kompetencie pomáhajúcich pracovníkov, legislatívny rámec a i.

Rovnako ako pri syndróme vyhorenia, aj pri strete organizmu so stresom je potrebné vnímať varovné signály. Medzi najčastejšie patria bolesti hlavy, tráviace problémy, pocit studených rúk a nôh, bolesti chrbta a šije, nevoľnosť, porucha srdcového rytmu, nárast alebo úbytok hmotnosti, problémy s koncentráciou, pocity úzkosti[113]. Z uvedeného v kontexte pomáhajúcej profesie vzhľadom k problematike syndrómu vyhorenia pokladáme za dôležitý súlad medzi telesnou, duševnou a sociálnou, prípadne spirituálnou a ekologickou zložkou zdravia pomáhajúceho pracovníka. Narušenie ktorejkoľvek zložky považujeme za podnet pre nástup syndrómu vyhorenia u pomáhajúceho pracovníka. Dôraz kladieme na starostlivosť o duševné zdravie, ktoré napomáha primerane a pohotovo reagovať na podnety (stresory). Túto myšlienku potvrdzuje aj Melgos[114], podľa ktorého je človek po duševnej stránke zdravý ak má dobré vzťahy s inými, pociťuje spokojnosť sám so sebou a je schopný riešiť každodenné problémy.

3.2 Pracovné prostredie

Kvalitu profesijného života je možné chápať ako pracovnú spokojnosť, ktorá je považovaná za jeden z komponentov celkovej životnej spokojnosti[115]. Sirgy[116] a kol. uvádzajú kľučové prvky kvality pracovného života, medzi ktoré patrí potreba spokojnosti spojená v požiadavkách pracovného miesta; potreba spokojnosti založená na pracovnom prostredí; potreba spokojnosti založená na správaní vedúceho a potreba spokojnosti založená na podporných programoch. Domnievame sa, že neschopnosť alebo nemožnosť naplnenia spomínaných potrieb, môže predstavovať jeden z rizikových faktorov vzniku syndrómu vyhorenia.

[112] ATKINSON, R., L. et al. Psychologie.
[113] HUBER, J., H. BANKHOFER a E. HEWSON. 30 způsobů jak se zbavit stresu.
[114] MELGOSA, J. Zvládni svoj stres.
[115] FRK, V. Kvalita života a kvalita pracovného života.
[116] SIRGY, M. J. et al. A New Measure of Quality of Work Life (QoWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories.

Stresové situácie u zamestnancov často vyvolávajú náročné podmienky, súperivé prostredie či strach o pracovnú pozíciu. Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (OSHA)[117] uvádza nasledovné faktory príčin pracovného stresu:

• neistota zamestnania – práca na nestabilných pracovných trhoch môže vyvolať pocit neistoty a zvýšiť stres, ktorý súvisí so strachom o pracovné miesto,

• starnúca pracovná sila – zvyšovanie veku do dôchodku predstavuje dôsledok staršej pracovnej sily v Európe, ktorá je zraniteľnejšia v rámci vplyvov nebezpečenstva vyplývajúcich zo zlých pracovných podmienok,

• intenzifikácia práce – mnohí zamestnanci v rámci svojej profesie musia spracovávať čoraz vyššie množstvo nových informácií, musia čeliť pracovnej záťaži a vyššiemu tlaku v dôsledku neustáleho zvyšovania nárokov pre výkon ich profesie,

• vysoké emocionálne nároky v zamestnaní – za faktor, ktorý prispieva ku zvýšeným emocionálnym nárokom možno zaradiť zastrašovanie v práci. Násilie a zastrašovanie predstavuje stres v živote obete, ktorý môže vážne ovplyvniť duševné i telesné zdravie,

• nerovnováha v pracovnom a osobnom živote – problémy týkajúce sa zamestnania sa môžu preniesť do osobného života. Vysoká pracovná záťaž, či nestabilný pracovný čas môžu viesť ku konfliktu medzi pracovnými nárokmi a požiadavkami osobného života.

V kontexte náročnosti pomáhajúcej profesie sa prikláňame k typológii rizikových faktorov pracovného prostredia, ktoré vymedzuje Fontana[118] nasledovne:

• nejasne definované role – v aplikácii na pomáhajúce profesie možno nejasne definované role chápať ako chýbajúce informácie zo strany pomáhajúceho pracovníka, ktorý nevie, čo sa od neho očakáva, kde končí jeho zodpovednosť a kde začína zodpovednosť jeho klienta, čo je v jeho kompetencii a čo naopak nie je,

• nereálne očakávania od seba samého (perfekcionizmus) – kladenie si nedosiahnuteľných cieľov a náročné úlohy, ktoré prevyšujú schopnosti, či kompetencie pomáhajúceho pracovníka sú častým dôsledkom vzniku syndrómu vyhorenia. Ďalej môže ísť o nedostatok realizmu, kedy jedinec nikdy nie je spokojný so svojou vykonanou prácou, nie je konfrontovaný s uspokojivým výsledkom, čo ho následne vedie k deprivácii,

[117] OSHA. Psychosociálne riziká a stres pri práci.

[118] FONTANA, D. Stres v práci a v živote. Jak ho pochopit a zvládat.

• nedostatok právomocí – pomáhajúci pracovník môže vykonávať v rámci svojej profesie to, čo mu povoľuje jeho kompetencia a legislatívny rámec. Akákoľvek snaha a iniciatíva zo strany pomáhajúceho pracovníka prekročiť tieto limity, môžu viesť k frustrácii a vzniku syndrómu vyhorenia,

• nezhody s nadriadeným – narušené personálne a interpersonálne vzťahy na pracovisku môžu byť ďalším z dôvodov vzniku syndrómu vyhorenia. Je možné sem zaradiť nadmerné preťažovanie zamestnanca zo strany nadriadeného, nedostatočnú spätnú väzbu, zhadzovanie pracovníka pred inými kolegami zo strany nadriadeného, napätú a neprajnú atmosféru medzi samotnými zamestnancami a pod.,

• prepracovanosť a časový stres – časté ignorovanie pracovných prestávok (napr. prestávka na obed), či čas určený pre dovolenku sú považované za rizikový faktor vzniku syndrómu vyhorenia. Zamestnanec potrebuje čas pre psychohygienu. Často sa odporúča aj vyhradenie si času pre oddych po skončení určitej pracovnej úlohy a pred začatím novej, aby mal organizmus priestor pre oddych a nabratie nových síl,

• stereotyp – myseľ zamestnanca potrebuje stimul prostredníctvom nového zážitku, aby sa dokázal sústrediť. Pri stereotypnej činnosti tento stimul neprichádza. Pomáhajúcu profesiu možno hodnotiť ako rôznorodú, nakoľko pracovník prichádza do kontaktu vždy s novým klientom, ktorý je individuálny a odlišný od iných klientov. K vyhoreniu môže dôjsť v rámci pomáhajúcej profesie napr. pri dlhodobo vykonávanej administratívnej činnosti, ktorú možno zaradiť medzi stereotypné.

3.3 Vzťah pomáhajúci pracovník a klient

Syndróm vyhorenia sa objavuje najčastejšie tam, kde dochádza k častému kontaktu s ľuďmi. Tu nesporne možno zaradiť pomáhajúce profesie, ktoré sú charakteristické interakciami medzi pomáhajúcim a klientom. Táto interakcia predstavuje hybnú silu a centrálny element vytvárajúci vzťah pri práci s klientom[119]. V kontexte sociálnej práce, ale i iných pomáhajúcich profesií sa pomáhajúci pracovníci stretávajú s rôznymi cieľovými skupinami[120]. Vzťah[121] vo všeobecnosti predstavuje emocionálne voľný postoj človeka k niekomu alebo niečomu. Tento postoj v sebe zahŕňa životnú či sociálnu pozíciu. Konštatujúc na základe tohto tvrdenia je možné profesionálny vzťah v kontexte pomáhajúcej profesie vymedziť ako to, čo sa deje medzi

[119] ÚLEHLA, I. Umění pomáhat.
[120] BALOGOVÁ, B. Svet seniora – senior vo svete.
[121] LEVICKÁ, J. et al. Sociálna práca.

pomáhajúcim pracovníkom a klientom, vrátane emocionálnej stránky tejto interakcie. Kvalita vzťahu medzi pomáhajúcim a klientom ovplyvňuje aj samotnú kvalitu procesu pomáhania. Pri práci s klientom v kontexte pomáhajúcej profesie je potrebné určiť si hranice[122]. Z vymedzenej hranice má byť jasné, akými kompetenciami disponuje pomáhajúci pracovník, čo je jeho povinnosťou. Na druhej strane vymedzuje práva a povinnosti klienta. Správne nastavenie hraníc má podľa autoriek zabraňovať pomáhajúcemu pracovníkovi preberanie klientových problémov za svoje vlastné a zároveň ho chráni pred manipuláciou zo strany klienta. Hranice podľa Malinu[123] umožňujú pomáhajúcim pracovníkom oddeľovať ich profesionálny život a osobný život. V pomáhajúcej profesii predstavuje hranica podľa Coopera[124] zbierku smerníc a pravidiel, etických i technických noriem, ktoré sú platné v tej ktorej oblasti pomáhajúcej profesie. Za takúto zbierku v rámci pomáhajúcich profesií je možné považovať etický kódex, ktorý predstavuje súbor hodnôt, princípov a noriem, ktoré je potrebné rešpektovať a dodržiavať pri práci s klientom/pacientom[125]. Etický kódex je živým dokumentom, ktorý sa priebežne dopĺňa tak, aby odrážal čo najaktuálnejší obraz pomáhajúceho pracovníka[126]. Ďalej je možné hranice nastaviť aj prostredníctvom presne vymedzených kompetencií pomáhajúceho pracovníka. Môže ísť o nasledovné oblasti kompetencií[127]:

• kompetencie vo vzťahu k sebarozvoju pomáhajúceho pracovníka,

• kompetencie vo vzťahu ku klientom (jednotlivcom, skupinám, komunitám, spoločnosti) alebo pacientom,

• kompetencie vo vzťahu k spolupracovníkom a k organizácii,

• kompetencie vo vzťahu k profesii.

Vzťah s klientom v kontexte pomáhajúcej profesie sa podľa Levickej[128] vyznačuje vzájomnými citmi, postojmi voči sebe, názormi na toho druhého, vzájomnými očakávaniami, či spôsobom komunikácie. V rámci vzťahu medzi pomáhajúcim a klientom môžu predstavovať rizikový faktor emócie, ktoré do tohto vzťahu klient prináša (napr. plač, výbuch hnevu, strach). Emócie predstavujú komplexné psychické

[122] KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese.
[123] MALIN, N. Professionalism, Boundaries and the Workplace.
[124] COOPER, F. Professional Boundaries in Social Work and Social Care.
[125] REAMER, F. Boundary Issues in Social Work: Managing Dual Relationships.
[126] LEVICKÁ, J. a K. LEVICKÁ. Kľúčové témy v profesijnej etike sociálnej práce.
[127] BROZMANOVÁ GREGOROVÁ, A. 2010, In HUDECOVÁ, A. et al. Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií.
[128] LEVICKÁ, J. a K. LEVICKÁ. Kľúčové témy v profesijnej etike sociálnej práce.

pochody, ktoré sa navonok prejavujú fyziologickými, motorickými, mimickými prejavmi a vnútorne subjektívnymi prežitkami[129]. Emócie v sebe zahŕňajú niekoľko funkcií[130]:

• intrapersonálnu – zvládanie požiadaviek prostredia prostredníctvom pozitívnych emócií, snaha o nápravu narušenej rovnováhy,

• vývojovú – zohráva dôležitú úlohu pri dosahovaní vývojových medzníkov vo všetkých obdobiach života človeka,

• sociálnu – slúži na koordináciu sociálnych vzťahov a interakcií.

Primárny cieľ každej pomáhajúcej profesie je človek vo svojej jedinečnosti, neopakovateľnosti, individualite a celistvosti[131]. Na základe toho je možné formovať niekoľko modelov vzťahu medi pomáhajúcim a klientom. V rámci vzťahu lekár – pacient uvádzajú Raudenská a Javůrková[132] nasledovné modely vzťahu, ktoré je možné implementovať aj do iných pomáhajúcich profesií:

• paternalistický model – model zameraný na pomáhajúceho pracovníka a problém klienta, kde sa pomáhajúci pracovník vyznačuje direktívnym prístupom,

• jednací model – model na rozmedzí paternalistického a informačného, kde pomáhajúci pracovník sprostredkúva výmenu informácií, dostatočnú empatiu, čo prináša klientovi usmernenie a samostatné rozhodnutie,

• na službu orientovaný model – opačný model ako paternalistický, kde klient vyhľadáva pomáhajúceho pracovníka ako službu,

• kooperatívny model – model založený na spolupráci, ktorý konči spoločným rozhodnutím a spoločným prevzatím zodpovednosti za kroky smerujúce k zlepšeniu situácie klienta.

Zhodujeme sa s tvrdením Hangoniho[133], že v kontexte sociálnej práce ako i inej pomáhajúcej profesie je kladený dôraz na vytvorenie rovnocenného vzťahu medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom. Konštatujúc z uvedených faktov vyvodzujeme záver, že dobrý vzťah medzi pomáhajúcim pracovníkom a klientom je potrebné budovať od samého začiatku. Predpokladom pre takýto vzťah je prejavenie skutočného

[129] SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy.
[130] STUCHLÍKOVÁ, I. Základy psychologie emocí.
[131] MÁTEL, A. a M. HARDY et al. Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II.
[132] RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. Lékařská psychologie ve zdravotnictví.
[133] HANGONI, T. Prístupy sociálneho pracovníka ku klientovi.

záujmu o klienta a jeho problém. Klient už pri prvom kontakte poskytuje vnímavému pomáhajúcemu pracovníkovi mnoho informácií, ktoré prostredníctvom porozumenia a správnej analýzy tvoria širšie pozadie daného problému.

4 Preventívne techniky syndrómu vyhorenia a pomáhajúca profesia

Preventívne opatrenia sú súhrnom vnútorných (individuálnych) a vonkajších možností, ktoré môže pomáhajúci pracovník a organizácia využívať[134]. Podľa Rusha[135] môžu tieto opatrenia prispieť k rozvoju osobnostných charakteristík, zníženiu a zvládaniu stresových/záťažových situácií a k určitému nadobudnutiu zmysluplnosti života. Intervenčné programy v kontexte syndrómu vyhorenia sú zamerané viac na jednotlivca, než na celú organizáciu. Prístupy orientované na jednotlivca môžu byť účinné pri zmierňovaní vyčerpania, ale nie sú zmerané na ďalšie dve roviny syndrómu vyhorenia – depersonalizáciu a osobné uspokojenie z práce. Tento prístup je žiaľ založený na predpoklade, že účinnejšia a lacnejšia je výmena jednotlivca než celej organizácie[136].

4.1 Primárna, sekundárna a terciárna prevencia

Prevenciu je možné chápať ako činnosť nasmerovanú na minimalizovanie antisociálnych problémov, ktoré sa vyskytujú v živote jednotlivca, skupín, rodín, či komunít[137]. Mátel[138] podobne definuje sociálnu prevenciu ako súbor opatrení, metód, aktivít, postupov a techník, ktoré sú používané s cieľom zamedziť vzniku, prehĺbeniu alebo recidíve porúch sociálneho fungovania (jednotlivcov, rodín, skupín, komunít).

Primárna prevencia má predstavovať snahu o zabránenie vzniku syndrómu vyhorenia. Z odborného medicínskeho hľadiska predstavuje primárna prevencia podľa Bašteckej[139] činnosti, ktoré majú znížiť pravdepodobnosť vzniku ochorenia. Kondáš[140] primárnu prevenciu člení na ochranu zdravia (pravidlá, ktoré sa týkajú napr. požívania alkoholických nápojov a liekov), podporu zdravia (správna životospráva, zvládanie stresu) a zlepšovanie zdravia. Nakoľko je človek v kontexte sociálnej práce vnímaný ako bytosť bio-psycho-sociálno-spirituálna, je možné primárnu prevenciu vnímať ako vytváranie takých podmienok, ktoré budú najpriaznivejšie pre rozvoj každého

[134] KOPŘIVA, K. Lidský vztah jako součást profese.
[135] RUSH, M. D. Syndrom vyhoření.
[136] MASLACH, CH., W. B. SCHAUFELI, and M. P. LEITER. Job Burnout.
[137] LEVICKÁ, J. Metódy sociálnej práce.
[138] MÁTEL, A. Prevencia sociálna.
[139] BAŠTECKÁ, B. et al. Klinická psychologie v praxi.
[140] KONDÁŠ, O. et al. State z klinickej psychológie.

spomínaného aspektu[141]. Ako z názvu vyplýva, primárna forma prevencie má byť súborom komplexných preventívnych opatrení a zároveň spôsobom intervencie zameranej na podporu zdravia a riešenie zistených rizikových faktorov[142]. Ústredným motívom a hlavným cieľom primárnej prevencie by malo byť podľa Emmerovej[143] pozitívne pôsobenie na správanie človeka v kontexte podpory psychického, somatického a v neposlednom rade aj sociálneho zdravia. Konštatujúc podľa Libu[144] má primárna prevencia upevňovať tie vedomosti, zručnosti a návyky, ktoré budú človeka podnecovať k udržiavaniu zdravého životného štýlu a podpore zdravia. Toto tvrdenie potvrdzuje aj Bartůňková[145], ktorá uvádza, že súčasťou primárnej antistresovej prevencie v koncepte syndrómu vyhorenia možno považovať myslenie orientované na zdravie, tzn. salutogenné myslenie. Súčasťou tohto myslenia má byť zrozumiteľnosť (porozumenie svetu), zvládnuteľnosť (viera vo vlastné schopnosti) a zmysluplnosť (porozumieť tomu, že veci majú zmysel a problémy je potrebné riešiť).

Sekundárna prevencia predstavuje adresnú formu prevencie. Zameriava sa na včasné rozpoznanie choroby, alebo negatívnych javov u jednotlivcov a populácie, kde sa dá výskyt týchto nežiaducich javov s určitou pravdepodobnosťou predpokladať[146]. Táto prevencia má pôsobiť na tú skupinu jednotlivcov, ktorá vykazuje rizikové správanie[147]. Podľa Levickej[148] má byť sekundárna prevencia zameraná na včasnú diagnózu a poskytnutie takej pomoci, ktorá bude včasná a účinná. Cieľom sekundárnej prevencie je zabraňovanie vzniku porúch sociálneho a psychického vývinu a zabezpečiť účinné opatrenia pre ohrozených a rizikových jedincov[149]. Cieľovou skupinou sa stávajú osoby so zvýšeným rizikom sociálneho zlyhania, u ktorých k zlyhaniu dochádza, ale miera zlyhania nie je identifikovateľná[150]. V kontexte sociálnej práce je cieľom tejto prevencie zabránenie prehlbovaniu vzniknutých alebo vznikajúcich porúch, eliminovanie negatívnych vplyvov a dosiahnutie pozitívnej zmeny v konaní daného jednotlivca[151]. Podľa Kulifaja[152] úroveň tejto prevencie kladie do popredia využívanie

[141] HUPKOVÁ, I. a K. BOHUŠOVÁ. Kultúrno-osvetová práca a vybrané aspekty sociálnej prevencie.
[142] FAIT, T., M. VRABLÍK a R. ČEŠKA. Preventívni medicína.
[143] EMMEROVÁ, I. Preventívna a sociálno-výchovná práca s problémovými deťmi a mládežou.
[144] LIBA, J. Zdravie, drogy, drogová prevencia. Terminologický a výkladový slovník.
[145] BARTŮŇKOVÁ, S. Stres a jeho mechanismy.
[146] GLADKIJ, I. a Z. KOLDOVÁ. Propedeutika sociálního lékařství.
[147] EMMEROVÁ, I. Prevencia drogových závislostí.
[148] LEVICKÁ, J. Metódy sociálnej práce.
[149] HUPKOVÁ, I. a K. BOHUŠOVÁ. Kultúrno-osvetová práca a vybrané aspekty sociálnej prevencie.
[150] MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce.
[151] SCHNITZEROVÁ, E. a I. ANTONIČOVÁ. Sociálna práca a prevencia drogových závislostí.

metód akými sú psychoterapia, poradenské služby, rôzne liečebné aktivity a pod. Znakmi sekundárnej prevencie sú včasná diagnóza symptómov a včasné odstránenie škôd v sociálnej i osobnej rovine jedinca. V porovnaní s primárnou prevenciou tu ide o dlhodobejšiu intervenciu a zmena závisí od fázy závislosti (v kontexte syndrómu vyhorenia – od miery vyhorenia), od osobnej motivácie jednotlivca, sociálnej situácie a od miery fyzického a psychického poškodenia[153].

Terciárna prevencia sa snaží zmierniť následky postihnutia, choroby alebo životných udalostí. Jej hlavným cieľom je návrat človeka do bežného života[154]. Podľa Hanuliakovej[155] ide taktiež o činnosť, ktorá je zameraná na predchádzanie recidív nežiaduceho správania. Tento typ úrovne prevencie je zameraný na jedincov, ktorí prejavujú znaky, či symptómy sociálnej patológie. Terciárna prevencia predstavuje oblasť pre pôsobenie rehabilitácie. Cieľ terciárnej prevencie definuje Kondáš[156] ako zastavenie progresie chorobných symptómov, zvrátenie tých bio-psycho-sociálnych zmien, ktoré vznikli a taktiež obnovenie poškodených funkcií. Podľa Pavlíkovej[157] je obsahom tejto prevencie reedukácia a readaptácia v zmysle zmeny potrebnej pre dosiahnutie a udržanie stability.

4.2 Preventívne opatrenia na úrovni jednotlivca

Medzi základné preventívne opatrenia jednotlivca pri problematike syndrómu vyhorenia je možné jednoznačne zaradiť dodržiavanie životosprávy, posilňovanie faktorov ako sú záujmové aktivity a sociálna opora[158]. Sociálna opora má funkčný charakter a je poskytovaná prostredníctvom štruktúry sociálnej siete. Berkman a Glass[159] uvádzajú niekoľko hypotéz, ktoré predstavujú súvislosť medzi prostriedkami v sociálnych sieťach a zdravím. Dominuje tu myšlienka, že fungovanie v sociálnych sieťach poskytuje rôzne formy sociálnej opory, ktoré môžu ovplyvniť zdravie tým, že fungujú ako vyrovnávacie faktory pri záťaži. Sociálna participácia poskytuje príležitosti učiť sa novým zručnostiam. To znamená, že sociálna účasť môže ovplyvniť zdravie priamo aktiváciou kognitívnych systémov a nepriamo tým, že dáva pocit súdržnosti

[152] KULIFAJ, P. et. al. Základy sociálnej práce s mládežou ohrozenou extrémizmom a radikalizáciou. Metodická príručka pre sociálnych pracovníkov a pracovníkov s mládežou.
[153] BOTTOVÁ, M. Prevencia, zásady a ciele. Na čo zamerať pozornosť.
[154] BAŠTECKÁ, B. et al. Klinická psychologie v praxi.
[155] HANULIAKOVÁ, J. et al. Stratégie tvorby bezpečnej školy.
[156] KONDÁŠ, O. State z klinickej psychológie.
[157] PAVLÍKOVÁ, S. Modely ošetrovateľstva v kocke.
[158] KUMAR, S. Burnout in Psychiatrists.
[159] BERKMAN, L. F., and T. GLASS 2000, In ERIKSSON, M. Social Capital ,and Health. Implications for Health Promotion.

a zmysluplnosti. Pozitívny vplyv k lepšiemu zvládaniu nepredvídateľných situácií a zmien môže mať aj osvojenie stratégií zvládania stresu, udržiavanie dobrých medziľudských vzťahov v domácom i pracovnom prostredí a schopnosť konštruktívneho riešenia problémov[160].

4.2.1 Zdravý životný štýl

Životný štýl je možné vnímať ako prejav či určitú formu spôsobu života. V životnom štýle je obsiahnutá individuálna charakteristika človeka k iným ľuďom, veciam a pod. V užšom slova zmysle sa životný štýl dotýka bezprostredne jednotlivca či sociálnej skupiny. Ide o kvalitatívne vyšší stupeň spôsobu života[161]. Zdravý životný štýl by sme mohli definovať ako všetky aktivity jednotlivca smerujúce k zdraviu. Ide o zámerné nepretržité každodenné činnosti zamerané v prospech zdravia a všetko čoho sa jedinec vyvaruje, čo zdraviu škodí. Podľa Knezoviča[162] patrí medzi základné hľadiská zdravého životného štýlu zdravá životospráva, vhodný pomer fyzickej a duševnej aktivity, šport, racionálna výživa, harmonické vzťahy medzi ľuďmi, osobná hygiena, zodpovedný prístup v oblasti práce a každodenného života a záporný vzťah ku škodlivým návykom – fajčenie, zneužívanie alkoholu, liekov, drog a pod. Podľa Machovej a Kubátovej[163] sú civilizačné ochorenia (kardiovaskulárne, onkologické, obezita, diabetes a pod.) dôsledkami radikálne zmeneného životného štýlu od druhej polovice 20. storočia, kedy sa z neho začal vytrácať pohyb, pribudlo prejedanie sa a zhoršili sa medziľudské vzťahy.

Pri prevencii syndrómu vyhorenia zohráva dôležitú úlohu osvojenie si tzv. správnej hygieny života, ku ktorej Daniel[164] zaraďuje správne návyky stravovania, ktoré sa majú vyznačovať vyváženou stravou zodpovedajúcou každodennému energetickému výdaju. Racionálna výživa musí byť vyvážená po stránke kvalitatívnej i kvantitatívnej. Z kvalitatívneho hľadiska ide o vyváženosť a rozmanitosť, aby bol vyvážený prísun vitamínov, minerálov a potrebných živín. Z pohľadu kvantity ide o zabezpečenie už spomínaného správného množstva energie v pomere s jej výdajom[165]. Do konceptu zdravého životného štýlnesporne patrí aj telesná aktivita. Pre zdravie je najdôležitejšia vytrvalostná zložka, ktorú je možné posilňovať prostredníctvom lokomočných cvičení

[160] LLOYD, M. B. R. Communication Skills for Medicine.
[161] MATIS, J. Spôsob života a životný štýl.
[162] KNEZOVIČ, R. et. al. Vliv rodinného prostředí na zdravý životní styl a compliance.
[163] MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví.
[164] DANIEL, J. Záťaž a jej zvládanie v profesii učiteľa.
[165] MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví.

(chôdza, beh, skoky, obraty)[166]. Pokles pohybovej aktivity sa pre dnešnú dobu stáva žiaľ súčasťou životného štýlu a môže predstavovať negatívny dopad pre zdravie jednotlivca. K správnej životnej hygiene možno zaradiť aj spánok. Ak sa jedinec prebúdza spontánne bez ťažkostí, vstáva v dobrej forme, má pocit, že sa dobre vyspal, možno tento spánok označiť ako kvalitný. Čas pre neho určený je u každého jedinca individuálny[167]. Pre udržanie si zdravého životného štýlu je podľa Cungiho[168] vhodné vzdať sa, alebo obmedziť požívanie návykových látok, prostredníctvom ktorých sa jedinec často snaží zvládať stresové situácie (napr. cigarety, alkohol, káva, lieky, iné omamné prostriedky ako marihuana a pod.). K zdravému životnému štýlu nepochybne patrí aj osvojenie si pozitívneho myslenia. Zdroj pozitívneho myslenia sa podľa Svitka[169] nachádza v samotnom človeku, ktorý by sa mal správať pozitívne nie len voči sebe, ale aj voči životu. Pozitívne myslenie Richards[170] vníma ako proroctvo, ktoré sa svojou vlastnou silou naplní. Zároveň odporúča zahnať negatívne myšlienky vo chvíli, kedy vstupujú do mysle; vyhýbať sa ľuďom, ktorí sú negativistickí; byť objektívny; pripomínať si, že všetko je relatívne a snažiť sa ostať racionálnym. Podobne aj Truckenbrodt[171] poukazuje na to, že mnohé situácie u človeka ostávajú niekedy nevyriešené len preto, lebo samotný jedinec ich vyhodnocuje ako nepríjemné, spojené s negatívnymi pocitmi. Ak je niečo nevyriešené, odčerpáva to človeku energiu aj napriek tomu, že sa to snaží potlačiť. Nemusí ísť vždy o pracovné záležitosti, ale o všetko, čo človeku spôsobuje psychický stres. Černý[172] v tejto súvislosti definuje tri stratégie zamerané na problém. Prvou je priama akcia, pod ktorou rozumie urobiť priamy krok k vyriešeniu (vyjednávanie, radenie sa, útek). Druhá stratégia predstavuje vyhľadávanie informácií, tzn. hľadanie informácií, ktoré by mohli byť užitočné pri riešení problému. Poslednou treťou stratégiou je obrátenie sa k druhým, čo znamená vyhľadanie sociálnej opory v najrôznejšej podobe pomoci od rodiny, priateľov, či ostatných.

4.2.2 Stratégie zvládania stresu

Pomáhajúca profesia (sociálny pracovník, opatrovateľ, lekár, zdravotná sestra) predstavuje jedno z náročných povolaní ako sme v predchádzajúcich kapitolách uviedli

[166] MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ. Výchova ke zdraví.
[167] ĎURICOVÁ, L. Burnout syndróm a jeho súvislosti.
[168] CUNGI, CH. Jak zvládat stres.
[169] SVITKO, J. Stres, nespavost a deprese.
[170] RICHARDS, M. Stres. Kapesní příručka tipů a technik, jak zvládat stres a pozitivně ho využít.
[171] TRUCKENBRODT, N. Stres? Neznám!
[172] ČERNÝ, V. Jak překonat stres.

z dôvodu pravidelného kontaktu s klientom/pacientom. Okrem priamej pracovnej záťaže sa od pomáhajúcich pracovníkov vyžaduje neustále vzdelávanie, prispôsobovanie sa legislatívnym zmenám a nadobúdanie nových spôsobilostí. Ak sa k týmto situáciám pridajú problémy v pracovnom kolektíve, či v osobnom živote, pomáhajúci pracovník sa dostáva do náročnej životnej situácie, kedy dôležitú úlohu zohráva zvládanie danej situácie a odolnosť pomáhajúceho pracovníka voči záťaži. Zvládanie stresu a záťaže v dôsledku životných ťažkostí a prekážok je v odbornej literatúre ukotvené pojmom coping. História pôvodu slova siaha do Grécka, kde colaphos predstavuje priamy úder[173]. V kontexte zvládania stresu tento pojem predstavuje schopnosť vyrovnať sa a zvládnuť mimoriadne náročnú situáciu, ktorá predstavuje boj človeka s danou situáciou, ktorá je pre neho neprimeraná a vyžaduje si určité riešenie[174]. Lazarus a Folkmanová[175] definujú coping ako: „neustále sa meniace kognitívne a behaviorálne úsilie ku zvládaniu vonkajších, alebo vnútorných požiadaviek, ktoré sú vnímané ako namáhavé alebo presahujúce zdroje osoby“. Toto definovanie potvrdzuje aj Venglářová[176], podľa ktorej sú copingové stratégie zamerané na zvládanie vnútorného alebo vonkajšieho tlaku. Na tomto zvládaní sa podieľajú osobné zdroje zvládanie záťaže daného jednotlivca (zdravie a energia, schopnosť riešiť problémy, presvedčenie o svojich schopnostiach) a druhým významným faktorom je pomoc a opora okolia (vzťahy s okolím, možnosť požiadať o pomoc a vypočutie).

Bartůňková[177] sa domnieva, že neexistuje jednotná stratégia alebo postup pri zvládaní stresových a záťažových situácií, ktorý by fungoval plošne pre všetkých v danej situácii. Neexistuje zaručená metóda riešenia konfliktov, stresových či záťažových situácií. Každý jednotlivec musí zistiť sám, ktorá cesta a aký spôsob riešenia danej situácie je pre neho najvhodnejší, najprijateľnejší a najúčinnejší. Hošek[178] rozlišuje dva postupy pri stratégiách zvládania záťaže. Prvou alternatívou sú aktívne postupy, pri ktorých jedinec s danou situáciou bojuje. Druhou alternatívou sú pasívne postupy typické vonkajším pokojom a pasivitou (prejavy ľahostajnosti, rezignácie, bezmocnosti). Voľba stratégie zvládania stresu môže byť plánovaná, neplánovaná, vedomá, nevedomá s cieľom, ktorý predstavuje dosiahnutie eliminovania stresu a

[173] PETLÁK, E. a A. BARANOVSKÁ. Stres v práci učiteľa a syndróm vyhorenia.
[174] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci.
[175] LAZARUS, R. S. and S. FOLKMAN. Stress, Appraisal, and Coping.
[176] VENGLÁŘOVÁ, M. et al. Sestry v nouzi. Syndrom vyhoření, mobbing, bossing.
[177] BARTŮŇKOVÁ, S. Stres a jeho mechanismy.
[178] HOŠEK, V. Psychologie odolnosti.

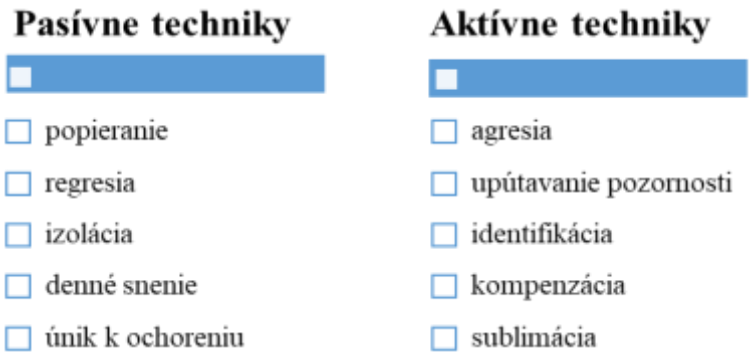
záťaže[179]. Pri realizovaní jednotlivých stratégií Křivohlavý[180] uvádza tri oblasti realizácie. Patria sem kognitívne (myšlienkové) úvahy pri výbere stratégie, emocionálna oblasť (postoj k danej situácii) a vôľová oblasť, ktorá predstavuje správanie sa človeka. Stratégie zvládania stresu je možné podľa Kačmárovej a Kravcovej[181] rozdeliť do dvoch hlavných skupín:

• stratégie zamerané na riešenie problému u jednotlivca predstavujú snahu o vyvinutie vlastnej aktivity riešiť danú situáciu konštruktívnym spôsobom,

• stratégie zamerané na vyrovnávanie sa s emocionálnym stavom, kde sa jednotlivec zameriava na regulovanie vlastnej emocionálnej reakcie smerovanej voči záťažovej situácii.

Pri zvládaní stresových situácií je možné podľa Černého[182] rozdeliť stratégie do niekoľkých kategórií. Prvú kategóriu tvoria fyzické stratégie, ku ktorým patrí dýchanie, cvičenie, strava, uvoľnenie. Druhú kategóriu predstavujú behaviorálne stratégie ako napr. komunikácia alebo pomalé konanie. Kognitívne stratégie predstavujú tretiu kategóriu, ku ktorej je možné zaradiť napr. myšlienky. Špecifickú kategóriu reprezentujú stratégie prostredia, ku ktorým je možné zaradiť napr. pokojné miesto. Riešenie problémov a adaptácie sú radené ku psychologickým stratégiám. Poslednú kategóriu tvoria filozofické stratégie, ktoré hodnotia samotný význam určitej situácie (človek hodnotí, čo a aký význam má v jeho živote), rovnako tu patrí aj vyjadrovanie pocitov. Mechanizmy zvládania stresu v kontexte stratégii zvládania záťaže uvádza Obr. 5.

Obr. 5 Techniky mechanizmov zvládania ľudského stresu[183]



[179] SIGMUND, M., J. KVINTOVÁ a M. ŠAFÁŘ. Vybrané kapitoly z manažerské psychologie pro studenty kinantropologických oborů.
[180] KŘIVOHLAVÝ, J. Jak zvládat stres.
[181] KAČMÁROVÁ, M. a M. KRAVCOVÁ. Zdroje stresu a stratégie zvládania v učiteľskej profesii.
[182] ČERNÝ, V. Jak překonat stres.
[183] BARTŮŇKOVÁ, S. Stres a jeho mechanismy.

Pasívne techniky podľa Obr. 5 mnohokrát súvisia s útekom od danej stresovej situácie. Popieranie, či rezignovanie pri riešení problému sa prejavuje zatváraním očí pred skutočnosťou. Regresia predstavuje návrat do detstva a tzv. sprimitívnené reakcie. Izoláciou a utiahnutím sa do vlastného sveta sa schopnosť riešenia problému znižuje. Denné snenie je charakteristické útekom od reality a je typické pre deti a mladistvých. Taktiež známy u detí je únik k chorobe ako snaha zvýšiť záujem o svoju osobu. V tomto prípade je dôležité vedieť odlíšiť zámerné simulovanie a hypochondriu. Medzi aktívne techniky zvládania stresu patrí agresia, ktorá je považovaná za najefektívnejšiu techniku zvládania konfliktov, frustrácie a problémových situácií. Agresia môže byť vnímaná ako hrdinstvo, v iných prípadoch ako nepriateľstvo. Prijateľným východiskom pre prekonávanie záťažových situácií je agresia vo forme športu. Ďalšou technikou je upútavanie pozornosti, ktoré sa môže prejavovať v slovnom prejave, alebo spôsobe obliekania. Celkovo táto technika dodáva človeku pocit sebavedomia. Rovnako sebavedomie zvyšuje aj identifikácia – stotožnenie sa s určitým hrdinom. Kompenzácia je riešenie nedostatkov, či komplexov (napr. vynikajúce úspechy v športe pri kompenzácii určitého nedostatku). Sublimácia ako posledná z aktívnych techník predstavuje nevedomý presun spoločensky neschvaľovaných pudov do sociálne prijateľných aktivít (napr. využitie agresivity v boxe).

4.2.3 Sociálna opora

Sociálna opora predstavuje jeden z ústredných faktorov, ktoré sa podieľajú na udržiavaní, alebo stabilizovaní kvality života ľudí. V kontexte syndrómu vyhorenia je vnímaná ako účinný protektívny faktor pri zvládaní pracovného stresu a účinná intervencia pri zvládaní syndrómu vyhorenia[184]. Sociálna opora je aj súhrnným vyjadrením informácií alebo aktuálneho konania, ktoré vedie jednotlivca k presvedčeniu, že si ho ostatní vážia, stoja o neho a v prípade potreby sú mu ochotní poskytnúť pomoc a starostlivosť[185]. Za zdroje sociálnej opory sú považované objekty, energie, či osobnostné charakteristiky, ktoré si daný jedinec cení, a ktoré mu napomáhajú zvládať pracovné požiadavky[186]. Podľa Hartla a Hartlovej[187] je možné tvrdiť, že sociálna opora predstavuje jeden z dôležitých pilierov duševného a somatického zdravia. V kontexte syndrómu vyhorenia prispieva k zvyšovaniu

[184] FRADELOS, E. et al. Burnout Syndrome Impacts on Quality of Life in Nursing Professionals. The Contribution of Perceived Social Support.
[185] ŽIAKOVÁ, E. Psychosociálne aspekty sociálnej práce.
[186] CHIRICO, F. Job Stress Models for Predicting Burnout Syndrome: a Review.
[187] HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. Psychologický slovník.

odolnosti voči záťaži a stresu. Podľa Křivohlavého[188] môže mať sociálna opora pozitívny vplyv na ľudí, ktorí sa nachádzajú v ťažkých životných situáciách a môže im napomôcť v sociálnom živote a ich celkovej životnej orientácii. Sociálnu oporu je možné definovať aj ako pomoc uspokojujúcu základné sociálne potreby daného jedinca[189]. Ústredný cieľ sociálnej opory je dosiahnutie uľahčenia zvládania konkrétnej situácie, ktorá je označená ako nepriaznivá[190]. Ide o morálnu oporu okolia poskytovanú formou nemateriálnej pomoci ľuďom v záťažových situáciách. Křivohlavý[191] uvádza štyri typy sociálnej opory, a to psychickú, praktickú, očakávanú, poskytovanú a prijímanú oporu. Psychická opora je založená na empatii a povzbudzovaní. Predstavuje citovú oporu jednotlivca, poskytuje mu pocit prináležitosti niekam patriť. Príjemca tejto opory má mať pocit, že sa vie na toho druhého kedykoľvek obrátiť a zároveň by sa mal cítiť milovane a hodnotne. Praktická opora predstavuje konkrétnu pomoc, a to buď formou materiálnej alebo finančnej pomoci. Očakávaná sociálna opora súvisí so sociálnym začlenením jedinca a predstavuje presvedčenie o tom, že existujú ľudia, ktorí mu ochotne pomôžu v prípade núdze. Poskytovaná opora je všetko, čo je určené pre klienta a prijímaná opora je všetko, čo klient reálne dostane. Oporu v kontexte podpory zdravia člení Mlčák[192] na makrosociálnu (realizovanú veľkými spoločenskými skupinami ako napr. štát), mezosociálnu (na úrovní inštitúcií) a mikrosociálnu (poskytovaná najbližšími ľuďmi).

V kontexte pracovného kolektívu sa vytvárajú skupiny na to, aby plnili svoje úlohy, boli si na blízku a aby mohli vzájomne komunikovať. V niektorých prípadoch sa jednotlivci spájajú do skupín preto, lebo veria, že spolu budú úspešnejší a budú mať väčšiu pravdepodobnosť ekonomických profitov[193]. V medziach pracovných vzťahov je možné za prejav inštrumentálnej sociálnej opory považovať snahu a pomoc k dosiahnutiu dobrých pracovných výsledkov, zdieľanie emócií, názorov a pod. Za prejav emocionálnej opory je možné považovať vyjadrovanie záujmu o druhého človeka a dopytovanie sa na jeho problémy, čo predstavuje nad rámec pracovných povinností[194]. Sociálnu oporu nevytvárajú len vzťahy na pracovisku, ale i vzťahy zo strany rodiny.

[188] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie nemoci.
[189] MAREŠ, J. Nevyužívaní či odmítaní sociální opory.
[190] LEVICKÁ, J. Teoretické aspekty sociálnej práce.
[191] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
[192] MLČÁK, Z. Psychologie zdraví a nemoci.
[193] MYDLÍKOVÁ, E. Manažment v sociálnej práci.
[194] BEEHR, T. A. et al. Work Stressors and Coworker Support as Predictors of Individual Strain and Job Performance.

Baltes et al.[195] však poukazujú na to, že v kontexte sociálnej opory zo strany rodiny môže dochádzať ku rodinným konfliktom, ktoré môžu mať vplyv na pracovnú spokojnosť. Pri rodinných konfliktoch dochádza ku vysokej miere psychickej záťaže, ktorá môže negatívne ovplyvniť pracovnú spokojnosť. Chamberlin a Green[196] uvádzajú, že práve opora poskytovaná kolegami v práci môže byť efektívnejšia a účinnejšia, než tá, ktorú poskytuje rodina. Profesionál ju vyhľadáva buď z inštrumentálnych (rada, praktická pomoc) alebo emocionálnych dôvodov (napr. morálna opora a porozumenie). V medziach pracovného prostredia býva sociálna opora označovaná aj ako opora organizácie, ktorá predstavuje mieru ocenenia zamestnanca organizáciou[197]. Samotný výskyt sociálnej opory je podmienený začlenením sa jednotlivca do určitej existujúcej funkčnej sociálnej siete. Sociálna opora a sociálna sieť by mala jednotlivcovi podľa Křivohláveho[198] prinášať pozitívne výsledky. Vytvorenie pevnej sociálnej siete nie je jednoduché, preto by jednotlivec mal dbať na rozvoj medziľudských vzťahov, na ich prehlbovanie a klásť dôraz na medziľudské interakcie.

4.3 Preventívne opatrenia na úrovni organizácie

Medzi preventívne opatrenia v kontexte pracovných podmienok, ktoré majú chrániť pred vyhorením Lüdecke[199] zaraďuje dodržiavanie pracovného času, primerané rozdeľovanie úloh a zodpovedností, riešenie prípadov, ktoré sú v kompetencii zamestnanca a dodržiavanie prestávok, v rámci ktorých si vie zamestnanec urobiť čas na oddych alebo relax. Snahou vedúcich pracovníkov pri prevencii syndrómu vyhorenia by malo byť vyjadrenie záujmu o svojich zamestnancov, snaha vytvárať priaznivé pracovné podmienky a atmosféru, čo je nevyhnutné najmä pri tímovej práci. K základným opatreniam by malo patriť oceňovanie pracovníkov, poskytovanie spätnej väzby a organizovanie pravidelných stretnutí, ktorých predmetom nemajú byť len odborné a organizačné problémy, ale i poskytnutie priestoru pre ventilovanie pocitov, ktoré sú spojené s výkonom práce zamestnancov[200]. Významným prínosom je podľa Morovicsovej[201] poskytovanie primeraného množstva informácií. Neposkytnutie

[195] BALTES, B. B et al. Antecedents of Work Family Conflict. A Meta-analytic Review.
[196] CHAMBERLIN, M. J. A, and H. J. GREEN. Stress and Coping Strategies among Firefighters and Recruits.
[197] RHOADES, L., and R. EISENBERGER. Perceived Organizational Support. A Review of the Literature.
[198] KŘIVOHLAVÝ, J. Horieť, ale nevyhorieť.
[199] LÜDECKE, K. K. Nejlepší techniky proti stresu.
[200] KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a osobním živote.
[201] MOROVICSOVÁ, E. et al. Komunikácia v medicíne.

potrebných informácií podľa autorky býva pre zamestnancov zdrojom neistoty, naopak, príliš veľa a nepodstatných informácií predstavuje zaťaženie pracovníkov. Za dôležité považuje aj jasné definovanie rolí a dosiahnutie rovnováhy medzi kompetenciami a zodpovednosťou pracovníkov.

4.3.1 Supervízia

Pojem supervízia evokuje predstavenie si pojmu kontrola a tým býva často etiketizovaná. Supervízia je v prvom rade forma pomoci pre pomáhajúcich pracovníkov v kontexte výkonu ich profesie. Nakoľko pomáhajúci pracovníci majú byť schopní kompetentne vykonávať svoju profesiu a napĺňať jej ciele, supervízia je z tohto hľadiska potrebná a má zastávať svoje opodstatnené miesto.

Z etymologického hľadiska pochádza slovo supervízia zo spojenia dvoch latinských slov, a to *super* – nad, naj, cez a zo slova *videre* – vízia. Taktiež má svoj význam v angličtine pod pojmom *supervision* – dohľad, dozor, riadenie, vedenie[202]. Definične možno supervíziu vymedziť ako činnosť, ktorá napomáha ku kvalite pomoci klientovi a to prostredníctvom zámerného pozorovania a cielených otázok, pričom je zvyšovaná schopnosť reflexie a sebareflexie[203]. Zjednodušene v rámci pomáhajúcej profesie je supervízia vnímaná ako proces, prostredníctvom ktorého daná organizácia zabezpečuje podporu a odborné vedenie pre svojich pomáhajúcich pracovníkov[204]. Z pohľadu praxe ide o dohľad nad prácou zamestnancov v sfére pomáhajúcej profesie z pozície učiteľa odbornej praxe, nadriadeného alebo poradcu[205]. Supervízia je označovaná podľa Scharpnera[206] aj ako poradenská metóda, ktorá sa vzťahuje na sociálne, psychické, inštitucionálne faktory a je využívaná pre zabezpečovanie a zvyšovanie kvality profesionálnej práce. Strieženec[207] definuje supervíziu ako metódu nepretržitého zvyšovania profesionálnych kompetencií pomáhajúcich pracovníkov. Táto metóda na jednej strane chráni klienta pred nekompetentnými zásahmi zo strany pomáhajúceho pracovníka a na druhej strane vedie pomáhajúceho pracovníka ku samostatnému vykonávaniu profesie. Vaska[208] definuje supervíziu ako nástroj,

[202] VASKA, L. Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov.
[203] BAŠTECKÁ, B. a P. GOLDMANN. Základy klinické psychologie.
[204] GODDEN, J. BASW/COSW England Research on Supervision in Social Work, with Particular Reference to Supervision Practice in Multi Disciplinary Teams.
[205] PIERSON, J., and M. THOMAS. Dictionary of Social Work.
[206] SCHARPNER, M. et al. Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie. Princípy sociálnej práce.
[207] STRIEŽENEC, Š. Slovník sociálneho pracovníka.
[208] VASKA, L. Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov.

prostredníctvom ktorého je možné: 1. overovať správnosť postupov, 2. hľadať alternatívy v práci pomáhajúcich pracovníkov, 3. ponúkať možnosť spätnej väzby, 4. v kontexte sociálnej práce prostredníctvom intervencie chrániť užívateľa služieb sociálnej práce pred zneužitím a poškodením.

Pri definovaní cieľov supervízie nemožno opomenúť, že finálnym a dlhodobým cieľom supervízie by malo byť poskytnutie vhodných, efektívnych a účinných služieb klientom[209]. Pomáhajúci pracovníci sa môžu vo svojej praxi stretnúť so špecifickými situáciami pri vyhodnocovaní vhodnej témy pre supervíziu, ktoré sa môžu týkať cieľovej skupiny, s ktorou pracujú. Ciele supervízie podľa Vasku[210] závisia práve aj od cieľovej skupiny, s ktorou pracovník pracuje.

Spektrum existencie cieľov supervízie však považujeme za omnoho širšie. Základný cieľ spočíva v poskytovaní supervízie, ktorá má predstavovať pre pomáhajúceho pracovníka prínos v zmysle umožňovania mu definovať jeho pracovné problémy. Prínosná má byť aj v smere ku klientovi, kedy má supervízor slúžiť ako prevencia pri poškodzovaní klienta zo strany pomáhajúceho pracovníka.

[209] KADUSHIN, A., and D. HARKNESS. Supervision in Social Work.
[210] VASKA, L. Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov.

5 Výskyt syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách – výskumné zistenia

Syndróm vyhorenia prejavujúci sa ako stav totálneho fyzického a emocionálneho vyčerpania je najčastejšie spájaný s pomáhajúcimi profesiami. Ako sme v teoretickej časti načrtli, požiadavky pre pomáhajúce profesie môžu pre samotných pracovníkov predstavovať neprimeranú záťaž, ktorá v spojení so psychickou, emocionálnou či fyzickou náročnosťou môže viesť k vyčerpaniu, postupnému vyhasínaniu až k samotnému vyhoreniu. Nakoľko ide o jav, ktorý je často vyskytujúci sa, či už v pracovnom alebo súkromnom živote, je možné považovať za prínosné realizáciu takého výskumu, ktorý by poskytol komplexný pohľad na výskyt syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách na základe vopred určených rizikových faktorov (konkrétna profesia, dĺžka praxe, motivátory).

Autorský výskum pozostával z prepojenia niekoľkých konceptov tak, aby stanovené ciele boli naplnené.

5.1 Metodika

Výskum bol zameraný na zisťovanie miery výskytu syndrómu vyhorenia u pomáhajúcich pracovníkov, zisťovanie kvality profesijného života pomáhajúcich pracovníkov a zameranie sa na zistenie preferovaných stratégií zvládania stresových a záťažových situácií v kontexte sociodemografických premenných ako i vplyv motivátorov v kontexte syndrómu vyhorenia. Pri realizácií autorského výskumu bola využitá kvantitatívna metóda, ktorá pozostávala z dotazníkovej batérie. Dotazníková batéria pozostávala z dotazníka MBI (Maslach Burnout Inventory), dotazníka ProQOL (Professional Quality of Life Scale), dotazníka SVF78 (Stressverarbeitungsfragebogens) a časti zloženej z autorských otázok.

Dotazník MBI (Maslach Burnout Inventory) je označovaný ako najznámejší dotazník používaný na zisťovanie syndrómu vyhorenia. Dotazník je zložený z 22 škálových otázok rozdelených do troch subškál. Jednotlivé subškály je možné merať prostredníctvom troch stupňov. Prvú subškálu emocionálneho vyčerpania (EE) tvorí 9 škálových položiek zameraných na posúdenie citového vyčerpania, únavy, pocitu zbytočnosti, pracovného neuspokojenia a stresu. Druhú skúmanú subškálu tvorí depersonalizácia (DP), ktorú tvorí 5 škálových položiek zameraných na vnímanie

klienta/pacienta samotným pomáhajúcim pracovníkom a vlastné zhodnotenie prístupu ku klientovi/pacientovi. Tretiu skúmanú subškálu predstavuje osobné uspokojenie (PA), ktorú tvorí 8 škálových položiek zameraných na empatiu, schopnosť riešenia klientovho/pacientovho problému, nadšenie z práce a vlastná spokojnosť s vykonanou prácou. Nakoľko syndróm vyhorenia predstavuje zložitý konštrukt, subškály sú kombinované tak, aby zasiahli viac oblastí a nezisťujú celkové skóre. Pocity vyhorenia sú vnímané ako kontinuum a dotazník na každej škále meria úroveň vyhorenia v troch stupňoch. Vysoké hodnoty korešpondujú s vysokým stupňom vyhorenia pri emocionálnom vyčerpaní (EE) a depresonalizácii (DP). Pri osobnom pracovnom uspokojení naopak s vysokým stupňom vyhorenia korešpondujú nízke hodnoty. Respondenti mohli každú otázku ohodnotiť odpoveďou na 7 bodovej Likertovej škále od 0 = takmer nikdy po 6 = každý deň. Miera vnútornej konzistencie položiek použitého dotazníka MBI, Cronbachov koeficient alfa, bol v autorskom výskume v rámci subškály emocionálne vyčerpanie 0,86 (v pôvodnom dotazníku Cronbach α = 0,96), pre subškálu depersonalizácie 0,85 (v pôvodnom dotazníku Cronbach α = 0,94) a pre subškálu osobné uspokojenie 0,78 (v pôvodnom dotazníku Cronbach α = 0,83)[211].

Kvalita profesijného života bola zisťovaná dotazníkom ProQOL (Professional Quality of Life Scale). Dotazník obsahuje 30 škálových otázok rozdelených do troch subškál. Kvalitu profesijného života je možné pre jednotlivé subškály merať prostredníctvom troch stupňov. Každú subškálu tvorí 10 škálových položiek. Subškála pocit spokojnosti (CSS) je zameraná na pocit spokojnosti s vykonávanou prácou, subjektívne hodnotenie toho, či pomáhajúci pracovník hodnotí výkon svojej profesie za dobrý, alebo zlý. Rovnako tu ide aj o hodnotenie spokojnosti so svojimi kolegami a pracovným prostredím. Subškála syndrómu vyhorenia (BS) je zameraná na únavu a záťaž spojenú s výkonom pomáhajúcej profesie, prejavovanie súcitu pomáhajúcich pracovníkov voči svojim klientom/pacientom. Tretia subškála traumatický sekundárny stres (STSS) je zameraná na extrémne, traumatické a stresové udalosti klientov/pacientov, ktoré majú vplyv na pomáhajúcich pracovníkov. Respondenti mohli každú otázku ohodnotiť odpoveďou na 5 bodovej Likertovej škále od 1 = nikdy po 5 = veľmi často. Pri všetkých troch subškálach je vyhodnocovaná úroveň kvality pracovného života podľa dosiahnutého skóre. Tento dotazník sme si zvolili z dôvodu podobnosti subškál v MBI dotazníku, ktoré sú zamerané na osobné uspokojenie

[211] MASLACH, CH., and S. JACKSON. The Burnout Inventory.

a syndróm vyhorenia a ich cieľom je porovnanie výsledkov oboch dotazníkov, tzn. zistenie do akej miery sa výsledky zhodujú, resp. nezhodujú. Miera vnútornej konzistencie položiek použitého dotazníka ProQOL, Cronbachov koeficient alfa, bol v autorskom výskume v rámci subškály pocit spokojnosti 0,84 (v pôvodnom dotazníku Cronbach α = 0,88), pre subškálu syndróm vyhorenia 0,52 (v pôvodnom dotazníku Cronbach α = 0,75) a pre subškálu sekundárny traumatický stres 0,83 (v pôvodnom dotazníku Cronbach α = 0,80)[212].

Stratégie zvládania stresových a záťažových situácií boli zisťované pomocou sebaposudzovacieho inventára SVF 78 (Stressverarbeitungsfragebogens). Tento dotazník predstavuje skrátenú verziu dotazníka SVF 120, ktorého autorom sú Janke a Erdmannová[213]. Dotazník obsahuje 78 škálových otázok rozdelených do trinástich subškál. Pre výskumné účely sme vyhodnocovali subškály, ktoré tvoria pozitívne a negatívne stratégie. Pozitívne stratégie tvorí 7 subškál, z čoho každá obsahuje 6 otázok (subškály pre pozitívne stratégie: podhodnotenie, odmietanie viny, odklon, náhradné uspokojenie, kontrola situácie, kontrola reakcií a pozitívne sebainštrukcie). Negatívne stratégie tvoria 4 subškály, z čoho každá obsahuje 6 otázok (subškály pre negatívne stratégie: úniková tendencia, perseverácia, rezignácia a sebaobviňovanie). Respondenti mohli každú otázku ohodnotiť odpoveďou na 5 bodovej Likertovej škále od 1 = vôbec nie po 5 = veľmi pravdepodobne. Dané otázky sú formulované pomocou výrokov, ktoré popisujú možné spôsoby reagovania v situáciách, keď je jedinec niečím alebo niekým poškodený, vnútorne rozrušený, alebo vyvedený z miery. Celková hodnota pre pozitívne aj negatívne stratégie sa vyhodnotí sčítaním hrubých skóre jednotlivých subškál, ktoré sa prevedie na T-skóre. Cronbachov koeficient alfa v pôvodnom dotazníku dosahoval hodnotu 0,80 a v autorskom dotazníku 0,91.

Motivátory boli v autorskom výskume zisťované prostredníctvom 8 autorských otázok. Vnútorné aj vonkajšie motivátory tvorili 4 otázky, ktoré boli hodnotené pomocou 5 bodovej Likertovej škály 1 = úplne súhlasím po 5 = úplne nesúhlasím. K obom typom motivátorov bolo zisťované priemerné skóre pre jednotlivé pomáhajúce profesie. Cronbachov koeficient alfa autorského dotazníka dosahoval 0,69.

Posledná časť dotazníka bola venovaná autorským otázkam, ktoré boli zamerané na zisťovanie sociodemografických údajov, ktoré sa vyznačovali dôležitosťou pre

[212] HUDNALL STAMM, B. The ProQOL Manual.
[213] JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ. Strategie zvládaní stresu – SVF 78.

štatistické spracovanie výsledkov. Otázky boli zamerané na zisťovanie rodu, veku, dĺžky praxe a konkrétnej vykonávanej pomáhajúcej profesie.

5.2 Organizácia výskumu

Výskum bol realizovaný prostredníctvom vyššie predstavenej dotazníkovej batérie v období november 2017 až marec 2018. Navrhovaná dotazníková batéria prešla jazykovou korektúrou.

Zámerom výskumu bolo zabezpečiť jeho vysokú reliabilitu prostredníctvom snahy osloviť, čo najvyšší počet pomáhajúcich pracovníkov. Viaceré inštitúcie účasť na autorskom výskume odmietli. Pri zbere dát sme spolupracovali s Úradom práce sociálnych vecí a rodiny v Košiciach, Zborovou diakoniou cirkevného zboru ECAV Košice Cesta nádeje, Arcidiecéznou charitou v Košiciach, Miestnym úradom mestskej časti Košice - Sever, Detskou fakultnou nemocnicou v Košiciach, Východoslovenským ústavom srdcových a cievnych chorôb a Východoslovenským onkologickým ústavom. Dotazník bol distribuovaný v tlačenej podobe osobne a to prostredníctvom poverených pracovníkov. Z celkového počtu 600 dotazníkov bola zaznamenaná návratnosť 416 dotazníkov, z čoho 16 dotazníkov bolo vylúčených na základe kvótneho výberu.

5.3 Charakteristika výskumnej vzorky

Výber výskumnej vzorky bol zámerný a kvótny. Výskumnú vzorku tvorilo 400 pomáhajúcich pracovníkov (73 mužov a 327 žien). Pomáhajúci pracovníci boli rozdelení do dvoch skupín, pričom každá pozostávala z dvoch podskupín:

1. pomáhajúci pracovníci v oblasti sociálnej práce:

- sociálni pracovníci pracujúci na ÚPSVaR (n=100),
- opatrovatelia (n=100),

2. pomáhajúci pracovníci v oblasti zdravotníctva:

- lekári (n=100),
- zdravotné sestry (n=100).

Najmladšia respondentka dosahovala vek 20 rokov, najstaršia respondentka 68 rokov. Priemerný vek respondentov dosahoval 43.5 rokov. Z pohľadu jednotlivých skupín bol dosiahnutý priemerný vek nasledovne:

- lekár/lekárka – 43.5,
- zdravotná sestra – 39.6,

- opatrovateľ/opatrovateľka – 50.3,

- sociálny pracovník/sociálna pracovníčka – 40.6.

Podľa dĺžky praxe tvorili najvyššie zastúpenie respondenti s praxou dlhšou ako 16 rokov. Približne rovnaké zastúpenie dosiahli aj respondenti, ktorých vykonávaná prax je max. 5 rokov. Na základe tohto rozloženia výskumnej vzorky boli pre účely výskumu a skúmania štatisticky významných rozdielov použité tieto dve skupiny. Pre prehľadnosť Tab. 1 uvádza rozloženie výskumnej vzorky podľa všetkých kategórií dĺžky praxe autorského výskumu.

Tab. 1 Rozdelenie výskumnej vzorky podľa dĺžky praxe

Prax	Pomáhajúca profesia	N	%
0-5	Lekár/lekárka	18	14.9
	Zdravotná sestra	19	15.7
	Opatrovateľ/opatrovateľka	34	28.1
	Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka	50	41.3
	Spolu	121	100
6-10	Lekár/lekárka	22	25.6
	Zdravotná sestra	21	24.4
	Opatrovateľ/opatrovateľka	30	34.9
	Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka	13	15.1
	Spolu	86	100
11-15	Lekár/lekárka	14	20.6
	Zdravotná sestra	25	36.8
	Opatrovateľ/opatrovateľka	17	25
	Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka	1	100
	Spolu	68	100
16+	Lekár/lekárka	48	39
	Zdravotná sestra	1	100
	Opatrovateľ/opatrovateľka	18	14.6
	Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka	23	18.7
	Spolu	123	100

V rámci realizácie výskumu nás zaujímali tiež motivátory pomáhajúcich pracovníkov. Vyššiu mieru vyhorenia sme predpokladali u pomáhajúcich pracovníkov, ktorí svoju profesiu vykonávajú na základe vonkajších motivátorov (napr. finančné ohodnotenie). Nižšiu mieru vyhorenia sme predpokladali u tých pracovníkov, ktorí svoju profesiu vykonávajú na základe vlastného presvedčenia, tzn. na základe vnútorných motivátorov. Tab. 2 uvádza hodnotu priemerného skóre pre vnútorné a vonkajšie motivátory v jednotlivých pomáhajúcich profesiách. Dosiahnuté priemerné skóre pri každej pomáhajúcej profesii vypovedá o tom, že pomáhajúci pracovníci pracujú vo vyššej miere na základe vnútorných motivátorov, než na základe vonkajších motivátorov. Toto zistenie považujeme za pozitívne, nakoľko sa domnievame, že pre

výkon pomáhajúcej profesie je kľúčová empatia, ľudskosť, porozumenie umocnené vnútorným podnietením a motiváciou pomáhať. Rovnako máme za to, že výkon pomáhajúcej profesie na základe vnútorných alebo vonkajších motivátorov má vplyv na kvalitu poskytovanej sociálnej služby u klientov sociálnej práce, či kvalitu nastavenia liečebného procesu u pacientov.

Tab. 2 Priemerné skóre pre vnútorné a vonkajšie motivátory v jednotlivých pomáhajúcich profesiách

Motivátory	Pomáhajúca profesia	N	x̄
Vnútorné motivátory	Lekár/lekárka	100	13.1300
	Zdravotná sestra	100	11.1900
	Opatrovateľ/opatrovateľka	100	13.1000
	Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka	100	10.9800
Vonkajšia motivátory	Lekár/lekárka	100	12.1000
	Zdravotná sestra	100	10.9100
	Opatrovateľ/opatrovateľka	100	10.5800
	Sociálny pracovník/sociálna pracovníčka	100	9.8600

5.4 Vybrané výsledky výskumu

Nasledujúca časť je zameraná na interpretáciu vybraných výsledkov spracovania kvantitatívneho výskumu. Výsledky sú interpretované prostredníctvom kvantitatívnych štatistických metód, pričom pri porovnávaní dvoch nezávislých skupín pre závislú premennú boli použité t-testy, pre viac nezávislých skupín pre závislú premennú bola použitá ANOVA a pre hľadanie súvislostí boli použité korelácie. Pre spracovanie štatistických údajov bol použitý štatistický softvér SPSS 16. Výsledky sú interpretované prostredníctvom tabuliek.

5.4.1 Syndróm vyhorenia v pomáhajúcich profesiách

Hlavná oblasť, na ktorú sme sa zamerali bolo zistenie miery výskytu syndrómu vyhorenia u pomáhajúcich pracovníkov v kontexte dĺžky praxe a konkrétnej vykonávanej pomáhajúcej profesie. Pre účely autorského výskumu bola pre skúmanie štatisticky významných rozdielov určená prax do 5 rokov a viac ako 16 rokov. Tab. 3 uvádza priemerné skóre ($\bar{X}$) a štandardné odchýlky (S) pre dĺžku praxe v rámci subškály emocionálneho vyčerpania (EE), depersonalizácie (DP) a osobného uspokojenia (PA). Z hľadiska dĺžky praxe bola prostredníctvom troch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 3 MBI Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s dĺžkou praxe pomáhajúcich pracovníkov

Subškála	Prax	N	x̄	S	t	p(α)
EE	0 - 5	121	15.8430	9.37284	-2.483	.014**
	16+	124	19.1694	11.50943		
DP	0 - 5	121	5.6281	6.23583	-1.755	.081
	16+	124	7.0645	6.56641		
PA	0 - 5	121	31.0909	9.80901	-1.618	.107
	16+	124	32.8710	7.17263		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu emocionálneho vyčerpania (EE) o hodnote .014**. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci s praxou dlhšou ako 16 rokov preukazujú vyššiu náchylnosť pre vznik syndrómu vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania, ako pomáhajúci pracovníci s kratšou praxou. Toto zistenie môže byť spôsobené dlhodobým výkonom daného povolania, ktoré začína pre pomáhajúceho pracovníka predstavovať určitý stereotyp. Ďalším dôvodom môžu byť neustále sa zvyšujúce požiadavky kladené na pomáhajúcich pracovníkov v súvislosti s výkonom ich profesie. Halm a kol.[214] uvádzajú, že pracovníci s dlhšou praxou sú náchylnejší na vznik syndrómu vyhorenia, pretože nepretržitý tlak na pomáhajúcich pracovníkov, ktorý narastá rokmi, vedie ku syndrómu vyhorenia.

Pomocou ANOVA boli v kontexte dĺžky praxe zistené štatisticky významné rozdiely iba pre subškálu emocionálne vyčerpanie (EE) o hodnote p(α) .012*. Pre dĺžku praxe boli použité 4 kategórie dĺžky praxe, ktoré sme si pre účely výskumu určili prostredníctvom distribuovaného dotazníka (0 - 5; 6 - 10; 11 - 15; 16+). Na základe toho bola z hľadiska dĺžky praxe prostredníctvom troch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia. Prostredníctvom Tab. 4 uvádzame len tie výsledky, u ktorých boli potvrdené štatisticky významné rozdiely.

Tab. 4 MBI Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s dĺžkou praxe pomáhajúcich pracovníkov vychádzajúc z ANOVA

Subškála	Prax	N	x̄	S	t	p(α)
EE	0 - 5	121	15.8430	9.37284	-3.170	.002**
	11 - 15	69	20.4928	10.31222		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

[214] HALM, M. et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Emotional Exhaustion, and Job Dissatisfaction.

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu emocionálneho vyčerpania (EE) o hodnote .002**. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci s praxou dlhšou ako 11 - 15 rokov preukazujú vyššiu náchylnosť pre vznik syndrómu vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania, ako pomáhajúci pracovníci s praxou do 5 rokov. Tieto výsledky korešpondujú s predchádzajúcimi výsledkami, kde je možné opäť predpokladať, že u pracovníkov s dlhšou praxou dochádza k stereotypu v pracovnej činnosti, čo môže spôsobovať syndróm vyhorenia. Príčinou môže byť aj demotivácia, nedostatočná spätná väzba, stagnácia a nedosiahnutie pracovného povýšenia a pod.

V kontexte zisťovania štatisticky významných rozdielov syndrómu vyhorenia v pomáhajúcej profesie boli pre účely autorského výskumu rozdelené pomáhajúce profesie do 2 kategórií, a to oblasť zdravotníctva (lekári a zdravotné sestry) a oblasť sociálnej práce (opatrovatelia a sociálni pracovníci). Pomocou ANOVA boli v kontexte pomáhajúcej profesie zistené štatisticky významné rozdiely pre všetky subškály syndrómu vyhorenia o hodnote p(α) .001***. Pre pomáhajúce profesie boli použité 4 kategórie, ktoré sme si pre účely výskumu určili prostredníctvom distribuovaného dotazníka (sociálni pracovníci, opatrovatelia, lekári a zdravotné sestry). Na základe toho bola z hľadiska dĺžky praxe prostredníctvom troch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia. Prostredníctvom Tab. 5 uvádzame len tie výsledky, u ktorých boli potvrdené štatisticky významné rozdiely v kontexte pomáhajúcej profesie sociálny pracovník.

Tab. 5 MBI Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s konkrétnou pomáhajúcou profesiou respondentov vychádzajúc z ANOVA

Subškála	Pomáhajúca profesia	N	x̄	S	t	p(α)
EE	**Lekár/lekárka**	100	18.2200	10.13503	-2.148	.033*
	Sociálny pracovník/ sociálna pracovníčka	100	21.6000	12.04118		
DP			6.0606	.61968	-3.399	<.001***
			9.3400	7.39672		
PA			33.1100	7.48992	3.833	<.001***
			28.7600	8.52699		
EE	**Zdravotná sestra**	100	17.6400	9.24582	-2.608	.010**
	Sociálny pracovník/ sociálna pracovníčka	100	21.6000	12.04118		
DP			6.5500	6.30756	-2.870	.005**
			9.3400	7.39672		
PA			32.5200	8.69631	3.087	.002**
			28.7600	8.52699		
EE	**Opatrovateľ/opatrovateľka**		15.1800	8.71824	-4.319	<.001***

	Sociálny pracovník/ sociálna pracovníčka	100	21.6000	12.04118		
DP		100	3.3900	4.65560	-6.808	<.001***
			9.3400	7.39672		
PA			34.4300	8.27831	4.771	<.001***
			28.7600	8.52699		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely medzi lekármi a sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR boli preukázané pre subškálu emocionálne vyčerpanie (EE) o hodnote .033*, pre subškálu depersonalizácie (DP) o hodnote <.001*** a pre subškálu osobného uspokojenia (PA) o hodnote <.001***. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že sociálni pracovníci preukazujú vyššiu náchylnosť pre vznik syndrómu vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie než lekári. Naopak lekári, preukazujú vyššiu mieru osobného uspokojenia v práci než sociálni pracovníci. Štatisticky významné rozdiely medzi zdravotnými sestrami a sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR boli preukázané pre subškálu emocionálne vyčerpanie (EE) o hodnote .010**, pre subškálu depersonalizácie (DP) o hodnote .005** a pre subškálu osobného uspokojenia (PA) o hodnote .002**. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že sociálni pracovníci preukazujú vyššiu náchylnosť pre vznik syndrómu vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie než zdravotné sestry. Naopak zdravotné sestry preukazujú vyššiu mieru osobného uspokojenia v práci, než sociálni pracovníci. Medzi opatrovateľmi a sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR boli zistené štatisticky významné rozdiely pre všetky subškály o hodnote <.001***. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že sociálni pracovníci preukazujú vyššiu náchylnosť pre vznik syndrómu vyhorenia v oblasti emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie, než opatrovatelia. Naopak opatrovatelia preukazujú vyššiu mieru osobného uspokojenia v práci, než sociálni pracovníci. Štatisticky významné rozdiely pre subškálu emocionálne vyčerpanie (EE) a depersonalizáciu (DP) medzi sociálnymi pracovníkmi pracujúcimi na ÚPSVaR, lekármi, zdravotnými sestrami a opatrovateľmi môžu byť spôsobené byrokraciou spojenou s výkonom práce. Vedenie evidencie osobných záznamov každého klienta, dodržiavanie a kontrola termínov, harmonogramov a plnení cieľov bývajú pri priamej práci s klientom zvýšenou záťažou pre sociálneho pracovníka. Pri emocionálnom vyčerpaní tak dochádza ku zníženej výkonnosti, ktorá pretrváva celé mesiace a je

viditeľná ako pre spolupracovníkov, tak pre klientov[215]. Pre depersonalizáciu je charakteristický cynizmus a odľudštenie[216]. Štatisticky významné rozdiely pre subškálu osobného uspokojenia (PA) môžu byť spôsobené odlišným vnímaním vlastnej pracovnej výkonnosti, ale i spätnou väzbou. Lekári dostávajú od pacientov skôr spätnú väzbu pri zmene zdravotného stavu, ako sociálni pracovníci, ktorí dlhodobo napĺňajú ciele pre dosiahnutie zlepšenia klientovej nepriaznivej životnej situácie.

Pre prehľadnosť uvádzame aj výsledky miery syndrómu vyhorenia u jednotlivých pomáhajúcich pracovníkov.

Tab. 6 MBI Frekvenčná tabuľka miery syndrómu vyhorenia pomáhajúcich pracovníkov v konkrétnych pomáhajúcich profesiách

Pomáhajúca profesia		Stupeň vyhorenia			Spolu
		Nízky	Mierny	Vysoký	
Lekár/lekárka	EE	43	37	20	100
	DP	59	27	14	
	PA	36	40	24	
Zdravotná sestra	EE	50	37	13	100
	DP	59	26	15	
	PA	42	33	25	
Spolu (oblasť zdravotníctva)	EE	93	74	33	200
	DP	118	53	29	
	PA	78	73	49	
Opatrovateľ/opatrovateľka	EE	57	35	8	100
	DP	81	15	4	
	PA	35	27	38	
Sociálny pracovník/ sociálna pracovníčka	EE	37	32	31	100
	DP	43	30	27	
	PA	58	28	14	
Spolu (oblasť sociálnej práce)	EE	94	67	39	200
	DP	134	45	31	
	PA	93	55	52	

Z celkovej výskumnej vzorky (N=400) podľa Tab. 6 dosiahlo v dimenzii emocionálneho včerpania (EE) nízky stupeň vyhorenia 187 pomáhajúcich pracovníkov, mierny stupeň vyhorenia 141 pracovníkov a vysoký stupeň vyhorenia dosiahlo 72 pomáhajúcich pracovníkov. V porovnaní s oblasťou výkonu pomáhajúcej profesie dosiahol vyšší počet pomáhajúcich pracovníkov vysoký stupeň vyhorenia v sociálnej oblasti a to v počte 39 pomáhajúcich pracovníkov, v zdravotníckej oblasti bol preukázaný počet 33 pomáhajúcich pracovníkov s vysokým stupňom vyhorenia pre

[215] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.
[216] HONZÁK, R. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření.

emocionálne vyčerpanie (EE). Mierny stupeň vyhorenia pre túto subškálu vykazovali vo vyššom zastúpení pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva, a to v počte 74 pomáhajúcich pracovníkov. Pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce dosahovali mierny stupeň vyhorenia v počte 67 respondentov. Nízky stupeň vyhorenia pre subškálu emocionálneho vyčerpania (EE) dosahovali pomáhajúci pracovníci zo sociálnej oblasti v počte 94 pomáhajúcich pracovníkov a 93 pomáhajúcich pracovníkov zo zdravotníckej oblasti. V dimenzii depersonalizácie (DP) dosiahlo nízky stupeň vyhorenia z celkovej výskumnej vzorky (N=400) 242 pomáhajúcich pracovníkov, mierny stupeň vyhorenia 98 pracovníkov a vysoký stupeň vyhorenia dosiahlo 60 pomáhajúcich pracovníkov. V porovnaní s oblasťou výkonu pomáhajúcej profesie dosiahol vyšší počet pomáhajúcich pracovníkov vysoký stupeň vyhorenia v sociálnej oblasti a to v počte 31 pomáhajúcich pracovníkov, v zdravotníckej oblasti bol preukázaný počet 29 pomáhajúcich pracovníkov s vysokým stupňom vyhorenia pre subškálu depersonalizácie (DP). Mierny stupeň vyhorenia pre túto subškálu vykazovali vo vyššom zastúpení pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva, a to v počte 53 pomáhajúcich pracovníkov. Pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce dosahovali mierny stupeň vyhorenia v počte 45 respondentov. Nízky stupeň vyhorenia pre subškálu depersonalizácie (DP) dosahovali pomáhajúci pracovníci zo sociálnej oblasti v počte 124 pomáhajúcich pracovníkov a 118 pomáhajúcich pracovníkov zo zdravotníckej oblasti. V dimenzii osobného uspokojenia (PA) dosiahlo nízky stupeň vyhorenia z celkovej výskumnej vzorky (N=400) 171 pomáhajúcich pracovníkov, mierny stupeň vyhorenia 128 pracovníkov a vysoký stupeň vyhorenia dosiahlo 101 pomáhajúcich pracovníkov. V porovnaní s oblasťou výkonu pomáhajúcej profesie dosiahol vyšší počet pomáhajúcich pracovníkov vysoký stupeň vyhorenia v sociálnej oblasti a to v počte 52 pomáhajúcich pracovníkov, v zdravotníckej oblasti bol preukázaný počet 49 pomáhajúcich pracovníkov s vysokým stupňom vyhorenia pre subškálu osobného uspokojenia (PA). Mierny stupeň vyhorenia pre túto subškálu vykazovali vo vyššom zastúpení pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva, a to v počte 73 pomáhajúcich pracovníkov. Pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce dosahovali mierny stupeň vyhorenia v počte 55 respondentov. Nízky stupeň vyhorenia pre subškálu osobného uspokojenia (PA) dosahovali pomáhajúci pracovníci zo sociálnej oblasti v počte 93 pomáhajúcich pracovníkov a 78 pomáhajúcich pracovníkov zo zdravotníckej oblasti.

5.4.2 Preferencia pozitívnych a negatívnych stratégií zvládania stresu a záťaže u pomáhajúcich pracovníkov

Ďalšou oblasťou skúmania, na ktorú sme sa zamerali, bolo zistenie preferovania pozitívnych alebo negatívnych stratégií zvládania stresu a záťaže u pomáhajúcich pracovníkov v kontexte dĺžky praxe a konkrétnej vykonávanej pomáhajúcej profesie.

Tab. 7 uvádza priemerné skóre ($\bar{X}$) a štandardné odchýlky (S) pre dĺžku praxe v rámci subškály pozitívne stratégie (PS) a v rámci subškály negatívne stratégie (NS). Z hľadiska dĺžky praxe bola prostredníctvom dvoch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 7 SVF 78 Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s dĺžkou praxe pomáhajúcich pracovníkov

Subškála	Prax	N	x̄	Sig.	t	p(α)
PS	0 - 5	121	14.3869	2.49275	-2.806	.005**
	16+	124	15.2200	2.13649		
NS	0 - 5	121	11.9607	3.03984	.046	.963
	16+	124	11.9415	3.45795		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu pozitívnych stratégií (PS) o hodnote .005**. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci s praxou dlhšou ako 16 rokov využívajú viac pozitívne stratégie, než pomáhajúci pracovníci s praxou kratšou ako 5 rokov. Tieto výsledky môžu značiť to, že pracovníci s dlhšou praxou sú na základe svojich pracovných skúseností odolnejší voči záťaži a stresu, preto vo vyššej miere preferujú pozitívne stratégie pre ich zvládanie. Odolnosť voči stresu predstavuje typický ľudský zdroj[217]. Reziliencia predstavuje zdroje, ktoré napomáhajú jedincovi prekonať náročné situácie a napomáha mu byť silnejším pre budúce riešenie podobnej situácie[218]. Metaforicky je možné reziliencia prirovnať k pružnosti lopty, ktorá sa po hodení na zem odrazí späť.

Tab. 8 uvádza priemerné skóre ($\bar{X}$) a štandardné odchýlky (S) pre oblasť pomáhajúcej profesie v rámci subškály pozitívne stratégie (PS) a negatívne stratégie

[217] PLAMÍNEK, J. Sebepoznání, sebeřízení a stres.
[218] HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. Psychologický slovník.

(NS). Z oblasti výkonu pomáhajúcej profesie bola prostredníctvom dvoch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 8 SVF 78 Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s konkrétnou pomáhajúcou profesiou respondentov

Subškála	Pomáhajúca profesia	N	x̄	S	t	p(α)
PS	Oblasť zdravotníctva	200	14.8186	2.45031	-.192	.848
	Oblasť sociálnej práce	200	11.8938	2.31928		
NS	Oblasť zdravotníctva	200	14.8643	3.20954	-1.045	.296
	Oblasť sociálnej práce	200	12.2313	3.24695		

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely neboli preukázané ani pre jednu skúmanú subškálu.

Pomocou korelácií bol pre pozitívne a negatívne stratégie v kontexte syndrómu vyhorenia zistený štatisticky významný vzťah pre všetky subškály syndrómu vyhorenia. Zistené výsledky sú interpretované prostredníctvom Tab. 9.

Tab. 9 Deskripcia výsledkov korelácie pre MBI a stratégie zvládania záťaže

Subškála		PS	NS
EE	r	.102*	.440**
	p(α)	.041	.000
DP	r	.087	.309**
	p(α)	.084	.000
PA	r	.264**	-.165**
	p(α)	.000	.001

Interpretované výsledky preukazujú, že pre subškálu emocionálne vyčerpanie (EE) a pozitívne stratégie (PS) bol zistený štatisticky významný pozitívny slabý vzťah. Dané výsledky preukazujú to, že čím viac sú pomáhajúci pracovníci vyčerpaní, tým viac preferujú pozitívne stratégie. Pre negatívne stratégie (NS) bol zistený vysoko štatisticky významný pozitívny stredne silný vzťah. Z týchto zistení vyplýva, že čím viac sú pomáhajúci pracovníci emocionálne vyčerpaní, tým viac preferujú negatívne stratégie (NS). Pre subškálu depersonalizácie (DP) a negatívne stratégie (NS) bol zistený vysoko štatisticky významný pozitívny stredne silný vzťah, čo znamená, že čím vyššiu mieru depersonalizácie pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým viac preferujú

negatívne stratégie (NS). Pre subškálu osobného uspokojenia (PA) a pozitívne stratégie (PS) bol zistený vysoko štatisticky významný pozitívny slabý vzťah. Z výsledkov vyplýva, že čím vyššie pracovné uspokojenie pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým viac preferujú pozitívne stratégie (PS). Pre danú subškálu a negatívne stratégie (NS) bol zistený štatisticky významný negatívny slabý vzťah, čo znamená, že čím vyššie pracovné osobné uspokojenie pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým menej preferujú negatívne stratégie (NS).

5.4.3 Kvalita profesijného života pomáhajúcich pracovníkov

Treťou oblasť, na ktorú sme sa zamerali bolo zistenie kvality profesijného života pomáhajúcich pracovníkov v kontexte dĺžky praxe a konkrétnej vykonávanej pomáhajúcej profesie. Z hľadiska dĺžky praxe bola prostredníctvom troch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 10 PROQoL Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s dĺžkou praxe pomáhajúcich pracovníkov

Subškála	Prax	N	x̄	S	t	p(α)
CSS	0 - 5	121	35.1240	6.49432	-3.583	<.001***
	16+	124	37.9919	6.02906		
BS	0 - 5	121	24.4250	4.34763	.307	.759
	16+	124	24.2314	5.40333		
STSS	0 - 5	121	22.8264	6.26987	-1.643	.102
	16+	124	24.2177	6.95696		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu pocit spokojnosti (CSS) o hodnote <.001***. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci s praxou dlhšou ako 16 rokov preukazujú vyššiu mieru pocitu spokojnosti, ako pomáhajúci pracovníci s kratšou praxou. Interpretovaná subškála predstavuje pocit spokojnosti s vykonávanou prácou, subjektívne hodnotenie toho, či pomáhajúci pracovník hodnotí výkon svojej profesie za dobrý, alebo zlý. Rovnako tu ide aj o hodnotenie spokojnosti so svojimi kolegami a pracovným prostredím. Kallwass[219] považuje za rizikové faktory, ktoré môžu prispievať ku vzniku syndrómu vyhorenia nedostatok spätnej väzby (či už vo forme nedostatku pochvaly alebo nekonštruktívnej kritiky), ďalej konkurenčný boj, stereotypnú prácu, zlé pracovné prostredie a situácie, kedy nie sú jasne rozdelené úlohy.

[219] KALLWASS, A. Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě.

Tab. 11 uvádza priemerné skóre ($\bar{X}$) a štandardné odchýlky (S) pre oblasť pomáhajúcej profesie v rámci subškály pocit spokojnosti (CSS), syndróm vyhorenia (BS) a traumatický sekundárny stres (STSS). Z oblasti výkonu pomáhajúcej profesie bola prostredníctvom troch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 11 PROQoL Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s konkrétnou pomáhajúcou profesiou respondentov

Subškála	Pomáhajúca profesia	N	$\bar{x}$	S	t	p(α)
CSS	Oblasť zdravotníctva	200	37.7050	6.26452	2.540	.011*
	Oblasť sociálnej práce	200	36.1350	6.09611		
BS	Oblasť zdravotníctva	200	23.9600	5.09886	-1.511	.132
	Oblasť sociálnej práce	200	24.7165	4.83264		
STSS	Oblasť zdravotníctva	200	24.0200	6.77340	.612	.541
	Oblasť sociálnej práce	200	23.6200	6.29793		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu pocit spokojnosti (CSS) o hodnote .011*. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci v oblasti zdravotníctva, pociťujú vo vyššej miere pocit spokojnosti s vykonanou prácou, než pomáhajúci pracovníci v oblasti sociálnej práce. Tieto rozdiely mohli spôsobiť pocity vlastnej nespokojnosti s výkonom profesie pomáhajúcich pracovníkov z oblasti sociálnej práce. Podľa Křivohlavého[220] tu dôležitú úlohu zohráva aj vplyv prostredia, pracovných podmienok a organizácie práce. Medzi ďalšie faktory, ktoré môžu narušiť pracovnú spokojnosť patrí extrémna miera slobody, extrémna miera kontroly, nezmyselnosť kladených požiadaviek, centralizácia alebo naopak prílišné trieštenie autority, nadmerná miera zodpovednosti, dlhodobé neplnenie plánovaných úloh, nejasné definovanie požiadaviek, nadmerné požiadavky, nereálne očakávania, narušenie horizontálnej a vertikálnej komunikácie, neumožnenie odborného rastu a pod.

[220] KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví.

Pre prehľadnosť uvádzame aj výsledky miery kvality profesijného života u jednotlivých pomáhajúcich pracovníkov.

Tab. 12 PROQoL Frekvenčná tabuľka miery kvality profesijného života pomáhajúcich pracovníkov v konkrétnych pomáhajúcich profesiách

Pomáhajúca profesia		Stupeň vyhorenia			Spolu
		Nízky	Mierny	Vysoký	
Lekár/lekárka	CSS	1	65	34	100
	BS	41	59	0	
	STSS	55	43	2	
Zdravotná sestra	CSS	0	77	23	100
	BS	40	60	0	
	STSS	40	58	2	
Spolu (oblasť zdravotníctva)	CSS	1	142	57	200
	BS	81	119	0	
	STSS	95	101	4	
Opatrovateľ/opatrovateľka	CSS	1	68	31	100
	BS	46	50	0	
	STSS	48	52	0	
Sociálny pracovník/ sociálna pracovníčka	CSS	2	83	15	100
	BS	27	73	0	
	STSS	50	49	1	
Spolu (oblasť sociálnej práce)	CSS	3	151	46	200
	BS	73	123	0	
	STSS	98	101	1	

Z celkovej výskumnej vzorky pomáhajúcich pracovníkov (N=400) podľa Tab. 12 dosiahli v subškále pocit spokojnosti (CSS) nízky stupeň 4 pomáhajúci pracovníci, mierny stupeň 293 pracovníkov a vysoký stupeň dosiahlo 103 pomáhajúcich pracovníkov. V porovnaní s oblasťou výkonu pomáhajúcej profesie dosiahol vyšší počet pomáhajúcich pracovníkov vysoký stupeň pocitu spokojnosti v zdravotníckej oblasti, a to v počte 57 pomáhajúcich pracovníkov, v sociálnej oblasti bol preukázaný počet 46 pomáhajúcich pracovníkov s vysokým stupňom pre pocit spokojnosti (CSS). Mierny stupeň pre túto subškálu vykazovali vo vyššom zastúpení pomáhajúci pracovníci zo sociálnej oblasti, a to v počte 151 pomáhajúcich pracovníkov. Pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva dosahovali mierny stupeň v počte 142 respondentov. Nízky stupeň pre subškálu pocitu spokojnosti (CSS) dosahoval 1 pomáhajúci pracovník zo zdravotníckej oblasti a 3 pomáhajúci pracovníci zo sociálnej oblasti. V dimenzii syndróm vyhorenia (BS) dosiahlo nízky stupeň vyhorenia z celkovej výskumnej vzorky (N=400) 154 pomáhajúcich pracovníkov, mierny stupeň vyhorenia 242 pracovníkov a vysoký stupeň vyhorenia dosiahlo 0 pomáhajúcich pracovníkov. Mierny stupeň

vyhorenia pre túto subškálu vykazovali vo vyššom zastúpení pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce, a to v počte 123 pomáhajúcich pracovníkov. Pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva dosahovali mierny stupeň vyhorenia v počte 119 respondentov. Nízky stupeň vyhorenia pre subškálu syndróm vyhorenia (BS) dosahovali pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva v počte 81 pomáhajúcich pracovníkov a 73 pomáhajúcich pracovníkov z oblasti sociálnej práce. V dimenzii traumatický sekundárny stres (STSS) dosiahlo nízky stupeň z celkovej výskumnej vzorky (N=400) 193 pomáhajúcich pracovníkov, mierny stupeň 202 pracovníkov a vysoký stupeň dosiahlo 5 pomáhajúcich pracovníkov. V porovnaní s oblasťou výkonu pomáhajúcej profesie dosiahol vyšší počet pomáhajúcich pracovníkov vysoký stupeň v oblasti zdravotníctva a to v počte 4 pomáhajúcich pracovníkov, v oblasti sociálnej práce bol preukázaný počet 1 pomáhajúci pracovník s vysokým stupňom pre subškálu traumatický sekundárny stres (STSS). Mierny stupeň pre túto subškálu vykazovali pomáhajúci pracovníci v rovnakom počte, a to 101 pomáhajúcich pracovníkov z oblasti zdravotníctva a 101 pomáhajúcich pracovníkov z oblasti sociálnej práce. Nízky stupeň vyhorenia pre subškálu traumatický sekundárny stres (STSS) dosahovali pomáhajúci pracovníci zo sociálnej oblasti v počte 98 pomáhajúcich pracovníkov a 95 pomáhajúcich pracovníkov zo zdravotníckej oblasti.

5.4.4 Vnútorné a vonkajšie motivátory pri výkone pomáhajúcej profesie

Poslednou oblasťou skúmania, na ktorú sme sa zamerali bolo zistenie preferovania vnútorných, alebo vonkajších motivátorov u pomáhajúcich pracovníkov v kontexte dĺžky praxe a konkrétnej vykonávanej pomáhajúcej profesie.

Tab. 13 uvádza priemerné skóre ($\bar{X}$) a štandardné odchýlky (S) pre dĺžku praxe v rámci subškály vnútorná motivácia (VnM) a v rámci subškály vonkajšia motivácia (VoM). Z hľadiska dĺžky praxe bola prostredníctvom dvoch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 13 Motivátory Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s dĺžkou praxe pomáhajúcich pracovníkov

Subškála	Prax	N	$\bar{x}$	Sig.	t	p(α)
VnM	0 - 5	121	11.8678	3.55186	-.346	.729
	16+	124	12.0161	3.14419		
VoM	0 - 5	121	10.2397	2.99729	-3.516	<.001***
	16+	124	11.5726	2.93610		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu vonkajších motivátorov (VoM) o hodnote <.001***. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci s praxou dlhšou ako 16 rokov pracujú viac na základe vonkajších motivátorov, než pracovníci s kratšou praxou. Dôvodom pre toto zistenie môže byť finančné ohodnotenie pracovníkov s dlhšou praxou, ktorí počas výkonu svojej profesie nadobudli vyššie ohodnotenie na základe profesijného rastu.

Tab. 14 uvádza priemerné skóre ($\bar{X}$) a štandardné odchýlky (S) pre oblasť pomáhajúcej profesie v rámci subškály vnútorná motivácia (VnM) a vonkajšiu motiváciu (VoM). Z oblasti výkonu pomáhajúcej profesie bola prostredníctvom dvoch subškál s použitím t-testu pre dva nezávislé výbery zistená signifikancia.

Tab. 14 Motivátory Deskripcia výsledkov t – testu pre dva nezávislé výbery súvisiace s konkrétnou pomáhajúcou profesiou respondentov

Subškála	Pomáhajúca profesia	N	$\bar{x}$	S	t	p(α)
VnM	Oblasť zdravotníctva	200	12.1600	3.22746	.358	.720
	Oblasť sociálnej práce	200	12.0400	3.46387		
VoM	Oblasť zdravotníctva	200	11.5050	3.12551	4.357	<.001***
	Oblasť sociálnej práce	200	10.2200	2.76220		

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Interpretované výsledky preukazujú, že štatisticky významné rozdiely boli preukázané pre subškálu vonkajších motivátorov (VoM) o hodnote <.001***. Konštatujúc z uvedeného vyplýva, že pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva pracujú častejšie na základe vonkajších motivátorov, ako pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce. Za hlavný dôvod tohto zistenia považujeme odlišné finančné ohodnotenie pomáhajúcich pracovníkov v oblasti zdravotníctva a v oblasti sociálnej práce.

Pomocou korelácií bol pre vnútorné a vonkajšie motivátory v kontexte syndrómu vyhorenia zistený štatisticky významný vzťah pre všetky subškály syndrómu vyhorenia. Zistené výsledky sú interpretované pomocou Tab. 15.

Tab. 15Deskripcia výsledkov pre koreláciu MBI a motivátory

Subškála		VnM	VoM
EE	**r**	-.127*	.072
	p(α)	.011	.150
DP	**r**	-.134**	.222**
	p(α)	.007	.000
PA	**r**	.323**	.117*
	p(α)	.000	.019

Interpretované výsledky preukazujú, že pre subškálu emocionálne vyčerpanie (EE) a vnútorné motivátory (VnM) bol zistený negatívny slabý štatistický významný vzťah. Tieto výsledky preukazujú, že čím viac sú pomáhajúci pracovníci emocionálne vyčerpaní, tým viac pracujú na základe vnútorných motivátorov. Rovnako negatívny slabý štatistický významný vzťah bol zistený pre subškálu depersonalizácie (DP) a vnútorné motivátory (VnM) z čoho vyplýva, že čím vyššiu depersonalizáciu pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým menej pracujú na základe vnútorných motivátorov. Pre subškálu depersonalizácie (DP) bol zistený aj vysoko štatisticky významný pozitívny slabý vzťah v kontexte vonkajších motivátorov (VoM). Tieto výsledky preukazujú, že čím vyššiu depersonalizáciu pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým viac pracujú na základe vonkajších motivátorov. Pre subškálu osobného uspokojenia (PA) a vnútorné motivátory (VnM) bol zistený vysoko štatisticky významný pozitívny stredne silný vzťah. To znamená, že čím vyššie pracovné osobné uspokojenie pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým vyššia je ich vnútorná motivácia. Pre túto subškálu bol v kontexte vonkajších motivátorov (VoM) zistený štatisticky významný pozitívny slabý vzťah, čo znamená, že čím vyššie pracovné osobné uspokojenie pomáhajúci pracovníci dosahujú, tým vyššie sú ich vonkajšie motivátory (VoM).

Pomocou korelácií bol pre vnútorné a vonkajšie motivátory v kontexte profesijnej kvality života zistený štatisticky významný vzťah pre subškálu pocitu spokojnosti (CSS) a subškálu syndrómu vyhorenia (BS). Zistené výsledky sú interpretované pomocou Tab. 16.

Tab. 16 Deskripcia výsledkov korelácie pre PROQoL a motivátory

Subškála		VnM	VoM
CSS	**r**	.413**	.166**
	p(α)	.000	.001
BS	**r**	-.242**	-.017
	p(α)	.000	.742

Interpretované výsledky preukazujú, že pre subškálu pocit spokojnosti (CSS) a vnútorné motivátory (VnM) bol zistený vysoko štatisticky významný pozitívny stredne silný vzťah. Z výsledkov vyplýva, že čím vyšší pocit spokojnosti pomáhajúci pracovníci preukazujú, tým viac využívajú vnútorné motivátory (VnM). Pre danú subškálu a vonkajšie motivátory (VoM) bol zistený štatisticky významný pozitívny slabý vzťah, čo znamená, že čím vyšší pocit spokojnosti pomáhajúci pracovníci preukazujú, tým viac pracujú na základe vonkajších motivátorov (VoM). Pre subškálu syndrómu vyhorenia (BS) a vnútorné motivátory (VnM) bol zistený vysoko štatisticky významný negatívny slabý vzťah. Z uvedených výsledkov vyplýva, že čím viac sú pomáhajúci pracovníci vyhorení, tým menej pracujú na základe vnútorných motivátorov (VnM).

5.4.5 Návrhy pre prax

Syndróm vyhorenia predstavuje dynamický proces, ktorý sa vyvíja postupne. Jeho vznik môže do zásadnej miery ovplyvniť výkon pomáhajúcej profesie, prístup pomáhajúceho pracovníka ku klientovi/pacientovi, ale môže spôsobiť aj výskyt pracovných chýb a omylov. Vznik syndrómu vyhorenia je často podmienený súhrou viacerých rizikových faktorov. Tieto faktory je možné podľa Pešeka a Praška[221] rozdeliť do troch kategórií. Ide o faktory, ktoré sú súčasťou osobnosti jednotlivca, faktory týkajúce sa pracovnej sféry a faktory, ktoré sú súčasťou mimopracovného života. Uvádzané faktory bližšie znázorňujeme prostredníctvom Tab. č. 17.

[221] PEŠEK, P. a J. PRAŠKO. Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáhaním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie.

Tab. 17 Rizikové faktory pre vznik syndrómu vyhorenia[222]

Rizikové faktory		
Osobnosť	**Pracovná sféra**	**Mimopracovná sféra**
• osobnosť typu A, • perfekcionizmus, • stresujúce myšlienkové postoje, • nízke sebavedomie, • vysoká miera empatie, • nadmerná potreba súťaživosti, • tendencia potláčať emócie, • nízka miera sebareflexie, • neschopnosť racionálneho plánovania času, • konflikt hodnôt, • výrazne narušené emocionálne potreby v detstve,	• nedostatočná spoločenská prestíž povolania, • požiadavky pre vysoký výkon, • nadmerné množstvo práce, • nízka miera samostatnosti, • nedostatok opory a ocenenia od kolegov a zamestnávateľa, • nedostatočná finančná odmena, • absencia kvalitnej supervízie, • absencia ďalšieho vzdelávania,	• absencia partnera, • nechápavý partner, • konfliktný partner, • súperenie partnerov, • nedostatok hlbších priateľských vzťahov, • nedostatok záujmov, • nedostatok telesného pohybu, • nevhodné stravovacie návyky, • existenčné problémy, • vysoké skóre ťažkých životných udalostí.

Uvedené faktory sme explicitne pretransformovali na preventívne faktory v kontexte syndrómu vyhorenia, ktoré uvádzame prostredníctvom Tab. 18. Dané faktory sme prostredníctvom vlastného modelu aplikovali na osobnosť typu B, ktorá je označovaná ako osobnosť so zdravým životným štýlom a považujeme ju za najvhodnejšiu z hľadiska odolnosti pred vznikom syndrómu vyhorenia.

Tab. 18 Model preventívnych faktorov v kontexte syndrómu vyhorenia[223]

Preventívne faktory		
Osobnosť	**Pracovná sféra**	**Mimopracovná sféra**
• osobnosť typu B, • tvorivosť, • racionálne myšlienkové postoje, • primeraná miera sebavedomia, • primeraná miera empatie, • nízka potreba súťaživosti, • tendencia prejavovať svoje emócie, • primeraná miera sebareflexie, • schopnosť racionálneho plánovania času,	• dostatočná spoločenská prestíž povolania, • adekvátne požiadavky pre pracovný výkon, • primerané množstvo práce, • vysoká miera samostatnosti, • dostatok opory a ocenenia od kolegov a zamestnávateľa, • primeraná finančná odmena, • realizácia kvalitnej supervízie, • možnosť ďalšieho vzdelávania,	• harmonický vzťah/manželstvo, • chápavý partner, • nekonfliktný partner, • vyrovnaný vzťah partnerov, • dostatok hlbších priateľských vzťahov, • široká paleta záujmov, • dostatok telesného pohybu, • vhodné stravovacie návyky, • priaznivá finančná situácia, • nízke skóre ťažkých životných udalostí.

[222] PEŠEK, P. a J. PRAŠKO. Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáhaním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie.

[223] Model navrhnutý autorkami dizertačnej práce

Vychádzajúc z uvedeného a z výsledkov autorského výskumu, kde vyššiu mieru syndrómu vyhorenia preukazovali pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce než pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva, navrhujeme preventívne opatrenia pred vznikom syndrómu vyhorenia na úrovni organizácie. Kladieme dôraz na realizáciu efektívnej supervízie. Supervízia je v rámci Slovenskej republiky ukotvená v Zákone č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele. Tento zákon uvádza, že „na účel zvyšovania profesionality práce v zariadení, zariadenie vypracúva a uskutočňuje program supervízie“[224]. §93 ods. 8[225] vymedzuje, že supervíziu na účely sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately môžu vykonávať len fyzické osoby, ktoré skončili odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce. Ďalším zákonom, ktorý upravuje povinnosť realizovať supervíziu je Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, ktorý uvádza, že „poskytovateľ sociálnej služby je povinný za účelom odbornej úrovne a kvality sociálnej služby vypracovať a uskutočňovať program supervízie“[226]. Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov vymedzuje požiadavky na supervízora, ktorý musí byť fyzickou osobou, ktorá skončila odbornú akreditovanú prípravu supervízora v oblasti sociálnej práce alebo poradenskej práce v rozsahu najmenej 240 hodín[227]. Sociálny pracovník potrebuje supervíziu najmä vtedy, keď cíti, že to, čo sa stalo, sa nemalo stať, malo sa to stať inak, no túto zmenu sa mu nedarí uskutočniť, a preto vyhľadá pomoc toho (supervízora), s kým sa o tomto probléme môže porozprávať[228]. Preto navrhujeme pravidelné organizovanie supervíznych stretnutí aspoň raz v mesiaci, a to pre všetky pomáhajúce profesie, aj keď im to povinnosť zákona neurčuje. Supervízia môže predstavovať pre zamestnávateľov kvalitu kontroly vykonávanej práce, vzdelávania či poskytovanie emocionálnej opory zamestnancom[229]. Efektívne môže byť realizovanie Bálintovských skupín, ktoré pomáhajúcim pracovníkom umožnia profesijný a osobnostný rast, pomôžu zmierniť emočné napätie, ktoré môže ovplyvniť proces liečby pacienta, alebo proces práce s klientom[230]. Táto

[224] Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.
[225] Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.
[226] Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách.
[227] Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
[228] ÚLEHLA, I. Umění pomáhat.
[229] ANDRÁŠIOVÁ, M. Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie.
[230] PEŠEK, P. a J. PRAŠKO. Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáhaním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie.

forma supervízie predstavuje riešenie konkrétneho problému v skupine, čím dochádza aj k posilňovaniu opory zo strany kolegov a upevňovanie kolegiálnych vzťahov. Ak má pomáhajúci pracovník dostatočnú sociálnu oporu a dobré medziľudské vzťahy na pracovisku, môže byť dostatočne chránený pred syndrómom vyhorenia. Posilňovanie týchto medziľudských vzťahov môže predstavovať nasledovné odporúčanie pre zamestnávateľov. Pre upevnenie vzťahov v kolektíve navrhujeme realizovanie mimopracovných stretnutí v rámci tzv. teambuildingov aspoň raz za šesť mesiacov. Na dôležitosť týchto vzťahov upozorňujú aj Ptáček a Čeledová[231], podľa ktorých základom emocionálnej spokojnosti pomáhajúceho sú kvalitné sociálne väzby na pracovisku. Ako posledné odporúčanie v kontexte syndrómu vyhorenia na úrovni organizácie navrhujeme v rámci prevencie realizovanie pravidelných vzdelávacích školení spojených s workshopmi, ktoré by boli zamerané na syndróm vyhorenia a jeho príznaky, príčiny a prevenciu, na rozvoj komunikačný spôsobilostí, zvládanie krízových a záťažových situácií ako aj zameranie na time-management.

V kontexte pracovnej záťaže poukazujeme na potrebu správnej organizácie času, dodržiavanie prestávok, vyhýbanie sa zbytočnému zaťažovaniu pomáhajúcich pracovníkov zo strany zamestnávateľov a pod. Zvýšená pracovná záťaž sa nemusí prejavovať len mentálnym preťažením, ale i nadmernou fyzickou záťažou v prípade, že pomáhajúci nemá k dispozícií potrebné nástroje a pomôcky. Príkladom môžu byť zdravotné sestry, ktoré sa namáhajú pri zdvíhaní pacientov, pri ich polohovaní a úprave lôžok. Pešek a Praško[232] rozlišujú pracovnú záťaž na objektívnu a subjektívnu. Objektívna záťaž predstavuje merateľné faktory, ktorými sú počet klientov, doba strávená s klientmi, počet vyhotovených správ, záznamov a pod. Subjektívne preťaženie pracovníkov predstavuje myslenie samotných pracovníkov, ktorí sa domnievajú, že nemajú určité schopnosti pre výkon požadovanej práce – napr. vyhotoviť určitý počet správ, záznamov behom určitého časového úseku, prezentovanie témy na konferencii, o ktorej si pracovník myslí, že jej dostatočne nerozumie a pod. Z nášho pohľadu nadmernú pracovnú záťaž pre pomáhajúcich pracovníkov predstavuje aj byrokracia. Vedenie záznamov klientov, pacientov, sledovanie dochádzky a plnenia cieľov vnímame popri priamej interakcii s klientmi a pacientmi ako vyčerpávajúce. Do akej miery je možné pomáhajúcich pracovníkov od tejto záťaže oslobodiť ostáva otázne,

[231] PTÁČEK, R. a L. ČELEDOVÁ. Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby.
[232] PEŠEK, P. a J. PRAŠKO. Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáhaním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie.

nakoľko to mnohokrát vyplýva z pracovných štandardov a legislatívy. Štatisticky významné rozdiely pre preferenciu pozitívnych či negatívnych stratégií zvládania záťažových situácií pre oblasť výkonu pomáhajúcej profesie v zdravotníctve a sociálnej práci neboli preukázané. Faktom môže byť podobný výkon profesie. V oboch oblastiach dochádza k dennému kontaktu s klientom/pacientom, ku skúmaniu aktuálneho stavu klienta/pacienta a následné stanovenie cieľov pre dosiahnutie zlepšenia aktuálnej klientovej či pacientovej situácie.

Prostredníctvom interpretovaných výsledkov autorského výskumu bolo zistené, že pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva prejavujú vyššiu mieru kvality profesijného života než pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce. Dôvodom môže byť finančné ohodnotenie jednotlivých pomáhajúcich profesií, či spätná väzba zo strany klientov/pacientov a zamestnávateľa. Pokiaľ počas výkonu svojej profesie pomáhajúci pracovník nedostáva od nadriadeného, či kolegov dostatočne najavo, že si jeho prácu vážia a absentuje aj spätná väzba, klesá u pomáhajúceho pracovníka motivácia i sebavedomie. Práve pocit nedocenenia býva významným pri vzniku syndrómu vyhorenia. V kontexte uvedeného poukazujeme na dôležitosť spätnej väzby zo strany zamestnávateľa. Za vhodné považujeme pravidelné organizovanie pracovných porád (aspoň raz v mesiaci), ktorých účelom nebude len rozdelenie pracovných povinností, ale aj poskytnutie spätnej väzby zamestnancom. Pre kvalitu profesijného života majú vysoký vplyv aj vzťahy na pracovisku, ktoré boli v rámci odporúčaní vyššie spomínané. Túto domnienku potvrdzuje aj Maroon[233], podľa ktorého existujúce podporné vzťahy na pracovisku umožňujú pracovníkovi v stresovej situácii vyhľadať kolegov s prosbou o pomoc alebo radu, čím sa zmenšuje ich napätie a znižuje sa nárast vzniku syndrómu vyhorenia. Zamestnanci si prostredníctvom práce nenapĺňajú len materiálne ciele, ale i sociálne aktivity, pri ktorých je zamestnanie potenciálnym miestom pre rozvoj interakcií s kolegami. Naopak, pocit izolácie a neprijatia spôsobuje neistotu a nedostatok dôvery k ostatným. Za dôležité považujeme aj rovnomerné rozdeľovanie úloh, správnu organizáciu času a odpočinok po práci.

Realizovaný autorský výskum poukázal aj na fakt, že pomáhajúci pracovníci z oblasti zdravotníctva vykonávajú svoju profesiu vo vyššej miere na základe vonkajších motivátorov ako pomáhajúci pracovníci z oblasti sociálnej práce. Určenie univerzálne platných princípov a nástrojov motivácie pre platformu pomáhajúcej

[233] MAROON, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků. Teorie, prax, kazuistiky.

profesie nie je možné, nakoľko každý pomáhajúci pracovník má sebe vlastný motivačný profil, na základe ktorého sa odvíja jeho orientácia a intenzita konania. Motivácia je úzko spätá s napĺňaním potrieb a to napr. už spomínané finančné ohodnotenie, sociálne interakcie, sociálna opora či potreba sebarealizácie. Stanovenie finančného ohodnotenia pomáhajúcich pracovníkov sa odvíja od platových taríf, ktoré sú pevne stanovené, preto by k nespravodlivému finančnému ohodnoteniu nemalo dochádzať. Aj napriek tomu by mal mať každý zamestnanec rovnakú šancu kariérneho postupu alebo finančnej odmeny (napr. vo forme koncoročnej odmeny). Na prideľovanie týchto odmien odporúčame vypracovanie transparentných výkonových kritérií, na základe ktorých sa bude predchádzať pocitu nespravodlivého ohodnotenia pomáhajúcich pracovníkov. Pre dosiahnutie zvýšenia stimulácie a motivácie pomáhajúcich pracovníkov je vhodné ponúknuť pracovníkom možnosť získania vyššieho finančného ohodnotenia aj prostredníctvom mimoriadnych odmien, ktoré by sa odvíjali od splnenia pracovných úloh, ktoré sú nad rámec ich každodenných pracovných povinností.

Záver

V monografii sme sa zamerali na výskyt syndrómu vyhorenia a samotnú problematiku burnout v pomáhajúcich profesiách (sociálni pracovníci, opatrovatelia, lekári a zdravotné sestry). Vychádzali sme pri tom z teoretických vymedzení problematiky syndrómu vyhorenia, zamerali sme sa na jeho fázy, príznaky, rizikové faktory a neopomenuli sme ani preventívne techniky syndrómu vyhorenia. Z teórií sociálnej práce bola pre nás kľúčová systémová teória, systemický prístup a organizačná teória, nakoľko problematiku syndrómu vyhorenia nie je možné sústrediť len na osobnosť pomáhajúceho pracovníka, ale je potrebné identifikovať aj jeho širšie sociálne prostredie. Z toho dôvodu sme kládli dôraz na pracovné prostredie pomáhajúcich pracovníkov, ktoré sa mnohokrát stáva príčinou vzniku syndrómu vyhorenia.

Pomáhajúca profesia sa podľa odbornej literatúry stáva rizikovou v kontexte syndrómu vyhorenia vďaka jej neustálemu kontaktu s ľuďmi, klientmi/pacientmi. Pracovná spokojnosť môže mať vplyv pre vznik syndrómu vyhorenia na čo poukázali aj vybrané výsledky autorského výskumu. Proces pomáhania sa z nášho pohľadu stáva dynamickým a špecifickým z dôvodu výnimočnosti a individuality každého klienta/pacienta. Neustále zvyšujúce sa požiadavky na výkon pomáhajúcej profesie, požiadavky pre celoživotné vzdelávanie či zanedbané pracovné prostredie môžu viesť k vzniku syndrómu vyhorenia. Na základe toho sa domnievame, že je potrebné stavať na preventívnych opatreniach zo strany organizácie, ktoré môžu výrazne prispieť k ochrane pomáhajúcich pracovníkov. Kvalitný výkon supervízie, správna stimulácia a motivácia pomáhajúcich pracovníkov sa môžu z nášho pohľadu stať jedným z kľúčových preventívnych faktorov zo strany organizácie ku pomáhajúcim pracovníkom.

Zoznam bibliografických odkazov

ACKER, G. M. Burnout Among Mental Health Care Providers. *Journal of Social Work*, 2011, **12**(5), 475–490, ISSN 1468-0173.

ALLEN, R. I., LAMBERT, E. G., PASUPULETI, S. CLUSETOLAR, T., and L. A. VENTURA. The Impact of Job Characteristics on Social and Human Service Workers. *Social & Society*, 2004, **2**(2), 173–188. ISSN 1613-8953.

ANDRÁŠIOVÁ, M. Syndróm vyhorenia v lekárskej praxi, možnosti jeho zvládania a prevencie. *Via Practica*, 2006, **3**(12), 559–561. ISSN 1336-4790.

ATKINSON, R., L. et al. *Psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

BALOGOVÁ, B. a E. ŽIAKOVÁ. *Vademecum sociálnej práce*. Terminologický slovník. Košice: UPJŠ FF Košice, 2017. ISBN 978-80-8152-483-7.

BALOGOVÁ, B. *Svet seniora – senior vo svete*. Prešov: Acta Facultatis, 2008. ISBN 978-80-8068-814-1.

BALTES, B. B et al. Antecedents of Work Family Conflict. A Meta-Analytic Review. *Journal of Organizational Behavior*, 2011, **32**(5), 689–725. ISSN 1099-1379.

BAŠTECKÁ, B. *Klinická psychologie v praxi*. Portál: Praha, 2003. ISBN 80-7178-735-3.

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

BARTŮŇKOVÁ, S. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.

BAŠTECKÁ, B. a P. GOLDMANN. *Základy klinické psychologie*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-71785-50-4.

BAUMGARTNER, F. a M. FRANKOVSKÝ. K problémom zisťovania stratégií riešenia náročných situácií. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1997, **32**(2), 155–160. ISSN 055- 5574.

BEDRNOVÁ, E. a I. NOVÝ et al. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 2002. ISBN 80-7261-064-3.

BEDRNOVÁ, E. et al. *Management osobního rozvoje*. Praha: Management Press, 2009. ISBN 978-80-7261-198-0.

BEEHR, T. A. et al. Work Stressors and Coworker Support as Predictors of Individual Strain and Job Performance. *Journal of organizational behavior*, 2000, **21**(4), 391–405. ISSN 1099-1379.

BÉREŠOVÁ, A. Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkoch. *Zdravotníctvo a sociálna práca*, 2006, **1**(1), 18–22. ISSN 1336- 9326.

BLATNÝ, M. et al. *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy*. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. ISBN 978-80-247-3434-7.

BLATNÝ, M. a Z. ADAM. Osobnost typu C (cancer personality): současný stav poznatkú a implikace pro další výzkum. *Vnitřní lékařství*, 2008, **54**(6), 638–645. ISSN 0042-773X.

BORRITZ, M. et al. Burnout as Predictor of Self-Reported Sickness Absence Among Human Service Workers: Prospective Findings From Three Years Follow up of the PUMA Study. *Occupational and Enviromental Medicine*, 2006, **63**(2), 98–106. ISSN 1470-7926.

BOTTOVÁ, M. *Prevencia, zásady a ciele. Na čo zamerať pozornosť*. Drogový informačný portál [online]. 2008. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: http://www.infodrogy.sk/index.cfm?module=ActiveWeb&page=WebPage&DocumentID=3402.

CHAMBERLIN, M. J. A & H. J. GREEN. Stress and Coping Strategies Among Firefighters and Recruits. *Journal of Loss and Trauma*, 2010, **15**(6), 548–560. ISSN 1532- 5032.

CHIRICO, F. Job Stress Models for Predicting Burnout Syndrome: A Review. *Annali Dell'istituto Superiore Di Sanita*, 2016, **52**(3), 443–456. ISSN 0370-5811.

COOPER, F. *Professional Boundaries in Social Work and Social Care*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2012. ISBN 978-1-84905-215-3.

COYLE, D. et al. A Systematic Review of Stress Among Mental Health Social Workers. *International Social Work*, 2005, **48**(2), 201–211. ISSN 0020-8728.

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

ČELEDOVÁ, L. *Posudkové lékařství*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1869-2.

ČERNÝ, V. *Jak překonat stres*. Brno: Computer Press, 2006. ISBN 80-251-1003-6.

DANIEL, J. Žáťaž a jej zvládanie v profesii učiteľa. *Pedagogická revue*, 2002, **54**(1), 33–46. ISSN 1335-1982.

DAY, A. L. & H. A. Livingstone. Chronic and Acute Stressors Among Military Personnel: do Coping Styles Buffer Their Negative Impact on Health?
Journal of Occupational Health Psychology, 2001, **6**(4), 348–360. ISSN 1939-1307.

DEMMER, C. Burnout: The Health Care Worker as Survivor. *The AIDS Reader*, 2004, **14**(10), 522–537. ISSN 1053-0894.

DENOLLET, J. DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity. Social Inhibition and Type D Personality. *Psychosomatic Medicine*, 2005, **67**(1), 89–97. ISSN 0033-3174.

DIMUNOVÁ, L. a I. NAGYOVÁ. Vzťah medzi syndrómom vyhorenia a dĺžkou praxe u sestier a pôrodných asistentiek na Slovensku. *PROFESE ON-LINE recenzovaný časopis pro zdravotnické obory*, 2012, **V**(4), 1–4. ISSN 1803-4330.

DROTÁROVÁ, E. *Psychologická revue I*. Prešov: Facultas Studiorum Humanitatis et Naturae, 2006. ISBN 80-8068-507-X.

ĎURICIVÁ, L. Burnout syndróm a jeho súvislosti. *Vzdelávanie dospelých*, 2007, **XII**(4), 19–29. ISSN 1335-2350.

EMMEROVÁ, I. Prevencia drogových závislostí. In: HRONCOVÁ, J. a B. KRAUS et al. *Sociálna patológia pre sociálnych pracovníkov a pedagógov*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2006, s. 87–92. ISBN 80-8083-223-4.

ERIKSSON, M. Social Capital and Health – Implications for Health Promotion. *Global Health Action*, 2011, **4**(10), 1–21. ISSN 1654-9880.

FARBER, B. A. Introduction: Understanding and Treating Burnout in a Changing Culture. *Psychotherapy in Practice*, 2000, **56**(5), 589–594. ISSN 1520-6572.

FARBER, B. A. Treatment Strategies for Different Types of Teacher Burnout. *Journal of Clinical Psychology*, 2000, **56**(5), 675–689. ISSN 1085-2153.

FAIT, T., M. VRABLÍK a R. ČEŠKA. *Preventívni medicína*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-160-8.

FERJENČÍK, J. a M. BOSÁKOVÁ. *Riadenie ľudských zdrojov*. Bratislava: Vydavatlstvo Ekonóm, 2001. ISBN 80-225-1413-6.

FONTANA, D. *Stres v práci a v životě. Jak ho pochopit a zvládat*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1033-7.

FRADELOS, E. et al. Burnout Syndrome Impacts on Quality of Life in Nursing Professionals: The Contribution of Perceived Social Support. *Progress In Health Sciences*, 2014, **4**(1), 102–109. ISSN 2083-6260.

FRANĚK, M. a VEČEŘA, J. Personal Characteristics and Job Satisfaction. *Ekonomie a Management*, 2008, **11**(4), 63–76. ISSN 1212-3609.

FRK, V. Kvalita života a kvalita pracovného života. In: Kredátus, J. a A. Tokárová. *Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou: Kvalita života*

a ľudské práva v kontextoch sociálnej práce a vzdelávania dospelých. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2002, s. 436–445. ISBN 80-8068-088-4.

GABURA, J. a J. PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-85850-10-9.

GAZIOGLU, S. & A. TANSEL. Job Satisfaction in Britain: Indiviual and Job related Factors. *Applied Economics*. 2006, 38(10), 1163–1171. ISSN 0003-6846.

GAZDÍKOVÁ, K. 2017. Syndróm vyhorenia u zdravotníckych pracovníkov. *Via practica*. 2017, **14**(4), 178–185. ISSN 1336-4790.

GÁBOROVÁ, Ľ. a Z. GÁBOROVÁ. *Človek v sociálnom kontexte*. Prešov: LANA, 2007. ISBN 80-969053-8-4.

GÁBOROVÁ, Ľ. *Sociálna psychológia pre učiteľov*. Prešov: Prešovská univerzita, 2003. ISBN 80-806-8179-1.

GLADKIJ, I. a Z. KOLDOVÁ. *Propedeutika sociálního lékařství*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-1120-2.

GODDEN, J., *BASW/CoSW England Research on Supervision in Social Work, with Particular Reference to Supervision Practice in Multidisciplinary Teams* [online]. 2011 [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: http://cdn.basw. co.uk/upload/basw_1 3955-1.pdf

GUERRERO BARONA, E. Análisis Pormenorizado de los Grados de Burnout y Afrontamiento del Estrés Docente en Profesorado Universitario. *Anales de psicologia*, 2003, **19**(1), 145–158, ISSN 0212-9728.

GULAP, B., KARCIOGLU, O., SARI, A., & KOSEOGLU, Z. Burnout: Need Help? *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*, 2008, **3**(32), 239–242, ISSN 10-1186.

HAGEMANN, W. *Syndrom vyhoření u učitelů. Příčiny, pomoc, terapie*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-741-4364-9.

HALM, M. et al. Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Emotional Exhaustion, and Job Dissatisfaction. *Clinical Nurse Specialist*, 2005, **19**(5), 241–251. ISSN 1538-9782.

HANGONI, T. Prístupy sociálneho pracovníka ku klientovi. In: ONDRUŠOVÁ, Z. et al. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD, 2009, 80–81. ISBN 978-80-7392-109-5.

HANULIAKOVÁ, J. et al. *Stratégie tvorby bezpečnej školy*. Praha: Martin Koláček E-knihy jedou, 2016. ISBN 978-80-7512-709-9.

HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HATOKOVÁ, M. Psychologické aspekty starostlivosti o ťažko chorého a zomierajúceho. *Onkológia*, 2007, **2**(2), 112–115, ISSN 1339-4215.

HLADIK, J. Design and Development of a Multicultural Competence Scale in Helping-Profession Students. *Asian Social Science*, 2014, **10**(9), 162–170, ISSN 1911-2017.

HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. ISBN 978-80-7429-331-3.

HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 89-7184-889-1.

HUBER, J., H. BANKHOFER a E. HEWSON. *30 způsobů jak se zbavit stresu*, 2006. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2486-7.

HUDECOVÁ, A. et al. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta Univerzity Mateja Bela, 2010. ISBN978-80-557-0112-7.

HUDNALL STAMM, B. *The ProQOL Manual*. [online]. 2005. [cit. 2018-02-22]. Dostupné z: http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf

HUPKOVÁ, I. a K. BOHUŠOVÁ. Kultúrno-osvetová práca a vybrané aspekty sociálnej prevencie. In: STRIEŽENEC, Š. *Súčasný stav sociálnej práce na Slovensku a perspektívy jej rozvoja. Zborník materiálov z prvej celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej v dňoch 27.-28. mája 1999 v Bratislave*. Bratislava: PF UK, 2002, s. 36–45. ISBN 80-88868-80-7.

JAHN, P. *Slušnosť, zdvorilosť, takt a etiketa* [online]. 2013 [cit. 2016-12-20]. Dostupné z: http://www.mba-strategy.sk/files/Dokumenty/etiketa.pdf

JANÁČKOVÁ, L. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 80-7387-179-6.

JANÍKOVÁ, M. Burnout - úskalie práce s ľuďmi. Prevencia a zvládanie syndrómu vyhorenia. *Nezamestnanosť a sociálna politika,* 2010, 7(5), 33–42. ISSN 1336 5053.

JANKE, W. a G. ERDMANNOVÁ. *Strategie zvládaní stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum, 2003. ISBN 80-86471-24-1.

JEKLOVÁ, M. a E. REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

JOBÁNKOVÁ, M. et al. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2002. ISBN 80-7013-365-1.

KAČMÁROVÁ, M. a M. KRAVCOVÁ. Zdroje stresu a stratégie zvládania v učiteľskej profesii. In: *Medzinárodná vedecká elektronická konferencia pre doktorandov,*

vedeckých pracovníkov a mladých vysokoškolských učiteľov. Prešov: Fakulta humanitných a prírodných vied, Prešovská univerzita, 2011, s. 215–223. ISBN 978-80-555-0482-7.

KADUSHIN, A. & D. HARKNESS. *Supervision in Social Work*. New York & Chichester, West Sussex: Columbia University Press, 2002. ISBN 0-231-12094-X.

KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80 -7367-299 -7.

KAMDRON, T. Work Motivation and Job Satisfaction of Estonian Higher Officials. *International Journal of Public Administration*, 2005, **28**(13-14), 1211–1240. ISSN 0190-0692.

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ. Současné sociální změny, jejich dusledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*, 2013, **LVII(4)**, 329–341. ISSN 0009-062X.

KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. Bratislava: SZU, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KNEZOVIČ, R. et. al. Vliv rodinného prostředí na zdravý životní styl a compliance. *Sestra*. 2010, **20**(12), 26–27. ISSN 1210-0404.

KOHÚTOVÁ, K. *Teoreticko-metodologické východiská problematiky syndrómu vyhorenia v kontexte kvality života*. Ružomberok: VERBUM, 2017. ISBN 978-80-561-0465-1.

KOKKINOS, C. Factor Structure and Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory – Educators Survey Among Elementary and Secondary School Teachers in Cyprus, Stress and Health. *Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 2006, **22**(1), 25–33. ISSN 1532-2998.

KOLLÁRIK, T. *Sociálna psychológia práce*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2002. ISBN 80-223-1731-4.

KONČEKOVÁ, Ľ. *Vývinová psychológia*. Prešov: Vydavateľstvo Michala Vaška, 2010. ISBN 978-80-7165-811.5.

KONDÁŠ, O. et al. *State z klinickej psychológie*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, Filozofická fakulta, 2002. ISBN 80-9681-914-3.

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

KOTRADYOVÁ, K. a P. KALANIN. *Rezidenciálna starostlivosť a jej formy*. Ružomberok: Edičné stredisko Pedagogickej fakulty, 2008. ISBN 978-80-8084-284-0.

KRASKA-LÜDECKE, K. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-2471-833-0.

KRATOCHVÍL, S. *Základy psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-7367-122-0.

KRISTOVÁ, J. *Komunikácia v ošetrovateľstve*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-160-4.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Horieť, ale nevyhorieť.* Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo, 2012. ISBN 978-80-8135-003-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-2470-179-0.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.

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

KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada, 1994. ISBN 80-7169-121-6.

KULIFAJ, P. et. al. *Základy sociálnej práce s mládežou ohrozenou extrémizmom a radikalizáciou. Metodická príručka pre sociálnych pracovníkov a pracovníkov s mládežou* [online]. 2016. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: http://rideproject.eu/media/Zaklady-soc-prace-extremizmus-radikalizmus_final_v2.0.pdf.

KUMAR, S. Burnout in Psychiatrists. *World Psychiatry*, 2007, **6**(3), 186–189. ISSN 2051-5545.

LAPOINTE, M. C. a S. PERREAULT. Motivation: understanding leisure engagement and disengagement. *Society and Leisure*, 2013, **36**(2), 136–144. ISSN 1705-0154.

LAU, P., M. YUEN & R. CHAM. Do Demographic Characteristics Make a Difference to Burnout Mong Hong Kong Secondary Schol Teachers? *Social Indicator Research*, 2005, **71**(1/3), 491–516. ISSN 1573-0921.

LAZARUS, R. S., & S. FOLKMAN. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN 0-8261-4191-9.

LEVICKÁ, J. *Metódy sociálnej práce*. Bratislava: SPN, 2007. ISBN 978-80-10-00959-6.

LEVICKÁ, J. et al. *Sociálna práca*. Trnava: Oliva, 2007. ISBN 978-80-9694-542-9.

LEVICKÁ, J. *Teoretické aspekty sociálnej práce*. Trnava: Prosocio, 2002. ISBN 80-89074-39-1.

LEVICKÁ, J. a K. LEVICKÁ. *Kľúčové témy v profesijnej etike sociálnej práce*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, 2015. ISBN 978-80-80882-942-1.

LIBA, J. *Zdravie, drogy, drogová prevencia. Terminologický a výkladový slovník*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, Pedagogická fakulta, 2016. ISBN 978-80-555-1556-4.

LLOYD, M. B. R. *Communication Skills for Medicine*. London: Churchill Livingstone, 2004. ISBN 978-07-020-4203-4

LUCKÁ, Y. a L. KOBRLE. Syndrom vyhoření, práce s ním a jeho prevence. In: VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002, 359–366. ISBN 80-7178-696-9.

LUKÁČOVÁ, L, ŠIŇANSKÁ, K. a A. BAŠISTOVÁ. Komunikácia ako zdroj poznania a základný nástroj v činnosti sociálneho pracovníka. In: BALOGOVÁ, B. a L. BARTKOVÁ. *Sociálny výskum – nekonečná hra ideí a dôkazov? Zborník príspevkov zo VI. doktorandskej konferencie konanej 3. novembra 2015 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, FF, Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2016, s. 74–81. ISBN 978-80-5551-642-4.

LUDEWIG, K. *Základy systemické terapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-2473-521-4.

LÜDECKE, K. K. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1833-0.

MACEK, Z. Systemický přístup. In: MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007, 222–225. ISBN 978-80-7367-331-4.

MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2715-8.

MALIN, N. *Professionalism, Boundaries and the Workplace*. London: Routledge, 2001. ISBN 978-04-151926-2-0.

MARCELINO, G., CERVEIRA, J. M., and I. CARVALHO et al. Burnout Levels Among Portuguese Family Doctors: A Nationwide Survey. *BMJ Open*, 2012, **2**(3), 1–6. ISSN 2044-6055.

MAREŠ, J. Nevyužívaní či odmítaní sociální opory. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2001, **36**(3), 214–224. ISSN 0555-5574.

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

MASLACH, CH., W. B. SCHAUFELI, & M. P. LEITER. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001, **52**(1), 397–442. ISSN 0066-4308.

MASLACH, CH. & S. JACKSON. *The Maslach Burnout Inventory*. [online]. [4. 2. 2017] Dostupné z: http://www.statisticssolutions.com/maslach-burnout-inventory-mbi/

MATHIEU, F. *Transforming Compassion Fatigue into Compassion Satisfaction: Top 12 Self-Care Tips for Helpers* [online]. 2007 [5. 3. 2017]. Dostupné z: http//www.compassionfatigue.org/pages/Top12SelfCareTips.pdf

MATIS, J. *Spôsob života a životný štýl*. Liptovský Mikuláš: LIA, 2002. ISBN 80-968719-6.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O. a P. HARTL. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In: Matoušek, O. a kol. *Metódy a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008, s. 51–56. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O., P. KODYMOVÁ a J. KOLÁČKOVÁ. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MÁTEL, A. Prevencia sociálna. In: BALOGOVÁ, B. a E. ŽIAKOVÁ. *Vademecum sociálnej práce*. Terminologický slovník. Košice: UPJŠ FF Košice, 2017, s. 96–97. ISBN 978-80-8152-483-7.

MÁTEL, A. a M., HARDY et al. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce II.* Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2014. ISBN 978-80-971445-3-1.

MELGOSA, J. *Zvládni svoj stres*. Vrútky: Advent – Orion, 1998. ISBN 80-8871-981-X.

MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. *Zamestnanci v sociálnych službách*. [online]. [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/otazky-opovede/vseobecne-otazky/nova-web-stranka.html.

MINIRTH, F. *Jak překonat vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2011. ISBN 978-80-7255-252-8.

MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. ISBN 978-80-7368-951-3.

MOOSLER, G. *Ausprägung von Burnout bei Krankenpflegepersonal*. Graz:

Interuniverzitären Kolleg fur Gesundheit und Entwicklung. [online]. 2006. [cit. 2018-02-09]. Dostupné z: http://www.pflegeportal.ch/pflegeportal/pub/Auspraegung_von Burnout_Masterarbeit 1076_1.pdf

MOROVICSOVÁ, E. et al. *Komunikácia v medicíne*. Bratislava: UK, 2014. ISBN 978-8-022-33620-8.

MYDLÍKOVÁ, E. *Manažment v sociálnej práci*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. ISBN 80-89185-04-5.

NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (NASW). Professional Self Care Policy. *Social Work Speaks: National Association of Social Workers Policy Statements 2009 –2012*. Washington, DC.: NASW, 2009. ISBN 978-0-87101-384-2.

NEŠPOR, K. Prevence profesionálního stresu a syndromu vyhoření. *Medicína pro praxi*, 2007, **4**(9). ISSN 371–373.

O'CONNOR, I. et al. *Social Work and Social Practice.* London: Pearson education, 2006. ISBN 0-7169-4062-6.

OSHA. Psychosociálne riziká a stres pri práci. *Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci* [online]. 2007. [cit. 2017-03-17]. Dostupné z: https://osha.europa.eu/sk/themes/psychosocial-risks-and-stress.

PAČESOVÁ, M. *Lékař, pacient a Michael Balint*. Praha: Triton, 2004. ISBN 80-7254-491-8.

PAULÍK, K. et al. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7042-690-X.

PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovateľstva v kocke*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1918-4.

PEŠEK, R. a J. PRAŠKO. *Syndrom vyhoření – jak se prací a pomáhaním druhým nezničit: Pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-881-6300-8.

PETERSON, M., & R. E. SMEREK. Examining Herzberg´s Theory: Improving Job Satisfaction among Non Academic Employess at a University. *Research in Higher Education*, 2007, **48**(2). ISSN 223-250.

PETLÁK, E. a A. BARANOVSKÁ. *Stres v práci učiteľa a syndróm vyhorenia*. Bratislava: Wolters Kluwers, 2016. ISBN 978-80-8168-450-0.

PIERSON, J. & M. THOMAS. *Dictionary of Social Work*. Glasgow: Harper Collins Publishers, 2002. ISBN 0-00-714396-6.

PLAMÍNEK, J. *Sebepoznání, sebeřízení a stres. Praktický atlas sebezvládaní*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4751-4.

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1387-3.

POHLOVÁ, L., KOZÁKOVÁ, R. a D. JAROŠOVÁ. Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. *Praktický lékař*, **91**(5), 2011, 274–277. ISSN 0032-6739.

POSCHKAMP, T. *Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence*. Praha: Albatros Media a.s., 2013. ISBN 978-80-266-0161-6.

PRIEß, M. *Jak zvládnout syndrom vyhoření. Najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-5394-2.

PRŮCHA, J. *Multikulturní výchova. Teorie. Praxe. Výzkum*. Praha: ISV, 2001. ISBN 80-85866-72-2.

PTÁČEK, R. et al. *Burnout syndrom jako mezioborový jev*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.

PTÁČEK, R. a L. ČELEDOVÁ et al. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1998-9.

QUISOVÁ, S. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2009. ISBN 978-80-7248-551-2.

RAUBER, M., M. BILBAN, and R. STARC. Stres na Delovnem Mestu in Variabilnost Srčne Frekvence. *Zdravniški vestnik*, 2015, **84**(1), 47–58. ISSN 1581-0224.

RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-2223-8.

REAMER, F. Boundary issues in social work: Managing dual relationships. *Social Work*, 2003, **48**(1), 121–133. ISSN 545-6846.

RHOADES, L. & R. Eisenberger, R. Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 2002, **87**(4), 698–714. ISSN 1939-1854.

RICHARDS, M. *Stres. Kapesní příručka tipů a technik, jak zvládat stres a pozitivně ho využít*, 2006. Praha: Portál. ISBN 80-7367-082-8.

RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2004. ISBN 80-7255-074-8.

RYMEŠ, M. Osobnost a práce. In: Štikar, J. et al. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2003, s. 89–136. ISBN 80-246-0448-5.

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

SHRM. A Survey Report by the Society for Human Resource Management. *2009 Employee Job Satisfaction: Understanding the Factors that Make Work Gratifying*

[online]. 2009. [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: http://www.workcompprofessionals.com/advisory/archive-0000/09satisfaction.pdf

SCHARPNER, M. et al. *Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie. Princípy sociálnej práce*. Dolný Kubín: Vydavateľstvo Peter Huba, 1999. ISBN 80-88803-28-4.

SCHAUFELI, W. B. & BAKKER, A. B. Job Demands, Job Resources, and Their Relationship with Burnout and Engagement: a Multi-sample Study. *Journal of Organizational Behavior*, 2004, **25**(3), 293–315. ISSN 1099-1379.

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

SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-312-9 .

SCHNITZEROVÁ, E. a I. ANTONIČOVÁ. Sociálna práca a prevencia drogových závislostí. In: BUGRI, Š., P. JURIŠ a E. PRIBIŠOVÁ. *Sociálna práca, ošetrovateľstvo a verejné zdravotníctvo v regióne východného Slovenska*. Prešov: Harlequin, 2013, s. 52–57. ISBN 978-80-89082-39-1.

SCHREIBER, V. *Lidský stres*. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0240-5.

SIGMUND, M., J. KVINTOVÁ a M. ŠAFÁŘ. Vybrané *kapitoly z manažerské psychologie pro studenty kinantropologických oborů*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2014. ISBN 978-80-244-4372-0.

SIRGY, M. J. et al. A New Measure of Quality of Work Life (QoWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research*, 2001, **55**(3), 241–302, ISSN 1573-0921.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3.

SPILIOPOULOS, K. et al. Chronic Stress and Coping Among Cardic Surgeons: A Single Ceneter Study. *The Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 2014, 29(3), 308–315. ISSN 1678-9741.

STOCK, CH. *Burnout. Erkennen und verhindern*. Freiburg: Haufe Lexware, 2010. ISBN 978-34-4810-145-4.

STRIEŽENEC, Š. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. ISBN 80-967589-0-X.

STUCHLÍKOVÁ, I. *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál, 2007. ISBN 80-736-7282-0

SVITKO, J. *Stres, nespavost a deprese*. Bratislava: ARIMES, 2006. ISBN 80-89227-35-X.

SVOBODA, M., E. ČEŠKOVÁ a H. KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie pro psychology a speciální pedagogy*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-154-9.

ŠLOSÁR, D. Teórie sociálnej práce. In: ŽIAKOVÁ, E. et al. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: UPJŠ Košice, 2012, s. 26-77. ISBN 978-80-7097-870-2.

ŠTENCL, J. Syndróm vyhorenia ako sociálnopsychologický problém. In: *Zborník Komplexná starostlivosť o človeka v hraničných situáciách*. Prešov: Fakulta Zdravotníctva a sociálnej práce bl. P. P. Gojdiča, 2005, 227–228. ISBN 80-969449-1-6.

ŠTUDENTOVÁ, K. *Burnout neboli syndrom vyhoření*. Praha: Maxdorf s.r.o., 2016. ISBN 987-80-7345-520-0.

TAKEDA, F. ed al. The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *Journal of Occupational Health*, 2005, **47**(2), 119–125. ISSN 1348-9585.

TEMPLETON, M. & J. SATCHER. Job Burnout Among Public Rehabilitation Counselors. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 2007, **38**(1), 39–45. ISSN 0047-2220.

TOKÁROVÁ, A. et al. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 2003. ISBN 80-968367-5-7.

TRUCHOT, D. & M. DEREGARD. Perceived Inequity, Communal Orientation and Burnout: The Role of Helping Models. *Work and stress*, 2001, **15**(4), 347–356. ISSN 0267-8373.

TRUCHOT, D. et al. Communal Orientation May Not Buffer Burnout. *Psychological Report*, 2000, **86**(3), 872–878. ISSN 0033-2941.

TRUCKENBRODT, N. Stres? Neznám! Praha: Grada, 2006. ISBN 80-24716-88-7.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon, 2005. ISBN 80-86429-36-9.

VASKA, L. *Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov.* Bratislava: IRIS – Vydavateľstvo a tlač s.r.o., 2012. ISBN 978-80-89238-70-5.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-7178-80-23.

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

VOKURKA, M. a J. HUGO et al. *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-058-5.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-740.

VÝROST, J. a I. SLAMĚNÍK. *Aplikovaná sociální psychologie*. Praha: Grada Publishing, 2001. ISBN 80-2470-042-5.

WALLACE, C., PICHLER, F., and B. C. HAYES. *First European Quality of Life Survey: Quality of Work and Life Satisfaction*.Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2007. ISBN 92-897-0972-3.

WEBB, K. Motivating Peak Performance: Leadership Behaviors that Stimulate Employee Motivation and Performance. *Christian Higher Education*, 2007, **6**(1), 53-71. ISSN 1539–4107.

WILSON, J., CHUI, W. H. *Social Work and Human Services Best Practice*. Annandale, N.S.W: Federation Press, 2006. ISBN 1-86287-599-5.

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.

ŽIAKOVÁ, E. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov: Pavol Šidelský – Akcent Print, 2005. ISBN 80-969274-2-6.

ŽIAKOVÁ, E. Cesta sociálneho pracovníka k zmyslu jeho práce. In: Žiaková, E. a D. ŠLOSÁR. *Sociálna práca – cesta k zmyslu života. Košické dni sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0282/12 Interdisciplinárna analýza zmyslu života a jeho komponentov v sociálne významných skupinách adolescentov z hľadiska jeho formovania a možnej intervencie*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ Košice, 2013, s. 6–19. ISBN 978-80-8152-012-9.

ŽIAKOVÁ, E. et al. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: UPJŠ Košice, 2012. ISBN 978-80-7097-870-2.

ŽIAKOVÁ, E. a B. BALOGOVÁ. Vonkajšia a vnútorná motivácia k štúdiu sociálnej práce. In: BALOGOVÁ, B. a E. KLIMETOVÁ. *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie konanej v dňoch 26.-27. apríla 2012 v Prešove*. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, FF, Inštitút edukológie a sociálnej práce, 2012, s. 158–167. ISBN 978-80-555-0613-5.

Rizikové a preventívne faktory syndrómu vyhorenia v pomáhajúcich profesiách

Vedecká monografia

Autori:

Mgr. Lenka Lukáčová, prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.

Vydavateľ: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Umiestnenie: www.unibook.upjs.sk

Rok vydania: 2018

Dostupné od: 23.08.2018

Rozsah strán: 89

Rozsah: 4,45 AH

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-8152-634-3