

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní sociální práce

Jana Kobzová

*Rizikové faktory vedoucí k syndromu vyhoření u
pracovníků v Centru pro osoby s mentálním
postižením Pomněnka.*

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Jana Paloušková

2018

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl/a v seznamu literatury.“

.....
Místo a datum

.....
Podpis autora práce

Poděkování

Děkuji Mgr. Janě Palouškové za odborné vedení práce a za cenné rady. Rovněž děkuji všem respondentům výzkumu za vstřícnost a ochotu zapojit se do výzkumu.

Obsah

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST PRÁCE	7
1. SYNDROM VYHOŘENÍ A JEHO RIZIKA U PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	7
1.1. Charakteristika syndromu vyhoření.....	8
1.2. Faktory vedoucí k syndromu vyhoření	13
1.3. Prevence syndromu vyhoření.....	15
1.4. Léčba syndromu vyhoření.....	16
2. SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	19
2.1. Historie péče o osoby s mentálním postižením.....	19
2.2. Současný stav sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením	22
2.3. Specifika práce s osobami s mentálním postižením.....	25
2.4. Jak se při práci s osobami s mentálním postižením bránit vůči syndromu vyhoření.....	28
3. CENTRUM POMNĚNKA	32
3.1. Centrum sociálních služeb Pomněnka, z. ú.	32
3.2. Základní charakteristika Centra Pomněnka.....	33
3.3. Personální struktura služby.....	35
3.4. Specifikace cílové skupiny uživatelů.....	37
3.5. Prostorové uspořádání služby a pracovišť	37
3.6. Vzdělávání pracovníků.....	39
3.7. Prevence syndromu vyhoření v Centru Pomněnka.....	41
4. VÝZKUMNÁ ČÁST PRÁCE	44
4.1. Metodologie	44
4.2. Výsledky analýzy dat.....	49
4.3. Diskuze shrnující závěry	65
ZÁVĚR	68
SEZNAM LITERATURY	70
Monografie	70
ČLÁNKY	72
INTERNETOVÉ ZDROJE	73
Legislativní dokumenty	73
PŘÍLOHY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘÍLOHA Č. 1 – PERSONÁLNÍ STRUKTURA SOCIÁLNÍ SLUŽBY	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

Úvod

„Opakem ztráty smyslu je tázání se po moudrosti. Moudrost znamená žít v určitém nadějném duchu.“

Jaro Křivohlavý

Ztráta smyslu ve vlastní práci a jednání může být jednou z definicí syndromu vyhoření. Současná doba je plná stresu a strachu z budoucnosti. Jako děti se již na základní škole rozhodujeme o našem dalším směřování, na středních a vysokých školách se připravujeme na vstup do života a na začátek naší pracovní kariéry. S nadšením nastupujeme do zaměstnání plni nových nápadů a ideálů a neuvědomujeme si, že vše může zmizet během lusknutí prstů. Pracovní nadšení se může rychle změnit v nechuť, naše nápady a ideály ve stereotyp, práce se stává pouze naší obživou. Již nás nezajímají osudy osob kolem nás, jediný světlý ostrůvek v našem životě je konec pracovní směny.

Syndrom vyhoření je strašákem dnešní doby, proto jsem se ve svojí práci zaměřila především na odhalení jeho rizik. Během mojí pracovní kariéry jsem se jen málokdy setkala s prevencí syndromu vyhoření, ve většině případů jsem se setkávala s odmítavým postojem pracovníků „mě se to vůbec netýká, já vyhořet nemůžu.“ Pracovníci i vedení různých sociálních služeb ignorovali varovné signály u sebe i u kolegů, nedodržovali žádné ze zásad prevence této hrozby. Častým problémem u pracovníků je také stud, nechtějí o svých problémech mluvit ani s kolegy, se svými vedoucími a na supervizích raději svorně mlčí a klopí oči, aby na nich náhodou někdo nepoznal, že zrovna on má nějaký problém.

Cílem této práce je zjistit, jaká rizika vedoucí k syndromu vyhoření vnímají ve svojí práci zaměstnanci v Centru Pomněnka. Dílčím cílem práce je návrh zmírnění těchto rizik. Tento cíl jsem se pokusila splnit za pomoci kvalitativního výzkumu.

Rizika syndromu vyhoření mohou být různě vážná, některá odstranitelná, některá se dají pouze zmírnit. Je však dobré si tato rizika uvědomit a pracovat s nimi, jak účinnou prevencí, popřípadě úpravou pracovního prostředí, tak tím abychom tato rizika zmírnili či úplně eliminovali. Ve své práci jsem se zaměřila na odhalení těchto rizik v Centru pro osoby s mentálním postižením Pomněnka. Dle mého názoru je velice důležité hlouběji

poznat rizika z pohledu pracovníků dané sociální služby a upozornit je samotné na plíživý nástup vyhoření, kterému se dá předcházet účinnou prevencí.

V teoretické části práci popisuji samotný jev – syndrom vyhoření, jeho prevenci, léčbu, rizikové faktory a výskyt. Dále popisuji problematiku sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením v České Republice, specifika práce s těmito osobami a zvýšená rizika vycházející z těchto specifik. V poslední části teoretické části práce jsem se zaměřila na popis sociální služby, ve které jsem realizovala výzkum. V této části práce je popsána sociální služba, její poslání, prostorové zařízení, pracovní pozice a další informace potřebné k ucelení pohledu na výzkum.

V praktické části jsem provedla výzkum za pomoci kvalitativního výzkumu, ve kterém jsem se zaměřila na rizikové faktory vyskytující se v Centru pro osoby s mentálním postižením Pomněnka. Během výzkumu jsem pomocí ohniskové skupiny a individuálních rozhovorů s respondenty zjišťovala, jaká rizika v práci spatřují přímo pracovníci přímé péče.

Teoretická část práce

V teoretické části diplomové práce se věnuji především vymezení pojmů souvisejících s problematikou a uvedení čtenáře do problematiky syndromu vyhoření a systému sociálních služeb určených pro osoby s mentálním postižením. Syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách, a nejen u nich, je velkým tématem současné doby, kdy jsou kladeny velké nároky na pracovníky a na jejich nasazení. Teoretická část této práce má za úkol čtenáře do této problematiky uvést a vysvětlit základní pojmy potřebné k výzkumu.

1. Syndrom vyhoření a jeho rizika u pracovníků v sociálních službách

Syndrom vyhoření je aktuální téma ve všech profesích, ve kterých pracujeme s lidmi. Pojem syndrom vyhoření nemá v současné době jednotnou definici. V odborné literatuře najdeme mnoho pojetí této problematiky. Tato pojetí většinou vychází ze ztráty zájmu o pracovní či osobní život, přílišné únavy a vyčerpání pramenící z přemíry stresu.

Zakladatelem konceptu vyhoření je Freudenberg, jenž jej publikoval v roce 1974. Dle jeho poznatků se „*syndrom vyhoření projevuje ve všech oblastech, ve vztahu ke klientům, k zaměstnavateli i mimo profesní život, vyhoření pak způsobuje změny v postojích, citech a osobnosti postiženého.*“ (Maroon, 2012, s. 16).

„*Většina definic se dále shoduje v tom, že vyhoření hrozí zejména těm, kdo své zaměstnání vnímají jako určité poslání, osobně se angažují nad rámec svých povinností a problémy druhých je nenechávají lhostejnými. Dříve nebo později však zjistí, že jejich představy o práci není možné plně realizovat.*“ (Štarková, 2015, s. 30)

Syndrom vyhoření je psychický stav vyznačující se vyčerpáním a celkovou únavou, který tvoří řada různých symptomů jak z psychické, tak ve fyzické a sociální oblasti. Vyskytuje se především u profesí, jejichž náplní je práce s lidmi. (Kebza, Šolcová, 2003, s.7).

Od publikace konceptu syndromu vyhoření vzniklo mnoho výzkumů vztahující se k této problematice, z nichž vychází spousta poznatků. Největší zájem o problematiku syndromu vyhoření se objevoval v 70. A 80. letech minulého století. (Kebza, Šolcová, 2003 s. 4). Jako důležitou interpretaci vnímám například pojetí od Maslachové a

Jacksonové, které definují vyhoření jako jedinečné, odlišné od jiných, stresem způsobených syndromů. V této interpretaci bylo zdůrazněno, že tento syndrom se objevuje u osob s prací, která vyžaduje úzký osobní vztah k lidem. (Maroon, 2012, s. 23).

Syndrom vyhoření je zkoumán v oblasti výzkumu filozoficko–psychologického i psychologicko–medicínského. Zatímco v filozoficko-psychologické linii výzkumu hodnotí syndrom vyhoření na základě různých osobních a životních rysů v životě člověka, v psychologicko-medicínském výzkumu je na vyhoření pohlíženo především jako na důsledek působení vnějších vlivů – jedná se především o pracovní a profesní prostředí. (Maroon, 2012, s. 15).

1.1.Charakteristika syndromu vyhoření

Pojem syndrom vyhoření můžeme rozčlenit na dvě slova. Syndrom je soubor určitých příznaků, které spolu souvisí. Vyhoření znamená vypálení, zničení.

Jak bylo již výše uvedeno, syndrom vyhoření je psychický stav, který se vyznačuje především celkovou únavou. *„Vyčerpání, pasivita a zklamání se ve smyslu burnout syndromu se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako burnout bývá popisován stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“* (Kebza, Šolcová. 2003, s. 7).

Akutním syndromem vyhoření označujeme okamžitou reakci na pracovní zátěž například na počátku pracovního procesu pracovníka. Sociální pracovník je z nové práce nadšený, chce pomáhat za každou cenu, dělá práci za ostatní. Časem cítí velkou únavu, jak psychickou tak fyzickou, která se velice rychle zhoršuje. Pracovník nezvládá svoji práci, straní se kontaktu s klienty služeb i s kolegy, dochází k sociálnímu odcizení. K tomuto stavu může dojít během několika málo měsíců. (Stibalová, 2012, s. 20 – 21)

Chronický syndrom vyhoření je náročnější verzí syndromu vyhoření. Přichází většinou po delší práci v pomáhajících profesích po zevšednění práce. Pracovník nevidí ve své práci smysl, připadá si nedoceněný a přechází do stereotypů, pocitů beznaděje a frustrace. (Stibalová, 2012, s. 20 – 21)

Z charakteristiky syndromu vyhoření tedy vychází poznatek, že pracovníci jím postižení jsou vyčerpání, pasivní a zklamání, ztrácejí smysl své práce a nemají zájem o

další kontakt s klienty. V případě tohoto syndromu je důležité, aby se kolegové vnímali navzájem a aby se z akutního syndromu vyhoření nestal chronický.

1.1.1. Příznaky syndromu vyhoření

Příznaky syndromu vyhoření jsou závislé na fázi, v níž se pracovník nachází. Mohou být dočasné, trvalé, mírné, částečné... Příznaky jsou také závislé na vnějších i vnitřních činitelích. Z příznaků syndromu vyhoření se můžeme inspirovat v oblasti jeho prevence a odstraňování jeho rizik.

Většina autorů se shoduje ve výčtu příznaků, které jsou rozdělené do různých skupin. Jako hlavní příznaky jsou uváděny ztráta nadšení, zodpovědnosti, nechut' k práci, negativní postoj sama k sobě i k práci, únik do představ a fantazie, potíže se soustředěním a pocity nedostatku uznání. (Peterková, 2008). Freudenberger v roce 1980 uvedl deset příznaků syndromu vyhoření, které jsou pro něj typické.

- Vyčerpání – pracovník ztrácí svoji energii, s touto ztrátou si nedokáže poradit, protože je zvyklý na elán.
- Odcizení a izolace jako obrana proti bolesti – pracovník sám sebe izoluje od zklamání, zaujímá postoj „je mi to jedno“. Je omezována schopnost člověka pomáhat jiným.
- Prázdnota – je vyvolána především pocity odcizení.
- Netrpělivost – jindy klidný a trpělivý pracovník je roztěkaný, vznětlivý, frustrovaný z důvodu své vlastní nedostatečné výkonnosti. Tento stav je vlastně nekonečná spirála. Čím méně zvládne, tím více je netrpělivý a negativistický, a proto je ještě méně výkonný.
- Dojem vlastní nepostradatelnosti – pracovník má dojem, že nikdo jiný jeho práci nezvládne.
- Nedůvěra – vztek a hádky kvůli nedostatečnému ocenění.
- Paranoia – podezírání ostatních z nesprávného hodnocení, snižování hodnoty jeho práce apod.
- Ztráta cílevědomosti – odcizení od okolí a ztráta kontroly.
- Psychosomatické jevy – bolest hlavy apod.

- Deprese – syndrom vyhoření může vést k depresím. (Maroon., 2012, s. 33)

Kebza a Šolcová rozdělují příznaky vyhoření do tří skupin dle úrovně, v níž se projevuje:

Na psychické úrovni - jsou uvedeny například pocity dlouhého a namáhavého úsilí trvajících příliš dlouho, pocit duševního vyčerpání, utlumení celkové aktivity, deprese, projevy negativismu a pokles zájmu o témata spojené s profesí.

Na fyzické úrovni - objevuje se stav únavy organismu, apatie, ochablost, rychle nastupující únava, bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku a bolesti ve svalech.

Úroveň sociálních vztahů – v této úrovni je ovlivněna především komunikace s kolegy a s klienty samotnými. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 11)

Syndrom vyhoření má také velký dopad na zdraví člověka. Ve výzkumu *Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study* bylo zjištěno že sociální pracovníci trpící syndromem vyhoření mají častěji i přidružené fyzické problémy – bolesti svalů, hlavy, respirační potíže. To může silně ovlivnit jak kvalitu života pracovníka, tak i kvalitu poskytované služby. (Kim, Ji, Kao, 2011, s. 258 – 268)

Komu hrozí syndrom vyhoření?

V této části textu bych ráda popsala profese a typy osob, kterým ve zvýšené míře hrozí syndrom vyhoření.

Rizika syndromu vyhoření vycházejí již ze života v současné společnosti. Souvisejí se vzrůstajícím tempem a nároky na člověka. Riziko syndromu vyhoření však zvyšuje především nutnost čelit neustálému stresu a práce s lidmi. Jsou profese, ve kterých je výskyt syndromu vyhoření vyšší než v jiných. Pozice sociálních pracovníků se nachází na pátém místě v přehledu ohrožených profesí. (Moravcová, 2013, s. 11)

Již od počátků výzkumu syndromu vyhoření bylo jasné, že syndrom vyhoření postihuje osoby především v profesích, ve kterých je pracovníkovou hlavní náplní komunikace a práce s dalšími lidmi. K syndromu vyhoření jsou náchylnější začátečníci, kteří jsou často plni ideálů, lidé žijící sami bez dalších závazků či volnočasových koníčků.

Osoby, kterým hrozí syndrom vyhoření, můžeme rozdělit dle povolání, dle demografických vlivů a dle osobnostních rysů pracovníků ohrožených syndromem vyhoření.

Dle povolání

Syndrom vyhoření ohrožuje především pracovníky v profesích, ve kterých se často setkávají s lidmi. Jedná se o lékaře, zdravotní sestry, psychology, terapeutky, sociální pracovníky, učitele, pracovníky u přepážek, dispečery, policisty, právníky, pracovníky věznic, poradce a informatory. Syndrom vyhoření může ohrozit třeba i duchovní a řádové sestry. (Kebza, Šolcová. 2003, s. 8).

Na základně demografických údajů

Každého z nás ovlivňují demografické skutečnosti, například rodina, věk, vzdělání, délka zaměstnání, subjektivní hodnocení náročnosti práce. Stupeň emocionálního vyčerpání je závislý na subjektivních pocitech pracovníků. Například z výzkumu zaměřeného na zdravotní sestry vyplynulo, že existuje významný vztah mezi vyhořením a rodinným stavem pracovníka. (Pohlová, 2011, s. 274 – 277).

Dle osobnostních rysů pracovníků

Freudenberg rozdělil typy potenciálních obětí vyhoření do tří kategorií. (Maroon, 2012, s. 45)

„Angažovaný, silně citově zainteresovaný pracovník pracuje s vysokým nasazením času a emocionálních zdrojů“ (Maroon, 2012, s. 45) Kompenzace, která je sociálnímu pracovníkovi navracena je však natolik nízká, že se nemůže rovnat jeho vkladu. Pracovník má na sebe velké nároky, které nemůže splnit, a upadá tak do frustrace.

„Pracovník považující práci za prostředek uspokojení vlastních potřeb – čas tráví hlavně na pracovišti, vzdá se sám sebe a mimo práci nemá žádné vztahy.“ (Maroon, 2012, s. 45) U těchto pracovníků se syndrom vyhoření může objevit velice brzy, kvůli absenci jiných, než pracovních vztahů.

„Autoritativní jedinec s potřebou mít vše pod kontrolou“ (Maroon, 2012, s. 45) Nikdo jiný nezvládne práci tak jako já. Pracovník nechce delegovat pracovní povinnosti na kolegy a začíná být rychle unavený až vyčerpáný, navíc ztrácí nad svou prací kontrolu.

1.1.2. Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je postupný proces, který může trvat od pár měsíců až po několik dlouhých let. Jednotlivé fáze vyhoření mají mezi sebou plynulý přechod, který je velice těžké identifikovat. Mnohdy si lidé všimnou uplynulých fází až na konci, když je syndrom vyhoření v konečné fázi.

Fáze nazvali *libánky, nedostatek pohonných hmot, něco se se mnou děje, krize a tlouci hlavou o zed'*.

K popisu rozdělení fází syndromu vyhoření jsem zvolila model, které popsali Edelwich a Brodsky. Tento model jsem zvolila především kvůli podrobnému popisu jednotlivých fází syndromu vyhoření. Považuji jej za velmi výstižný.

Fáze entuziasmu a nadějí

První fáze syndromu vyhoření vzniká v případě, že je pracovník příliš nadšený a nepozná vlastní vnitřní a vnější hranice. Často se také objevuje rozpor mezi očekáváním a skutečností. Pracovník v této fázi neochvějně věří, že vše změní k lepšímu, že napraví spoustu chyb lidí před ním, chce zlepšit život klientům, přijímá jejich potřeby za své. (Maroon, 2012, s. 38)

Fáze stagnace

Pracovník se již značně seznámil s realitou, začíná přehodnocovat svá stanoviska a své ideály. Pracovník zažil již několik zklamání, ale stále vykonává dobře svoji práci. Práce již jej nebaví tolik jako na začátku a začíná přikládat velký význam dříve nepodstatným věcem – plat, možnosti kariérního růstu apod. (Stock, 2010, s. 24)

Frustrace

Pracovník zjistil, jakým způsobem má omezené možnosti a začíná pochybovat o smyslu svojí práce a svého pracovního nasazení. Začíná zpochybňovat své výsledky i význam své práce. Kvůli rozdílu v tom čeho chtěl zpočátku dosáhnout a čeho opravdu dosáhnout lze, vzrůstá jeho zklamání. (Stock, 2010, s. 24)

Apatie

Pracovník, který je frustrovaný z nedostatečných výsledků své práce, již rezignuje. Pokud je práce trvalým zdrojem zklamání dělá pracovník jen to co je nutné. Pracovník se vyhýbá náročným a nepovinným úkolům, osudy klientů jej již nezajímají. (Stock, 2010, s. 24)

Fáze konce

Východiskem je pouze odchod ze zaměstnání či dlouhá dovolená, jiný druh práce vzdělávání nebo alespoň pracovní postup. (Maroon, 2012, s.39)

1.2. Faktory vedoucí k syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je proces, ke kterému směřuje velké množství faktorů ovlivňujících člověka. Tyto faktory na každého člověka působí jinak, zatímco u některých mohou vést k vyhoření, na jiného působí motivačně.

Faktory týkající se osobnosti pracovníka

Mezi specifika pracovníků náchylnějších k vyhoření patří věk (syndrom vyhoření se objevuje především u mladších pracovníků). Dále rodinný stav – svobodný. Také nižší vzdělání (čím vyšší vzdělání má pracovník, tím lépe dokáže rozeznat mantinely a své možnosti) a počet odpracovaných let. (Maroon, 2012, s. 42 – 44)

Stock (2010, s. 42) dělí pracovníky na dva typy. **Typ A** jsou osoby s vysokými ambicemi a smyslem pro povinnost vyznačující se soutěživostí, netrpělivostí, sklony k agresi a perfekcionismem. U osob spadajících do tohoto typu je například infarkt dvakrát častější než u typu druhého. Často se z osob tohoto typu stávají workoholici, kteří se realizují pouze svojí prací, ignorují signály svého těla, než jim dojde síla a dojde k vyhoření. **Typ B** je pravý opak chování osob typu A. Vyznačuje se nízkou agresivitou, soutěživostí, větší trpělivostí a klidem. Je důležité tyto dva typy osobností propojit a vyvážit tak, aby nepřevažoval ani jeden typ.

Z výzkumu *Motivation to Work and the Syndrome of Professional Burnout among Teachers in Latvia* vyplývá fakt, že u mladých učitelů je velice důležitá motivace se kterou práci dělají. Pokud mají silnou motivaci, vyhoření se objevuje minimálně, u pracovníků se špatnou motivací se objevuje častěji. (Dombrovskis, Guseva, Murasovs, 2011, s. 98 – 106)

Podobný závěr vyplývá i z práce zaměřené na souvislost syndromu vyhoření s hodnotovým žebříčkem a prací u osob s mentálním postižením. I v této práci bylo na základě výsledků prokázáno, že pracovníci s velkou motivací a vysokými hodnotami prokazovali nižší míru syndromu vyhoření. (Tartakovsky, E, Gafter-shor, A, & Perelman-hayim, 2014, s. 30)

Faktory vyplývající z pracovního prostředí

Pracovní prostředí je velice důležitým faktorem, který může urychlit nástup syndromu vyhoření. „*Činitelé související s institucí jako takovou odpovídají za vyhoření ve větší míře než osobnost pracovníka*“ (Maroon, 2012, s. 55). Faktory vyplývající z pracovního prostředí popsal Maroon (2012, s. 56 -) následovně:

Byrokracie jako taková se často dává do souvislosti s vyhořením. Za tuto skutečnost může především řada postupů a oficiálních nařízení, spoustu práce, která pracovníkům nedává smysl nebo se provádí zbytečně a nízká účast na rozhodování.

Nedostatek loajality vůči instituci – pracovník, který není loajální k organizaci, není loajální ani k uživatelům. Loajální pracovníci jsou více motivovaní, podporují morálku v organizaci. Neloajální pracovníci bývají často v pracovní neschopnosti, negativně ovlivňují pracovní tým a snižují výkonnost i efektivitu týmu, což může vést k frustraci dalších pracovníků.

Pracovní přetížení jako rizikový faktor vedoucí k syndromu vyhoření je velice často podroben zkoumání. Obecně platí, že čím vyšší je pracovní přetížení, tím větší je riziko vyhoření. Pracovní přetížení můžeme rozdělit na objektivní (zahrnuje měřitelné faktory jako je počet klientů, počet zpráv apod.), subjektivní (pohled na propast mezi vlastními schopnostmi a požadovanou prací ze strany pracovníka), kvantitativní (práce pod časovým tlakem) a kvalitativní (plnění náročných a nezvládnutelných rolí).

Nedostatek autonomie – možnost pracovat samostatně a rozhodovat o věcech dle svého zaměstnance uspokojuje. Pokud nemají možnost ovlivňovat své okolí a jsou neustále nuceni zažívat neúspěch z nedostatku kontroly, upadají pracovníci i do depresí.

Práce nepředstavující výzvu – pokud pracovník necítí ze svojí práce žádnou výzvu, může tato skutečnost přispět k vyhoření díky ztrátě zájmu o práci.

Dle Stocka (2010, s. 37) je důležitým faktorem také kolektiv pracovníků, ve kterém trávíme více času než doma. V nekolegiálním kolektivu se snižuje výkonnost, pracovníci jsou ve stresu a pocítují ohrožení vlastní osoby.

Jako důležitý faktor vedoucí k syndromu vyhoření vnímám i nedostatek zpětné vazby. Může se jednat o formu odměny nebo cílenou zpětnou vazbu, reflexi vlastní práce.

Nedostatek zpětné vazby se objevuje v sociálních službách velice často, nejčastěji pak v sociálním poradenství, kde se již pracovník těžko dozvídá, zda lidem opravdu pomohl.

1.3. Prevence syndromu vyhoření

Reakce na stres a samotný průběh vyhoření probíhá velice individuálně. Záleží na konkrétní osobnosti, na odolnosti a schopnosti vyrovnat se s nepříznivými situacemi. Je důležité vytvořit si vlastní efektivní strategii, která umožňuje najít slabá místa a ochranu před nadměrnou zátěží. (Moravcová, 2013, s. 14).

Dle Křivohlavého (2009, s. 117) je důležité klást důraz na dynamičnost procesu, neautomatičnost reakcí, vědomou snahu a námahu, řídit dění kolem sebe (stress management).

Prevenci syndromu vyhoření můžeme rozdělit na interní – metody zaměřené na osobu ohroženou vyhořením a na externí – zaměřené na úpravu vnějších podmínek napomáhajících k vyhoření. (Křivohlavý, 2009, s. 117)

1.3.1. Interní postupy prevence syndromu vyhoření

Jedná se o tzv. kognitivní přístupy. K jevu vyhoření dochází především tam, kde je osoba příliš úzce zaměřena na cíl – ten je velice úzce definovaný. Tímto cílem může být určitý úkol, idea, osoba.... Lidé, kteří v životě něčeho pořádného dosáhli, většinou přiměřeně riskují, nestanovují si jen cíle svého snažení ale i nástroje jejich dosažení, snaží se být důsledně informováni o výsledcích, plánují svoji práci, mají subjektivní pojem úspěchu. (Křivohlavý, 2009, s. 117 – 118)

„Ukazuje se, že lidé s touto motivací, kteří neberou úspěch za nejvyšší metu svého života, ale chápou jej jako vedlejší produkt své činnosti, jsou poměrně odolnější k psychickému vyhoření“. (Křivohlavý, 2009, s. 118) Je tedy důležité nebrat úspěch za jediný smysl života – jedná se o důležitou prevenci syndromu vyhoření.

V individuální rovině je velice důležitá smysluplnost života a jeho vnímání. Smysluplnost života je jednou z životních potřeb člověka, je však potřeba sestavit si určitý žebříček hodnot, který určuje, kam člověk směřuje.

1.3.2. Externí postupy prevence syndromu vyhoření

Jedním z důležitých způsobů a postupů prevence syndromu vyhoření je sociální opora. Sociální oporou chápeme pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku v zátěžové situaci. „*Sociální opora je považována za jeden z nejdůležitějších externích faktorů pomáhajících lidem neupadnout do stavu vyhoření.*“ (Křivohlavý, 2009, s. 118) Sociální opora je důležitá především pro ty, kteří jsou člověku v tísní nejbližší. Sociální opora je důležitá pro všechny její členy a má za funkci především naslouchání, sociálního zrcadla, uznání, povzbuzování, soucítění, prověřování stavu světa, dělby práce, spolupráce a nezištné pomoci. (Křivohlavý, 2009, s. 93 - 112)

Důležité je i předání zkušeností lidí, kteří se sami pohybovali v oblasti nebezpečí vyhoření či sami tímto procesem prošli.

Jako dalším postupem prevence syndromu vyhoření je úprava pracovního prostředí tak, aby se eliminovala většina stresorů, popřípadě aby byly vyváženy jejich řešeními a benefity z práce vycházejícími. Prevencí syndromu vyhoření je samozřejmě i motivace pracovníků ze strany vedení organizace nejen ve formě peněžní odměny ale také verbální pochvaly, výsad, většího zapojení do rozhodovacích procesů... S motivací však musí umět vedoucí pracovníci správně zacházet. (Tichá, 2013, s. 20 – 25)

Pro pracovníky v sociálních službách je také důležité být v souladu s kulturou organizace. Rozpor v hodnotách jedince a organizace totiž může být jedním z důležitých zdrojů syndromu vyhoření. Z hlediska prevence syndromu vyhoření je dobré najít si práci v takové organizaci, jejíž kulturu dokážeme přijmout za svou. (Havrdová, Šolcová, Hradcová, Rohanová, 2010, s. 235 – 237)

1.4.Léčba syndromu vyhoření

V této podkapitole bych ráda popsala metody léčby syndromu vyhoření používané v současné době. Negativním důsledkům pracovního procesu vedoucích k syndromu vyhoření je vždy lepší předcházet a věnovat se prevenci, než je složitě odstraňovat. Z postupů intervence syndromu vyhoření se však můžeme inspirovat i v jeho prevenci. „*Terapeutické a preventivní strategie, uplatňované vůči vyhoření, se opírají samozřejmě také o psychoterapeutické zdroje.*“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 18) I díky terapeutickým zdrojům se můžeme zaměřit na vyhodnocení jednotlivých rizik a to za pomoci práce s procesem vyhoření u již vyhořelých pracovníků.

Hlavním zdrojem léčby vyhoření je existenciální psychoterapie, která se soustřeďuje především na vnitřní svět prožitků, umožňuje osobám postiženým syndromem vyhoření vyrovnat se hlavně s otázkami směřujícími k podstatě lidské existence, smyslu života apod. Tato teorie vznikla v amerických podmínkách. V evropských podmínkách se na základě této teorie vytvořily dvě psychoterapeutické školy. Názory těchto škol vytvářejí vhodné zázemí z hlediska terapie tohoto syndromu. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 18)

Daseinsanalýza

Tato škola vychází z díla M. Heideggera a snaží se vést vyhořeného na cestu pochopení existence člověka a sebe samého. Klade důraz na jedinečnost individuality vyhořené osoby, jež se maximálně respektuje a na další vývoj. Cílem je pochopení a naplnění vlastní existence. Terapeut se stává konzultantem. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 18 - 19) V rámci této terapie jsou předkládány teze o podstatě člověka. Například: Člověk je schopen činit rozhodnutí a nést za své jednání odpovědnost, člověk nemá význam v minulosti ale v přítomnosti apod.

Logoterapie

Logoterapie navazuje na existenciální východiska a usiluje především o přispění k nalezení vlastního životního smyslu v souladu s jeho životem a především osobností. Logo zde znamená smysl a „duchovnost“. Vede vyhořenou osobu k objevování nových hodnot a důvodů k životu. Klade si také za cíl pomoci v nalezení cesty z existenciální frustrace a obnovování žebříčku hodnot. Tento přístup může být pro vyhořenou osobu velice přínosný, protože se snaží podporovat budování nového světa za ten zhroutený z důvodu vyhoření. (Kebza, Šolcová, 2003, s. 19)

„V psychoterapii burnout syndromu se mohou samozřejmě uplatnit i další postupy, vycházející z např. behaviorální, či kognitivně-behaviorální terapie, jejich účinek však bude zaměřen spíše na dílčí problémy než na podstatu problému.“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 19)

Psychoanalýza

Psychoanalýza vychází z léčebných metod Sigmunda Freuda. Původní pojetí vycházelo především z předpokladu, že neurotické stavy jsou podmíněny potlačovanými pudy. Tento přístup byl rozvíjen dvěma směry: zdůraznění společenské podstaty člověka a schopnost

sebeřízení člověka. Z hlediska této teorie je člověk zdravý když přijme sám sebe i se svými motivy. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 93 - 98)

Behaviorální psychoterapie

Jedná se o představitele psychologické školy, zaměřené na pozorovatelné veličiny chování člověka a na jeho změny, které jsou závislé na okolním světě. Tato terapie se snaží ovlivnit chování a změnit jednání člověka za pomoci učení a klasického i instrumentálního učení. Tato terapie vychází z předpokladu, že chování je naučené a dá se změnit. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 98)

Kognitivně – behaviorální přístupy

Kognitivně – behaviorální přístupy se zaměřují na poznávání – vnímání, tvoření pojmů a projevy myšlení. Jsou zaměřeny na to, jakým způsobem lidé zážitky vnímají a zpracovávají, jak vytvářejí a přetvářejí podněty z prostředí do podoby informací. (Baštecká, Goldmann, 2001, s. 100)

V současné době můžeme při intervenci syndromu vyhoření využít i pomoci psychologa i psychoterapeuta, popřípadě i pomoci odborníků na telefonické lince důvěry. Léčbu syndromu vyhoření však není radno podceňovat, je důležité, aby problémy nebyly bagatelizovány, protože člověk zastižený syndromem vyhoření potřebuje především pochopení a pomoc.

2. Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

V této kapitole bych ráda popsala problematiku sociálních služeb určených osobám s mentálním postižením, její historii a současný stav.

„Mentální postižení je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit“ (Vágnerová, 2014, s. 273) Znaky mentálního postižení je především zpomalený rozvoj myšlení a řeči, snížená schopnost učení a obtížná adaptace na život ve společnosti. Mentální postižení je trvalé a trpí jím přibližně 3% populace.

Mentální postižení můžeme rozdělit podle míry deficitu poznávacích schopností, kterou můžeme vymezit srovnáním jejich úrovně s průměrem populace. Průměrná úroveň IQ je 100. Hranici mentálního postižení najdeme na sedmdesáti procentech - IQ70. Mentální postižení můžeme rozdělit na čtyři stupně. Lehkou mentální retardaci (IQ 50-70), středně těžkou mentální retardací (IQ 35 – 50), těžkou mentální retardací (IQ 20 – 35), hlubokou mentální retardací (IQ 0 – 20). (Vágnerová, 2014, s. 284 – 285)

Osoby s mentálním postižením mají svá specifika – dávají přednost podmětovému stereotypu, jejich myšlení je v oblasti abstrakce omezeno, mají sníženou kritičnost, jsou snáze ovlivnitelní, mají sníženou schopnost učení a mohou mít snížené komunikační dovednosti. Lidé s mentálním postižením mají také odlišné sebepojetí, je ovlivněno jejich způsobem uvažování a sníženou schopností chápat vlastní kompetence. Jejich sebehodnocení neodpovídá realit, bývá velice kritické a ovládané emocemi.

Mentální postižení má významný vliv na socializaci člověka, společností je vnímána jako stigmatizující postižení, které osobu odlišuje od většinové společnosti především v oblasti komunikace a odlišnosti chování. Socializace osob s mentálním postižením je opožděována což se projevuje hlavně zvýšenou závislostí na dospělých osobách. (Vágnerová, 2014, s. 294 – 296)

2.1.Historie péče o osoby s mentálním postižením

V historii péče o osoby s mentálním postižením nebyly vždy jen příjemné momenty. V minulosti byly osoby s mentálním postižením odkázány na péči svojí rodiny, pokud ta nezvládla péči o svého postiženého člena, ten se musel spolehnout na pomoc jiných lidí.

V dnešní době se naštěstí osoby s mentálním postižením mají kam obrátit díky velké síti sociálních služeb.

Dle jednotlivých historických období můžeme periodizovat přístupy společnosti k osobám s mentálním či zdravotním postižením.

- **Represivní přístup**

Jedná se o období nejstarších civilizací ve starověku. V této době se lidé zbavovali nemocných a jakkoli postižených členů společnosti, slabé děti se špatnou životní prognózou byly často zabíjeny v útlém dětství. Je však dokázáno, že i v této době přežívali někteří velmi těžce postižení lidé, kteří vyžadovali dlouhodobou vysokou míru péče a pomoci. (Slowík, 2007, s. 11) Tento přístup k osobám s postižením se již v současné době naštěstí ve vyspělých civilizacích neobjevuje.

- **Charitativní přístup**

Charitativní přístup se objevuje ve společnosti v souvislosti s vývojem myšlenkových proudů, společenských paradigmat, filozofických názorů a ideologických směrů. Člověk je vnímán jako objekt milosrdenství. (Slowík, 2007, s. 12) Některé aspekty charitativního přístupu přetrvávají do dnešní doby, především díky organizacím fungujícím při církvi.

- **Humanistický přístup**

V době novověku byly zdůrazněny dříve ignorované tělesné stránky člověka. V této době došlo k velkému rozmachu vědy a byly zkoumány i jednotlivé druhy postižení. Objevuje se tzv. programová péče spojená se specializací v přístupu k některým postiženým. Člověk začíná být vnímán více celostně a jsou zakládány instituce, z nichž některé existují ve zcela jiné podobě dodnes. (Slowík, 2007, s. 12)

- **Rehabilitační přístup**

Na přelomu 19. a 20. Století se začala propojovat léčba s výchovou a vzděláváním. Snaha o doslova znovu-uschopnění postiženého člověka a zapojit jej zpět do společnosti měla své slabé i silné stránky. Spousta postižených osob však končila v institucionální péči, v tzv. totálních institucích. Následky tohoto přístupu jsou často viditelné dodnes.

- **Integrační přístup**

Objevuje se především ve vyspělých zemích po roce 1945. Je kladen větší důraz na prevenci vzniku postižení. Hledají se cesty k integraci postižených osob. Mění se i postoje k osobám s postižením ve společnosti.

- **Inkluzivní přístup**

Inkluzivní přístup je již moderním trendem práce s osobami s postižením. Jedná se o naprosté zašlenění handicapovaných osob do běžné společnosti. I tato metoda má však svá rizika a negativní momenty.

Péče o osoby s postižením se během historie změnila několikrát, v současné době je péče o ně již na vysoké úrovni. Osoby s postižením se již nemusí bát z postojů společnosti k nim a mohou se v rámci svých schopností s pomocí začlenit do běžné společnosti.

2.1.1. Péče o osoby s mentálním postižením v České republice před rokem 1989

„Před rokem 1989 byly potřeby českých klientů sociálních pracovníků definovány centrálně určenými experty nebo úředníky s minimálním ohledem na požadavky klientů.“ (Malík Holasová, 2014, s. 49) Zatímco jinde v Evropě se již v sociálních službách zaváděly do praxe standardy kvality, u nás se poskytovatelé sociálních služeb starali pouze o technické, hygienické a personální ukazatele. Podporována byla především ústavní péče, která má však velká úskalí. Především jde o absenci zkušeností z normálního života, uzavřený kolektiv, nemožnost navázat trvalý vztah k jedné osobě, hospitalismus a ztráta soukromí. (Bednář, 2012 s. 14)

V období tzv. „socialistického státu“ byly sociální služby vloženy do péče několika ministerstev, které však jednaly nezávisle na sobě. Zatímco před touto érou byl vývoj sociální politiky a systém sociální ochrany v souladu s vývojem v jiných Evropských zemích, po roce 1948 se to změnilo. Hned v roce 1948 přešla péče o znevýhodněné občany pod stát, avšak nový systém péče o tyto osoby byl zaveden až v roce 1956. Jen složitě se v naší zemi prosazovaly nové typy služeb, jako například pečovatelské služby či stacionární zařízení. (Matoušek, 2007, s. 27 – 30)

2.2.Současný stav sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

„Po roce 1989 nastaly v naší republice zásadní změny, a to jak v oblasti politické a ekonomické, tak v oblasti sociální.“ (Matoušek, 2007, s. 30) Již v roce 1990 byl k dispozici připravený Scénář sociální reformy. Jednalo se o program reforem jednotlivých oblastí sociálního systému Československé republiky. Stanovené cíle se však až na jeden nepodařilo naplnit. Sociální služby jako celek byly právně změněny až v roce 2006. Po roce 1989 vzniklo spousta nestátních neziskových organizací, které však byly značně nestálé a měly problémy s financováním. (Matoušek, 2007, s. 27 – 32)

Po roce 1989 se začala měnit i situace v pobytových zařízeních pro osoby s mentálním postižením. V současné době je primární funkcí sociálních služeb poskytnout relevantní informace osobě, ocitající se v nepříznivé sociální situaci, pokud možno tak aby ji sama dokázala vyřešit. Pokud tyto informace nejsou dostačující, nastupují sociální služby. Ty mají být především individualizované, aktivační, podporující vlastní iniciativu uživatele a kvalitní. Velice důležité je, že vše musí probíhat v souvislosti s dodržováním lidských práv a svobod, se zachováním lidské důstojnosti. (Bednář, 2012, s. 19).

Trendem je odstupování od velkých ústavních zařízení, které často připomínají časy minulé. Z velkých organizací vznikají menší, komunitní služby začleňující osoby s mentálním postižením do běžné populace. Vyskytují se v běžné zástavbě a často se ničím neliší. Vznikají nová chráněná bydlení a terénní programy podporující osoby s mentálním postižením k životu v rodině, v domově. V současné době jsou sociální služby určeny pro osoby s mentálním postižením více otevřeny veřejnosti, pořádají osvětovou činnost, přednášky, kulturní program – to vše vede k lepšímu začlenění do fungování komunity.

2.2.1. Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR

V České republice je poskytování sociálních služeb zakotvené především v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Ten přinesl do české sociální sféry spousta změn. Cílem tohoto zákona je zabezpečení sociální péče všem potřebným osobám a nápravu deformovaných právních vztahů mezi státem a poskytovateli sociálních služeb, v neposlední řadě také s uživateli sociálních služeb. Poskytování sociálních služeb se musí řídit i Listinou základních práv a svobod a úmluvami o právech různých cílových skupin (např. Úmluva o právech dítěte, osob se zdravotním postižením apod.) (Čámský, 2011, s. 22 – 31)

Zákon č. 108/2006 Sb. má základní zásady v bezplatném sociálním poradenství pro všechny bez rozdílu, zachovávání lidské důstojnosti, individuální přístup, aktivizace k samostatnosti, podpora života v běžném sociálním prostředí, rovnoprávnost a dobrovolnost. V rámci tohoto zákona byly zavedeny také tzv. Standardy kvality poskytovaných sociálních služeb. Jedná se o soubor kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociální služby. Sleduje kvalitu v oblasti personálního zabezpečení, v oblasti provozního zabezpečení a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem služby. (Čámský, 2011, s. 22 – 31)

V sociálních službách je důležitou kapitolou ochrana osobních údajů. Ta se řídí zákonem č. 101/2000 a zákonem 108/2006 Sb. Osobní a citlivé údaje je důležité chránit, proto je nutné, aby každá organizace měla vymezena pravidla, kde se budou údaje uchovávat a kdo k nim bude mít přístup.

2.2.2. Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb byly vytvořeny v letech 2000 – 2002. V průběhu tvorby byly porovnávány se standardy sociálních služeb v jiných evropských státech, především se standardy ve Velké Británii. Z původních sedmnácti standardů bylo ve vyhlášce 505/2006 Sb. ukotveno celkem patnáct. Těchto patnáct standardů bylo rozděleno do 48 kritérií, ze kterých bylo 17 zásadních. Avšak novelou č. 391/2011 Sb. byla všechna kritéria postavena na stejnou rovinu a jsou všechna zásadní. (Bednář, 2012, s. 55).

Standardy sociálních služeb v ČR jsou rozděleny do tří částí: Procedurální, personální a provozní standardy. Mezi procedurální standardy řadíme cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, ochrana práv osob, jednání se zájemcem o sociální službu, smlouva o poskytování sociální služby, individuální plánování průběhu sociální služby, dokumentace o poskytování sociální služby, stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby a návaznost na další zdroje. Personální standardy obsahují personální a organizační zajištění sociální služby a profesní rozvoj zaměstnanců. Provozní standardy obsahují místní a časovou dostupnost služby, informovanost o službě, prostředí a podmínky, nouzové a havarijní situace a zvyšování kvality sociální služby. (Vyhláška 505/2006 sb.)

Standardy sociálních služeb v ČR podléhají kontrole Inspekce kvality, která slouží především pro kontrolu, zda je služba poskytována v náležité kvalitě a zda v ní neporušujeme práva uživatelů. (Čámský, 2011, s. 56)

Pro tuto práci jsou nejdůležitější standardy personální. Jak již bylo zmíněno, obsahují personální a organizační zajištění sociální služby a profesní rozvoj zaměstnanců. Jedná se o standard č. 9 – personální a organizační zajištění sociální služby a o standard č. 10 – profesní rozvoj zaměstnanců. Vypracování jednotlivých částí standardů a jejich uvedení do praxe může snižovat riziko syndromu vyhoření u pracovníků.

Ve standardu č. 9 je důležité především písemně stanovená struktura a počet pracovních míst, vypracované pracovní profily, dodržení kvalifikačních požadavků a osobnostních předpokladů zaměstnanců uvedených v zákoně o sociálních službách. Organizační struktura a počty zaměstnanců mají být přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu potřebám osob, kterým je poskytována. (Bednář, 2012, s. 113). Dále má dle tohoto standardu zaměstnavatel stanovovat oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců, má mít písemně zpracovány vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců.

Standard č. 10 týkající se profesního rozvoje zaměstnanců je důležitý především v kritériu 10a které se týká pravidelného hodnocení zaměstnanců, stanovení, vývoje a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace. ((Bednář, 2012, s. 120). V tomto standardu je také k našemu tématu důležité kritérium 10e, který ukládá zaměstnavateli zajistit pro zaměstnance podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka, čímž rozumíme supervize. (Bednář, 2012, s. 124).

Metodiky a postupy uplatňované v organizaci, týkající se syndromu vyhoření:

- Postup práce pracovníků v přímé péči – popisuje přesně průběh dne, jeho harmonogram i jednotlivé aktivity probíhající v Centru. Popisuje také práva a povinnosti pracovníků.
- Postup práce s agresivními uživateli
- Katalog řešení krizových situací – katalog obsahuje všechny krizové situace, které se na službě již objevily, nebo které se mohou potencionálně objevit. U každé situace je popsáno i několik možných řešení situace.

2.2.3. Druhy sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

„Až do konce roku 2006 byla členěna ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené občany na následující typy: ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro tělesně

postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami, ústavy pro mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami, ústavy pro smyslově postižené dospělé občany, ústavy pro mentálně postižené dospělé občany, ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany, ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty nevyžadující zdravotní péči.“ (Matoušek, 2007, s. 96)

V současné době mohou osoby s mentálním postižením využívat následující služby:

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením – pobytová forma nahrazující ústavy.
 - Chráněné bydlení – pobytová služba zajišťující podporu v domácnosti a v dalších činnostech. Chráněná bydlení zajišťují i zprostředkování kontaktu se společností či zajištění stravy a ubytování.
 - Denní stacionáře a centra – ambulantní forma sociální služby. Nabízejí zejména výchovné a aktivizační programy. Probíhají většinou v době běžné pracovní směny a umožňují pečujícím pracovat.
 - Podpora samostatného bydlení – terénní služba zajišťující podporu uživateli v jeho vlastním bytě.
 - Odlehčovací služba – úlevová – respitní služba zaměřená na ulehčení pečujícím.
 - Osobní asistence – jedná se o terénní formu, kdy asistent pomáhá postiženému při zvládnání úkonů, které by dělal sám, pokud by mu postižení nebránilo.
- (Matoušek, 2007, s. 96 – 98)

2.3. Specifika práce s osobami s mentálním postižením

„Mentální postižení lze popsat velmi obtížně, protože jeho projevy jsou velice individuální a stěží zobecnitelné a velmi různorodá je také škála jeho příčin.“ (Slowík, 2010, s. 45) Jedním důležitým specifikem je skutečnost že mentální postižení postihuje celou osobnost člověka, nejen intelekt. (Slowík, 2010, s. 47)

Sociální služby pro osoby s mentálním postižením jsou určeny pro osoby jak s mentálním postižením, tak s kombinovanými vadami. V těchto službách se objevují osoby s lehkou mentální retardací, až po hlubokou mentální retardaci, často i osoby

s psychiatrickým onemocněním, které zrovna není v aktivní fázi a také osoby s kombinovanými vadami. Ke všem těmto vadám mohou být přidruženy další, například poruchy komunikačních dovedností. Pracovníci v sociálních službách musí přistupovat ke každému uživateli individuálně a vnímat jeho silné i slabé stránky, respektovat jejich jedinečnost, podporovat je v participaci... Práce v sociálních službách s osobami s mentálním postižením má svá specifika, která mohou být i faktorem vedoucím k syndromu vyhoření.

Při práci s osobami s mentálním postižením máme různé cíle. Hlavním cílem práce s osobami s mentálním postižením je integrace osob do běžné komunity. Dalším cílem je rozvíjení schopností a dovedností, podpora samostatnosti, běžný život v rodině, zaměstnanost a efektivní trávení volného času osob s mentálním postižením. Zároveň se snažíme snižovat míru podpory uživatelům tak, aby se co nejvíce osamostatňovali. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 113 – 114). Aby pracovníci mohli postupovat v souladu s těmito cíly, musí pracovat určitým způsobem, za použití určitých metod.

Nejčastější specifika osob s mentálním postižením, ke kterým je nutné při práci v sociálních službách přihlížet:

- Zpomalené tempo vnímání a zúžení jeho rozsahu

U osob s mentálním postižením může dojít k omezení schopnosti globálního vidění, mohou déle vnímat jednotlivé detaily ale jejich syntéza je pro ně problém. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 139).

- Odlišné vnímání prostoru a času

Při vnímání prostoru a času dochází k častému selhávání – chybování při odhadu délky, hloubky... (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 139)

- Narušený a odlišný vývoj hrubé i jemné motoriky

Mentální postižení může vývoj osobnosti postihnout i v tělesné oblasti. Záleží především na etiologii postižení. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 152). V případech jemné motoriky se jedná především o menší obratnost při jemných pracích.

- Snižovaná schopnost řešení problémů

Osoby s mentálním postižením mají sníženou schopnost řešení problémů. Často se tak děje právě kvůli zúženému vnímání všech důsledků a kvůli vysoké emotivnosti.

- Snížení pozornosti

Pozornost je základem pro lidské vnímání, učení ale i myšlení. Osoby s mentálním postižením často trpí snížením pozornosti. Nejsou schopni vnímat více věcí zároveň, často i tehdy, pokud jsou jednotlivé činnosti samostatně zvládnuty na skvělé úrovni. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 201)

- Komunikační bariéry

Řeč u osob s mentálním postižením může být narušená a vyvíjet se deformovaně. Vývoj řeči souvisí s mentálním vývojem a probíhá tím pádem ve zpomaleném tempu. Pomalý a deformovaný vývoj řeči může často velmi ztížit poskytování sociální služby, kdy mezi zaměstnancem a uživatelem může vzniknout velká komunikační bariéra.

- Emoční labilita, časté střídání nálad apod.

Emoce u osob s mentálním postižením mohou být nevyvážené, může docházet k náhlým emočním výkyvům, úzkostem či depresím. Často se přidružují i vážná psychická onemocnění. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol. 2012, s. 246)

- Obtížná adaptace na nové životní situace (i na změnu pracovníků ve službě)

2.3.1. Zásady práce s osobami s mentálním postižením

Práce s osobami s postižením má své vlastní zásady. Jednou z nejdůležitějších zásad je naslouchání. Musíme naslouchat osobám, které samy mají problém s vyjádřením svých pocitů. Je to nezbytné kvůli pochopení potřeb uživatele. Další důležitou zásadou je brát uživatele vážně, i když se nám zdá jeho chování nepochopitelné. Pracovníci také musí vycházet z „normální situace“, nesmí uživatele diskriminovat, mít předsudky, být vnímaví, empatičtí, předávat své vlastní zkušenosti, povzbuzovat a motivovat uživatele ke změně, poskytovat možnosti volby, a opěrné body pro samostatné jednání. (Pörtner, 2009, s. 39 – 55)

Práce s osobami s mentálním postižením klade poměrně vysoké nároky na psychiku pracovníků v přímé péči. Pracovníci se setkávají s různými reakcemi a nároky svých

uživateli, na které musí umět přiměřeně a profesionálně reagovat. Musí jít příkladem, ale také zvládat zátěžové situace. Velkým nebezpečím v této profesi jsou také malé výsledky – pracovníci mohou ztratit smysl své práce, další riziko z tohoto povolání může plynout v případě práce s uživateli s poruchou komunikace. Dalším specifickým při práci s osobami s mentálním postižením je častá závislost uživatelů služby na pracovnících. Pracovník sám se poté málokdy sám chrání vůči vlivu těchto uživatelů, což může vést až k syndromu vyhoření.

2.3.2. Komunikace s osobami s mentálním postižením

Jak již bylo zmíněno, mentální postižení zasahuje celou osobnost člověka. Schopnost komunikace může být ovlivněna jak mentálním handicapem (omezená slovní zásoba, snížená schopnost porozumění složitějším sdělením apod.), tak i přidružením dalších vad či poruch. (Slowík, 2010, s. 47). Samotné komunikační schopnosti jsou závislé na stupni postižení i na IQ dotyčné osoby. Větší význam však představuje tzv. emoční inteligence, která souvisí s úrovní sociálních dovedností. (Slowík, 2010, s. 53)

Při komunikaci s člověkem s mentálním postižením musíme dbát na volbu správného tématu, na volbu přiměřených komunikačních prostředků, pozorně naslouchat, popřípadě se doptat dotyčného na podrobnosti (může se stát, že výslovnost může být nejasná). Snažíme se vyvarovat chybám v komunikaci, jako je ponižující přístup a infantilizace či manipulování s partnerem v komunikaci.

2.4. Jak se při práci s osobami s mentálním postižením bránit vůči syndromu vyhoření

Obrana proti syndromu vyhoření by měla být především systematická. Jako nejdůležitější obranné strategie je považováno nastavení osobních hranic a jejich striktní dodržování, dobrá motivace pracovníků pro práci v sociálních službách a udržování nadhledu. Neméně důležitá je také práce se stresem a time management.

Nastavení hranic

Je důležité, aby si pracovník nastavil své osobní hranice a za ně uživatele nepouštěl. „*Hranicí ve vztahu mezi dvěma lidmi zde míníme dělítko, které určuje, co je záležitostí mou a co je záležitostí druhého.*“ (Kopřiva, 2016, s. 74) Hlavním faktorem vedoucím k syndromu vyhoření může být v tomto případě přílišná angažovanost do problémů klienta a přijímání tyto záležitosti za vlastní. Tento jev nazýváme jako splývání. Hranice je

jistotou pracovníka. Kdyby pracovník prožíval zájmy všech svých uživatelů, nepřežil by. (Kopřiva, 2016, s. 74)

Nastavení hranic při práci s osobami s mentálním postižením je velice důležité a chrání obě strany, uživatele služby i pracovníka. Je důležité, aby hranice byla nastavená tak, aby pracovník nebyl příliš neosobní ale také aby si naopak nebral problémy uživatelů příliš osobně.

Udržování nadhledu

Účinným způsobem, jak se bránit syndromu vyhoření je i humor. Smysl pro humor využívaný v praxi může být dobrou obranou proti syndromu vyhoření stejně jako relaxace. Relaxace navozuje uvolnění těla i mysli. Neméně důležitý i zájem o sama sebe, pečování o sebe a shromažďování energie. (Křivohlavý, 1998, s. 113-114)

Jedním z benefitů pro pracovníky Centra Pomněnka jsou také hodiny jógy zdarma. Vždy v pátek odpoledne v tělocvičně si mají možnost pracovníci pod vedením zkušené lektorky odpočinout od týdenního shonu při relaxaci a cvičení.

Motivace

Důležitou prevencí syndromu vyhoření je již výše zmíněná dobrá motivace pro práci s osobami s mentálním postižením.

„Motiv je důvod něco dělat – dát se určitým směrem. Lidé jsou motivováni, když očekávají, že jejich kroky, jejich činnost pravděpodobně povede k dosažení cíle – hodnotné odměny, uspokojující jejich konkrétní potřeby. Dobře motivovaní lidé jsou lidé s jasně definovanými cíli, kteří podnikají kroky, od nichž očekávají dosažení těchto cílů.“ (Armstrong, 2009, s. 109) Motivaci rozlišujeme vnitřní a vnější. Vnitřní faktory motivace jsou ty, které vychází z člověka, a uspokojujeme si je již při výkonu práce samotné. Jedná se především o samostatnost při výkonu práce, získání nových schopností a viditelné výsledky. Vnější motivační faktory jsou výsledky práce – finanční odměna, mzda, prémie, bonus, povýšení, uznání. (Urban, 2017, s. 14-16) U pracovníků v sociálních službách je důležitá především vnitřní motivace – motiv proč práci v sociálních službách chtějí vykonávat. Ani vnější motivaci by však zaměstnavatelé neměli podceňovat, byť se v sociálních službách často netýká finančního ohodnocení, které bývá poměrně nízké.

Motivace je nositelkou velké výhody. Pokud se trefíme do motivů, které člověk má, může práce za příznivých podmínek pokračovat i bez dodávky vnější podnětů. Pracovník poté vykonává úlohu, protože jej baví a chce ji vykonávat. (Plamínek, 2010, s. 15)

Sebeřízení

Sebeřízení je jednou z možností jak si co nejlépe přizpůsobit svůj pracovní čas tak, abychom jej využívali co nejvíce efektivně. Umění sebeřízení může pracovníkům pomoci v prevenci syndromu vyhoření především díky efektivnímu využití času a eliminací plýtvání energií.

Pojem sebeřízení vychází z anglického slovního spojení self management což v doslovném překladu znamená sám a řízení. Sebeřízení je především o určení si cílů, vychází z potřeby něco změnit, naučit se novým dovednostem či lépe využívat ty stávající. Sebeřízení se skládá ze čtyř částí – změna, managementu cílů, managementu času a managementu činností. (Plamínek, 2013, s. 85)

- Změna: Důvody pro změnu mohou být dva: První je rozdíl mezi naší osobní nabídkou a objednávkou, kterou nám posílá naše okolí. Druhým důvodem může být to, že se nám nelíbí, co svému okolí nabízíme v oblasti výkonů. Obecnou příčinou vzniku potřeby něco změnit je rozpor mezi očekáváním a skutečností. (Plamínek, 2013, s. 86)
- Management cílů: „*Abychom nebyli zahlceni přetlakem různých cílů, musíme si opět vybrat ty nejdůležitější.*“ (plamínek 100) Pro určení priorit jednotlivým cílům můžeme využít různé metody – například přiřazování důležitosti za pomoci škály čísel nebo slovní popis. Kvalita posouzení cílů je jedna z nejdůležitějších částí sebeřízení protože pokud se budeme zaměřovat na nepodstatné cíle, na ty důležité nám nebude zbývat dost času a energie. (Plamínek, 2013, s. 100)
- Management činností: činnosti je nutné pečlivě vybrat a utřídit. Činnosti rozdělujeme na ty, které odmítneme, delegujeme, či vykonáme. Delegování je v pracovním procesu nutné, ne vše zvládneme udělat sami dostatečně kvalitně a je dobré si připustit, že na některé činnosti je třeba kolega lepší. Činnosti dále vytřídíme a zjistíme, kolik času nás tyto činnosti budou stát. Dále již plánujeme

a snažíme se co nejlépe hospodařit s časem. Poslední fází je uvedení tohoto systému do běžného pracovního procesu. (Plamínek, 2013, s. 110 – 111)

- Management času: Rozložení času mezi jednotlivé sféry života je velmi důležité. Sféry máme osobní, rodinnou, pracovní a klidovou. Rozdělení času mezi sféry musí být v rovnováze a je dobré si co nejpřesněji vyměřit čas pro jednotlivé sféry a co nejlépe je dodržovat. Samozřejmě ne vždy se to podaří, záleží také na našich schopnostech využívat prostoje a ztrátové časy ke svému prospěchu. (Plamínek, 2013, s. 112)

Další možnosti prevence

Další prevencí může být rozdělení služeb – pracovníci v přímé péči by měli být na jednotlivých odděleních pouze určitý čas, poté by se měli vystřídat s pracovníky z jiného oddělení. V ambulantních službách lze nastavit pravidla, která znemožňují uživatelům trávit veškerý čas ve službě pouze s jediným pracovníkem, což by mohlo vést k nadměrnému zatížení pracovníka.

3. Centrum Pomněnka

Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka (dále jen Centrum Pomněnka) se nachází ve městě Šumperk. Jedná se o ambulantní sociální službu určenou lidem s mentálním postižením, kterou zřizuje Centrum sociálních služeb Pomněnka, z. ú.

3.1. Centrum sociálních služeb Pomněnka, z. ú.

Centrum sociálních služeb Pomněnka, z. ú. navazuje na dlouholetou tradici SPMP – Šumperk, a přebírá její veškeré závazky.

Centrum sociálních služeb Pomněnka, z. ú. poskytuje sociální služby pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením, sdružuje jejich rodiny a dalších odborníky, jedná se o dobrovolnou, nezávislou a demokratickou organizaci. Cílem organizace je *„pomáhat lidem s mentálním postižením, vč. Lidí postižených více vadami a jejich rodinám, podporovat všechny iniciativy, zabezpečující trvalé zlepšení podmínek života, prosazování rovnoprávného postavení lidí s mentálním postižením a provádět osvětovou činnost veřejnosti.“* (Spmp-sumperk.cz, 2010)

Centrum sociálních služeb Pomněnka, z. ú. provozuje ambulantní službu Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka, pobytovou službu chráněné bydlení, terénní službu podporu samostatného bydlení a odlehčovací službu Pomněnka. Dále poskytuje také kontakt s veřejností pomocí Galerie pod Sluncem, kde se pravidelně pořádají veřejné vernisáže.

3.1.1. Zásady poskytovaných služeb organizace

Všichni pracovníci v organizaci musí postupovat dle etických pravidel organizace. Práce všech je založena na respektu k důstojnosti a hodnotě všech lidí bez rozdílů. Pracovníci musí respektovat právo na sebeurčení uživatelů, podporovat právo na jejich plnou participaci, jednat s každým z uživatelů jako s celostní bytostí (bez ohledu na světlé a tmavé stránky uživatelů), identifikovat a rozvíjet silné stránky, posilovat stránky slabé a podporovat v uživatelích jejich samostatnost a soběstačnost. (Spmp-sumperk.cz, 2012)

3.2. Základní charakteristika Centra Pomněnka

Centrum Pomněnka je určeno pro osoby s mentálním postižením z regionu Šumperska. Centrum je otevřeno každý všední den od 7:00 hodin do 16:00 hodin.

3.2.1. Poslání sociální služby:

Posláním Centra je připravovat osoby s mentálním postižením na život ve společnosti s co nejnižší možnou mírou podpory. (spmp-sumperk.cz, 2010)

3.2.2. Cílová skupina:

Osoby s mentálním postižením a osoby s kombinovaným postižením ve věku od osmnácti do šedesáti čtyř let (v den nástupu mohou mít nejvýše čtyřicet let) (spmp-sumperk.cz, 2010) Vzhledem k cílové skupině uživatelů se ve službě objevují osoby s různými stupni mentálního postižení s přidruženými vadami.

V současné době Centrum Pomněnka navštěvuje celkem 45 uživatelů s mentálním postižením a různými přidruženými vadami. Pokud máme charakterizovat rozložení cílové skupiny dle stupňů postižení, nejméně uživatelů je ze skupiny osob s lehkým mentálním postižením (asi 10% uživatelů), poté s hlubokým mentálním postižením (asi 25% uživatelů) a nejvíce uživatelů se nachází v pásmu středně těžkého mentálního postižení (asi 65%).

3.2.3. Poskytované činnosti

V Centru Pomněnka jsou poskytovány základní činnosti dle vyhlášky č. 505/2006 sb. kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jedná se o tyto činnosti:

- a) Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Jedná se o činnosti týkající se pomoci při úkonech osobní hygieny, pomoc při péči o vlasy a nehty, pomoc při využití toalety.
- b) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy. Činnosti týkající se zajištění stravy odpovídající věku a potřebám uživatelů, odpovídající zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování nebo pomoci a podpory při podávání jídla a pití.

- c) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Do tohoto bloku činností spadá především nácvik a upevňování motorických, sociálních a psychických schopností a dovedností, podpora péče o vlastní osobu, podpora získávání návyků vedoucích k zařazení do běžné společnosti, využívání běžně dostupných služeb a zdrojů.
- d) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: Činnosti spojené s podporou při začleňování do společenského prostředí a spojené s podporou při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou.
- e) Sociálně terapeutické činnosti: Činnosti vedoucí k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporující začlenění osob.
- f) Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Fakultativní činnosti: jako fakultativní činnosti poskytuje Centrum Pomněnka canisterapii a muzikoterapii.

3.2.4. Plánování aktivit v Centru Pomněnka

Vzhledem k poslání sociální služby jsou plánované činnosti v Centru zaměřeny na činnosti podporující samostatnost uživatelů a jejich začlenění do komunity. Každý den probíhá zároveň čtyři až pět aktivit, ze kterých si uživatelé mohou vybírat. Vždy v pátek je na nástěnce vyvěšen týdenní plán aktivit na následující týden. V pondělí ráno si uživatelé volí aktivity, kterých se budou v průběhu týdne zúčastňovat, což jim umožní se na aktivity připravit. Tento systém volby aktivit aktivizuje uživatele k vlastnímu rozhodování.

Uživatelé sami navrhují aktivity, o které by měli v rámci Centra zájem a poskytují pracovníkům zpětnou vazbu o probíhajících činnostech.

3.2.5. Skupinové aktivity organizované v Centru Pomněnka

Z výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností se v současné době v Centru plánují tyto aktivity:

- Rozvoj rozumových schopností (psaní, čtení, počítání, zeměpis apod.)
- Aktivity zaměřené na rozvoj jemné motoriky (šití, tkání, práce s keramickou hlinou, malování, práce se dřevem)

- Aktivity zaměřené na rozvoj samostatnosti (základy vaření, úklidu domácnosti, péče o vlastní osobu)
- Aktivity na rozvoj hrubé motoriky (sportovní aktivity, jóga)

Zprostředkování kontaktu se společností:

- Návčik orientace (orientace v nejbližším okolí bydliště, ve městě)
- Návčik jednání na úřadech (návštěva Pošty, lékaře, úřadu)
- Návčik využívání veřejných zdrojů (objednání se ke kadeřníkovi apod.)

Sociálně terapeutické aktivity:

- Hra s prvky muzikoterapie
- Canisterapie
- Hipoterapie

3.3. Personální struktura služby

V Centru pro osoby s mentálním postižením Pomněnka je struktura pracovních pozic následující: vedoucí pracovník, sociální pracovník, a pracovníci v sociálních službách. Všichni pracovníci Centra Pomněnka spolu úzce spolupracují. V následujícím textu popíšu jednotlivé pracovní pozice a jejich pracovní náplně, stejně jako profesní požadavky na tyto pracovníky. Grafické znázornění organizační struktury viz příloha č. 1.

3.3.1. Vedoucí sociální služby

Úkolem vedoucího pracovníka je vedení týmu Centra Pomněnka. Vedoucí sociální služby v Centru Pomněnka zajišťuje komunikaci pracovníků s vedením organizace, zajišťuje hladký průběh poskytování služby a rozděluje pracovní úlohy pracovníkům.

Vedoucí pracovník má zároveň i pozici asistenta a pohybuje se v přímém pracovním prostředí svých podřízených, čímž může přirozeně pozorovat práci zaměstnanců, ale sám se také účastní pracovního procesu ve stejném prostředí.

3.3.2. Sociální pracovník

Úkolem sociálního pracovníka je poskytovat uživatelům Centra Pomněnka sociální poradenství, vést dokumentaci v elektronické i papírové verzi, chránit práva uživatelů, provádí sociální šetření za účelem přijímání nových uživatelů, vyřizuje stížnosti na poskytování služby, vede dokumentaci k individuálnímu plánování a stará se o vyúčtování sociální služby uživatelům. Sociální pracovník zároveň pracuje v přímé péči jako asistent,

čímž je uživatelům velice blízko a je jim k dispozici nejen v kanceláři ale také během aktivit, při kterých jsou uživatelé často sdílnější.

Profesní požadavky na sociálního pracovníka vycházejí ze zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. Dle tohoto zákona musí mít sociální pracovník vyšší odborné vzdělání ve vzdělávacím programu zaměřeném na sociální práci a sociální pedagogiku, speciální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském či doktorském vzdělávacím programu zaměřeném na sociální práci a politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku. (Zákon 108/2006 Sb., §110)

3.3.3. Pracovník v sociálních službách

Pozice pracovníka v sociálních službách je v zařízení rozdělena do dvou pracovních pozic. Jedná se o pozici pro práci se skupinou uživatelů a pro práci s osobami s těžkým mentálním postižením.

Pracovníci v sociálních službách pracující se skupinou uživatelů provádí „*základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti.*“ (Zákon 108/2006 Sb., §116) Tato pozice v Centru Pomněnka je podmíněna maturitním vzděláním v oboru vhodném pro vykonávání přímé práce s osobami s mentálním postižením, a nebo kurz pracovníka v sociálních službách což je upraveno zákonem o sociálních službách (Zákon 108/2006 Sb., §110)

U této pracovní pozice je důležitá příprava na aktivity. Vedení skupin je náročná práce a žádá si potřebnou přípravu na jednotlivé aktivity s uživateli. Pracovníci aktivity vybírají s uživateli a zahrnují je do týdenního plánu. Asistenti sociální služby zajišťují především potřebu seberealizace a rozvoj uživatelů.

Druhá část pracovníků v sociálních službách je pracovníčně zařazená především k uživatelům se zvýšenou potřebou podpory a péče. Většinou se věnují osobám na invalidním vozíku, které potřebují velkou podporu v základní péči o vlastní osobu. Náplní

práce pomocných asistentů je především základní uspokojení potřeb u uživatelů, kteří potřebují vyšší podporu a péči, naplňování jejich volného času v Centru Pomněnka, přesuny mezi skupinami apod. Jedná se především o tyto činnosti: Biologické fyzické potřeby (hygiena, dopomoc při stravování), částečně potřebu bezpečí a jistoty (dopomoc v jakékoli situaci) a částečně potřebu seberealizace za pomoci asistentů služby.

I tato část pracovníků se může v práci v případě vlastního zájmu realizovat ve skupinách a vést nějakou aktivitu. Skupinovou aktivitu může pomocný asistent vést pouze pod dohledem sociálního pracovníka (např. 1x týdně).

Požadavky na vzdělání u pracovníků v sociálních službách u osob s těžkým mentálním postižením jsou nejnižší z pozic v Centru Pomněnka. Pracovníci na této pozici musí být vyučeni, a pokud nesplňují kvalifikační požadavky, musí mít splněný kurz pro pracovníky v sociálních službách.

3.4. Specifikace cílové skupiny uživatelů

V době průběhu výzkumného šetření využívalo sociální službu Centrum Pomněnka 45 uživatelů v různých intervalech. Denní maximální počet uživatelů je stanoven na 40 uživatelů.

Cílovou skupinou uživatelů jsou osoby s mentálním postižením z bývalého okresu Šumperk. Služeb Centra Pomněnka využívají osoby s různými stupni mentálního postižení, mnohdy s kombinovanými vadami. V době výzkumného šetření využívali služeb Centra Pomněnka osoby všech stupňů mentálního postižení, od lehkého mentálního postižení až po hluboké mentální postižení. U části uživatelů byly přidružené logopedické vady, fyzická postižení, či psychiatrické diagnózy. Centrum Pomněnka neposkytuje služby osobám s agresivními sklony.

3.5. Prostorové uspořádání služby a pracovišť

Denní Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka se nachází v prvním patře, a částečně i v suterénu budovy.

V samotných prostorách centra se nachází celkem čtyři prostorné dílny (mokrý dílna na keramiku, suchá dílna, šicí dílna vybavena šicími stroji, společenská místnost), místnost určena osobám s těžkým mentálním postižením vybavena postelí, kobercem, prostory pro

relaxaci apod. V denním centru se nachází i zázemí pro uživatele v podobě kuchyňky se základním vybavením a pohovky pro posezení.

V přízemí a v suterénu budovy se dále nachází dílna využívaná na pletení košíků z pedigu, dílna na zpracování dřeva a výtvarná dílna. Denní Centrum také může využívat tělocvičnu v přízemí budovy a plně vybavenou kuchyň tamtéž.

Sociální služba má tedy prostory dostatečně členěné, k tomu, aby uživatelé nemuseli celý den trávit společně. Denní kapacita centra je 40 uživatelů, uživatelé se každý den rovnoměrně rozdělí do 5ti až 6ti skupin, dle momentálního počtu asistentů ve službě. Dle nařízení vedení organizace by se ve skupinkách neměla překračovat kapacita sedmi osob. Kapacita skupin se navyšuje pouze v mimořádných situacích.

Budova má bezbariérový přístup, realizovaný pomocí výtahu a nájezdní plošiny. Areál SPMP – Šumperk je napojen na veřejnou komunikaci, v areálu je také k dispozici parkoviště.

3.5.1. Zázemí pracovníků

Prostředí práce a pracovní zázemí je pro pracovníky důležité především kvůli možnosti dostatečné přípravy na výkon práce. Zázemí pracovníků je důležitou součástí pracovního prostředí, které velkou mírou působí na výkonnost pracovníků a také na spokojenost pracovníků v zaměstnání.

Pracovníci v Centru Pomněnka mají k dispozici šatnu s uzamykatelnými skříňkami a skříň na převlečení. Mohou využívat kuchyňku nacházející se v šatně, ve které mají mikrovlnou troubu, lednici a varnou konvici. Do tohoto prostoru by neměli mít přístup uživatelé služby, což ale v současné době neplatí a uživatelé se do šatny běžně dostanou.

Další prostory pro pracovníky se nachází v denní místnosti asistentů, kde se nachází stůl a křesla, dále v místnosti pro osoby s těžkým postižením, kde je umístěn počítač pro asistenty. Tento prostor je vizuálně oddělený od prostoru pro uživatele.

V prostorách Centra Pomněnka se nachází tři toalety, které jsou určeny pro pracovníky a pracovníci také mohou využít sprchu.

3.6. Vzdělávání pracovníků

Vzdělávání pracovníků v Centru Pomněnka probíhá na třech úrovních. Vzdělávání se zúčastňují všichni zaměstnanci Centra Pomněnka, kteří přímo pracují s uživateli. Návrhy na témata vzdělávání často vycházejí přímo ze zájmu zaměstnanců v přímé péči, kteří se snaží poskytovat péči co nejkvalitněji.

Zaměstnavatel je povinen zajistit další vzdělávání pracovníkům v rozsahu minimálně 24 hodin za kalendářní rok. Tato povinnost plyne pro zaměstnavatele ze standardu kvality č. 10. Vzdělávání může být uskutečněno specializačním vzděláváním zajišťovaným vysokými školami a vyššími odbornými školami, dalším vzděláváním akreditovanými kurzy, odbornými stážemi a účastí na školicích akcích. (Králová, Rážová, 2007, s. 182 - 183)

3.6.1. Akreditované kurzy MPSV pro sociální služby

Pracovníci organizace se zúčastňují akreditovaných kurzů MPSV pro sociální služby. Tyto kurzy probíhají jak společně, na základě zakázky od organizace, popřípadě se pracovníci zúčastňují kurzů jednotlivě, dle aktuální potřeby. Pracovníci se například zúčastnili těchto kurzů:

- Zvládací strategie problematického klienta

Kurz zaměřený na zvládání problematických uživatelů a komunikace s nimi. Kurz zaměřený na rozpoznání typů uživatelů, na zvládání komunikace s manipulátory a kritiky z řad uživatelů.

- Kurzy šetrné sebeobrany

Kurz zaměřený na praktické zkoušky šetrné sebeobrany za pomoci úchopů.

- Základy plánování v sociálních službách – tvorba metodik

Kurz určený pro metodické vedení organizace, zaměřený na plánování sociálních služeb a tvorbu metodických materiálů služby.

- Financování sociálních služeb vyrovnávací platbou
- Seminář zaměřený na sexualitu osob s mentálním postižením

Kurz určený pro všechny zaměstnance v přímé péči, zaměřený na problematiku sexuality osob s mentálním postižením. Součástí tohoto kurzu byla i prezentace materiálů k tomuto tématu určených.

- Základy první pomoci

Praktický kurz první pomoci určený pro všechny pracovníky ve službách, zaměřený na okamžitou resuscitaci a pomoc při krizových stavech.

3.6.2. Pracovní setkání

Pravidelně každý měsíc se všichni pracovníci v přímé péči schází na pracovní setkání, která vede metodička organizace. Cílem těchto setkání je společné řešení problémů v organizaci. Na těchto setkáních jsou probírány důležité směrnice, problémy v organizaci týkající se všech služeb, problémy jednotlivých pracovníků, se kterými potřebují poradit. Pracovní setkání jsou u pracovníků oceňované.

Tato setkání jsou vlastně formou intervize, kdy se probírají jednotlivé problémy v organizaci, a hledá se společné řešení. Tato setkání jsou přínosem především proto, že v rámci služeb je několik uživatelů, kteří prochází několika službami.

3.6.3. Pracovní stáže

Každý z pracovníků Centra si může vybrat jednou ročně zařízení, do kterého by chtěl jít na pracovní stáž. Tyto stáže si pracovníci domlouvají buď sami, nebo jim je vyřizuje sociální pracovník. Stáže vždy probíhají v zařízení se stejnou cílovou skupinou, popřípadě i se stejným typem sociální služby. Předmět a průběh stáže je vždy domluven dopředu dle pozice pracovníka, který na stáž jede. V minulosti pracovníci navštívili např. Charitu Zábřeh, Charitu Javorník a DC 90 v Olomouci - Topolanech.

Pracovní stáže poskytují pracovníkům vhled do jiných zařízení, ale také zpětnou vazbu. Pracovníci z jiných zařízení, navštěvující Centrum Pomněnka za účelem stáže jim poskytují cenou zpětnou vazbu a jiný pohled na jejich práci.

3.6.4. Supervize

„Supervize představuje důležitou oblast profesního růstu. Původně byla běžnou součástí poradenství, psychoterapie a sociální práce.“ (Novotný, 2006, s. 1) Supervize

může být zaměřena na kvalitu péče o klienta a na standardy v sociálních službách nebo na seberozvoj a zdokonalování se ve specifických oblastech.

Pracovníkům v Centru Pomněnka byla supervize opakovaně nabídnuta, pracovníci se jí však odmítají zúčastnit. Jako důvod uvedli především špatné zkušenosti se supervizi z minulosti. Tyto zkušenosti se týkaly především nedodržování etiky supervize supervizorem.

Je otázkou, jak by mělo vedení naložit s faktem, že pracovníci supervizi odmítají. Jako jednu z možných variant vnímám nechat konečný výběr supervizora na pracovnících služby, tak aby dotyčnému opravdu věřili. Motivace ke spolupráci v supervizi také může vyplynout z jednotlivých problémů na službě (jak provozních tak vztahových), které by bylo třeba s nezávislým odborníkem probrat. Vzhledem k tomu, že většina pracovníků odmítá supervizi kvůli umělému vyhledávání problémů, bylo by nejlepší supervizi sjednat v té době, kdy nějaký problém k řešení nastane a supervize bude mít pro pracovníky opodstatnění. V současné době se o supervizi v organizaci mluví jako o něčem co nejspíše bude v brzké době povinné ale nadále je vnímána negativně.

3.7. Prevence syndromu vyhoření v Centru Pomněnka

V této podkapitole posoudím, jakým způsobem a v jaké míře se pracovníci v Centru Pomněnka chrání vůči syndromu vyhoření.

3.7.1. Nastavení hranic pracovník X uživatel

Jak jsem zmiňovala již výše, je důležité, aby pracovníci měli nastavené hranice, kam až si uživatele pustí. Pracovníci Centra Pomněnka se s uživateli nemají scházet ve svém volném čase, zvat je domů, svěřovat se jim s intimními věcmi a podporovat uživatele v závislosti na sobě. Tato preventivní opatření byla zavedena vedením organizace. Tyto opatření jsou také popsána v etickém kodexu, se kterým byli seznámeni pracovníci při nástupu na pracovní pozici, a který mají volně k dispozici.

Hranici máme každý nastavenou individuálně, je však potřeba abychom hranice jiného respektovali. Hranice vztahu si každý člověk buduje již od dětství. Samotné budování hranic ovlivňují vnitřní a vnější zdroje. Vnitřní faktory jsou ty, které vychází z pracovníka a vnější vychází z prostředí.

Někteří pracovníci si nezvládnou dostatečně nastavit hranice, nebo je vědomě překračují, navazují s uživateli velice silné vztahy, schází se s nimi ve svém volném čase a nemají úplně vyhraněný vztah pracovník x uživatel. Problém nastává v případě, že si ostatní uživatelé všimnou odlišného přístupu k nim a k jinému uživateli, mohou poté po pracovníkovi vyžadovat stejný přístup, což může vést ke stírání hranic a k vyhoření.

3.7.2. Volba aktivit uživateli

Nabídka aktivit pro uživatele je široká a uživatelé mají možnost volby jednotlivých aktivit vždy na daný den. Aktivity by si měli volit tak, aby korespondovali s jejich individuálním plánem, což hlídá klíčový pracovník. Nešvarem se však stávalo, že si uživatelé volili aktivitu kvůli nejoblíbenějšímu pracovníkovi a ne kvůli rozvoji svých dovedností. Proto bylo zavedeno pravidlo tří dnů – každý uživatel může být u jednoho asistenta pouze tři dny v týdnu.

Tento prvek byl do týdenního plánu zaveden s ohledem na větší motivaci a aktivizaci uživatelů a kvůli nižší míře závislosti uživatelů na jednotlivých pracovnících. Ukázalo se však, že tohle pravidlo může velice dobře chránit i pracovníky před závislostí jednotlivých uživatelů na nich.

3.7.3. Pracovní setkání

Jedním z možných nástrojů prevence se v organizaci staly pracovní setkání. Ty se konají pravidelně 1x za čtvrtletí v odpoledních hodinách v prostorách Centra Pomněnka. Tato setkání byla zavedena kvůli jednodušší komunikaci mezi týmy jednotlivých služeb a také kvůli doškolení zaměstnanců metodikem. Setkání se účastní všichni pracovníci v přímé péči, včetně vedení (ředitelka organizace, metodik, vedoucí služeb). Předmětem setkání jsou změny v metodikách, proškolení zaměstnanců a diskuze mezi účastníky. Diskuze se týkají především uživatelů, kteří procházejí více službami a je potřeba doladit spolupráci jednotlivých služeb.

Pracovní setkání, která jsem zmiňovala již výše, jsou prospěšné díky sdílení problémů na službách mezi pracovníky, což vede k diskuzím a k řešení problémů pracovníků. Pracovníci často nechtějí řešit svůj problém s vedoucím, ale na těchto sezeních s kolegy jsou ochotni případ „nadhodit“ jako téma k diskuzi.

3.7.4. Pracovní doba

Pracovníci v Centru Pomněnka pracují na různých pozicích a v různých úvazcích avšak všechny pozice mají podíl přímé a nepřímé péče. Přímá péče probíhá v Centru Pomněnka a je asi 80% úvazku pracovníka. Nepřímá péče činí zbylých 20%. Nepřímou péči si mohou pracovníci provádět i v domácím prostředí. Jedná se o zápisy do evidenčního systému, přípravy na následující den, popřípadě akce organizace bez uživatelů, kterých se pracovníci mohou zúčastňovat.

Kvůli podílu přímé a nepřímé práce je pracovní doba v Centru pomněnka příznivá. Pracovníci většinou končí přímou péči jedenkrát týdně v 16:00, jedenkrát – dvakrát v 15:00 a zbytek týdne ve 14:00. Pracovník, který má ranní službu od 7:00 končí celý týden ve 14:00. Díky tomu mají pracovníci po pracovní době dostatek času na regeneraci a podíl nepřímé práce si mohou splnit buď hned po práci, nebo až doma, dle toho, jak jim to vyhovuje.

3.7.5. Pracovní benefity

Jedním z benefitů je možnost čerpání masáží během celého roku. Na začátku roku se pracovníci dohodnou, kde by masáže měly probíhat a zájemci se přihlásí vedoucímu. Pracovníci poté obdrží poukázku na masáž (v loňském roce 500kč) ve vybraném zařízení.

Pracovníci Centra Pomněnka mají 5 týdnů dovolené, z níž převážnou část mají v letních měsících.

Pracovníci mohou využívat stravování ve stravově spřátelené organizace, nacházející se v areálu Centra Pomněnka. Každý den si mohou vybírat ze tří jídel v ceně 35 Kč.

4. Výzkumná část práce

Jak jsem popsala v teoretické části práce, syndromu vyhoření je lepší předcházet než jej léčit. Prevence syndromu vyhoření je důležitou součástí péče o zaměstnance nejen v sociálních službách. Při prevenci tohoto jevu je důležité odstranit či omezit rizika, která k němu mohou vést, či uspišit jeho nástup. Rizikové faktory se mohou velmi lišit v závislosti na druhu poskytované služby, dle potřeb pracovníků, dle jejich osobnostních předpokladů, motivace apod. Při teoretickém popisu práce jsem se zaměřila především na rizikové faktory vyplývající z pracovního prostředí a z charakteristiky dané cílové skupiny.

Výzkumná část této diplomové práce si klade za cíl zjistit, jaká rizika vedoucí k syndromu vyhoření vnímají ve svojí práci pracovníci v Centru Pomněnka. Jak jsem popisovala již v teoretické části práce, vnímání těchto rizik je velice subjektivní. Ve výzkumu jsem se zaměřila především na rizika vycházející z pracovního prostředí a ze specifík cílové skupiny.

Cíl práce: Zjistit, jaká rizika vedoucí k syndromu vyhoření vnímají ve svojí práci zaměstnanci v Centru Pomněnka.

Výzkumná otázka: Jaká rizika syndromu vyhoření ve své práci vnímají pracovníci v Centru Pomněnka?

Dílčí otázka: Je možné tato rizika zmírnit, či úplně eliminovat?

4.1. Metodologie

Vzhledem k tomu, že se v tomto výzkumu snažím, co nejhloběji poznat problematiku rizik syndromu vyhoření v jednom zařízení jsem zvolila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum si klade za cíl porozumění smyslu problematiky a spočívá v hledání porozumění. (Chráska, 2007, s. 32 – 33)

V kvalitativním výzkumu začínáme určením výzkumné otázky, kterou můžeme v průběhu výzkumu upravit (jedná se o tzv. pružný typ výzkumu). Výzkumník má za úkol vyhledat a zpracovat jakékoliv informace přispívající k vysvětlení výzkumné otázky. Sběr dat probíhá většinou v přirozeném prostředí respondentů v delším časovém intervalu. Na základě opakování dat výzkumník zjistí, které údaje se opakují a na základě těchto údajů formuluje novou hypotézu či teorii. (Hendl, 2005, s. 50)

Při tvorbě výzkumu jsem se držela doporučeného schématu. První fází je určení výzkumného tématu a výzkumných otázek. Jako další výzkumník vybírá samotný zkoumaný případ, kterému se bude věnovat. Zároveň musí definovat etická kritéria výzkumu případu. Další etapou výzkumu je sběr dat, analýza dat a vytvoření výzkumné zprávy. (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 107 – 108)

4.1.1. Etická pravidla výzkumu

„Etické zásady výzkumu jsou formulovány v obecné rovině, v rovině principů. Nejsou to však návody ve smyslu kuchařských receptů, které když budeme přesně následovat, uvaříme vždy dobré jídlo. Jsou to obecné principy, se kterými se můžeme konfrontovat, nikoli přesná pravidla.“ (Švaříček, Šed'ová, s. 44)

- Důvěrnost – výzkumník nezveřejňuje žádná data, jež by umožnila identifikaci respondentů.
- Poučený souhlas – souhlas s účastí na výzkumu.

Před započítím výzkumu byl všem respondentům vysvětlen smysl a cíl výzkumu a jeho průběh. Všichni respondenti byli dotázáni na nahrávání diskuze a všichni s nahráváním souhlasili, zároveň byli informováni o anonymitě všech sdělení, názorů i poskytnutých údajů. V přepisu ohniskové skupiny a jednotlivých rozhovorů jsem pracovníky označila čísly, které jsem nadále používala při analýze a při psaní závěrečné zprávy. Všichni pracovníci s účastí ve výzkumu souhlasili.

4.1.2. Výběr respondentů a zpracování dat

Pro účely výzkumu jsem o účast požádala pracovníky Centra Pomněnka. Sběr dat k výzkumu proběhl za pomoci ohniskové skupiny a individuálních rozhovorů s respondenty.

Ohnisková skupina

„Ohnisková skupina představuje výzkumnou metodu, pomocí které získáváme data za využití skupinových interakcí, které samovolně vznikají a probíhají v debatě na předem určené téma.“ (Švaříček, Šed'ová, 2014, s. 185) Podstatou ohniskové skupiny je téma, kolem kterého se „točí“ veškeré výzkumníkové otázky. Pro účely tohoto výzkumu jsem zvolila polostrukturovanou ohniskovou skupinu. V této verzi ohniskové skupiny jsou vytvořeny tematické okruhy, jejichž pořadí a přesné znění nejsou pro moderátora závazné.

V polostrukturované ohniskové skupině je potřebná vyšší míra přípravy moderátora. Jeho vstupy jsou častější a výzkumníci se stávají součástí interakce. (Milovský, 2006, s. 179) „Výhodou polostrukturované ohniskové skupiny je lepší možnost moderátora průběžně udržet určitou základní úroveň diskuze o jednotlivých okruzích témat a přitom dávat účastníkům dostatečný prostor na individuální vyjádření i prostor pro práci se skupinovou interakcí.“ (Milovský, 2006, s. 180)

Výhodou použití ohniskové skupiny je zvýšení kvality dat díky interakci účastníků, jsou zábavnější pro respondenty a jsou více poznat jednotlivé názory respondentů. Limity se týkají především ohraničením času na odpověď a vysoké nároky na schopného moderátora. Další limit ohniskové skupiny je její odtržení od přirozeného prostředí. Pro tento výzkum jsem však zvolila denní místnost asistentů v Centru Pomněnka, která je jejich přirozeným prostředím.

Při ohniskové skupině je třeba dodržet základní pravidla. „Vždy hovoří pouze jedna osoba, neprobíhají žádné vedlejší rozhovory mezi sousedy, diskuze se účastní všichni přítomní účastníci, nikdo nemá dominantní roli, každý má právo říci svůj názor a vyjádřit se k názoru jiného, každý má právo odmítnout odpovědět, každý má právo zastavit svoji odpověď, nechce-li pokračovat, každý má právo ukončit v případě nutnosti svoji účast ve skupině, informace, které se účastníci o sobě navzájem dovědí, patří pouze jim a žádné jiné osobě, účastníci se oslovují slovem a nepoužívají pro oslovení nadávky, záznam a další údaje z průběhu skupiny slouží výhradně výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů.“ (Milovský, 2006, s. 183 - 184)

Individuální rozhovory

Další částí výzkumu byly individuální polostrukturované rozhovory s jednotlivými respondenty výzkumu. Individuální rozhovory s jednotlivými respondenty jsem zařadila do výzkumu jako doplňující metodu, abych mohla s respondenty probrat i témata, ke kterým by se v týmu kolegů nevyjadřovali, nebo by jejich vyjádření byla poznamenána sebekontrolou.

Polostrukturovaný rozhovor je nejspíš nerozšířenější podobou metody rozhovoru. Výzkumník si vytvoří schéma, které je pro něj závazné. Jedná se o okruhy otázek, které bude respondentům pokládat. Je možné zaměňovat pořadí otázek, abychom z rozhovoru

vytěžili co nejvíce. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru je možnost doptávání se dopňujícími otázkami. (Milovský, 2006, s. 159 – 160)

Příprava ohniskové skupiny

V přípravné fázi ohniskové skupiny jsem vytvořila strukturu otázek k diskuzi, zvolení prostoru a času pro průběh výzkumu. Oslovila jsem respondenty a společně jsme dohodli vyhovující termín pro všechny zúčastněné. Prostor pro proběhnutí ohniskové skupiny jsem zvolila denní místnost asistentů, která je jejich zázemím a zároveň je v ní dostatečný klid k provedení výzkumu. Čas diskuze byl zvolen po domluvě se všemi asistenty v přímé péči. Ohnisková skupina proběhla celkem 3x. První byla obecná a probíhala dle moderátorem navržených témat, druhá byla zaměřena již jen na motivaci pracovníků a třetí na rizika vycházející z pracovního prostředí.

Jednotlivé fáze první ohniskové skupiny

Zahájení setkání – Po zahájení setkání s pracovníky za účelem ohniskové diskuze jsem se všech zeptala, zda si můžu diskuzi nahrávat a seznámila je s anonymností výzkumu. Všichni pracovníci s nahráváním souhlasili. Před zahájením jsem se s pracovníky domluvila na přibližném časovém plánu diskuze tak, aby se nemuseli soustředit na čas. Dále jsem pracovníky seznámila se zásadami probíhané diskuze uvedené výše.

Motivační fáze – Nejdříve jsem se zeptala pracovníků, jak rozumí problematice a co se „skrývá“ pod pojmem syndrom vyhoření. Tento dotaz rozpoutal debatu o tom, co vše může syndrom vyhoření obsahovat. Pracovníkům jsem také přečetla jednu z definic syndromu vyhoření, aby si všichni ujasnili komplexnost pojmu.

V této části diskuze jsme se s respondenty dotkli lehčích témat, týkajících se především způsobu jejich započetí kariéry v sociálních službách a v Centru Pomněnka.

Základní téma – Syndrom vyhoření a jeho rizika očima pracovníků. Moderátor diskuze navrhl téma, od kterého se odvíjelo další směřování diskuze.

Během hlavní fáze diskuze jsme diskutovali o motivaci a demotivaci v práci, o psychické náročnosti práce v sociálních službách a s cílovou skupinou, o pracovním prostředí, prevence syndromu vyhoření a obraně vůči stresu.

Závěrečná fáze – V závěrečné fázi diskuze jsme již v lehčí formě rozhovoru každý zhodnotili, zda mu hrozí syndrom vyhoření a jestli se vůči němu snaží bránit. V konečné fázi ještě pracovníci zhodnotili výzkum jako příjemný.

Druhá ohnisková skupina

Druhou ohniskovou skupinu jsem uspořádala dva dny po ohniskové diskuzi první a probíhala na stejném místě. Jak jsem již zmiňovala, tato diskuze se týkala motivace asistentů v souvislosti s vnímáním syndromu vyhoření a jejich rizik. Na počátku ohniskové skupiny jsem respondentům řekla základní charakteristiku motivace a dále jsme se věnovali především motivaci k práci s osobami s mentálním postižením. V této ohniskové skupině jsem se respondentů ptala na otázky směřující k jejich vlastní motivaci pro práci, k jejich názorům na motivaci, jak psychickou tak i finanční v sociálních službách.

Třetí ohnisková skupina

Při třetí ohniskové skupině jsme se zaměřili na problematiku rizik syndromu vyhoření vycházející z pracovního prostředí a na jednotlivé návrhy na jeho úpravu. V této části práce jsem se zaměřila na rizika přímo na pracovišti respondentů, tak jak je vnímají oni. Otázky směřovaly k rizikům vycházejících z pracovního prostředí, vztahů na pracovišti a ze specifík cílové skupiny. Na konci ohniskové skupiny jsme se zaměřili na návrhy, jak rizika zmírnit.

Tato ohnisková skupina byla poslední ze tří, které se v rámci výzkumu uskutečnily.

Zhodnocení průběhu ohniskových diskuzí

Během všech tří diskuzí všichni respondenti respektovali pravidla diskuze, odpovídali postupně a neskákali si do řeči. Všichni respondenti se aktivně účastnili diskuze a vyjádřili svůj názor na problematiku. Během diskuze se neobjevily žádné rušivé elementy, které by narušovaly průběh diskuze.

Průběh individuálních rozhovorů s respondenty

Rozhovory s jednotlivými respondenty probíhaly mimo prostředí ohniskové skupiny. Jednotlivé rozhovory byly se souhlasem respondentů nahrávány. S respondenty jsem se setkávala v předem dohodnutý čas na klidných místech, tak abychom měli na průběh rozhovoru dostatek času.

Okruhy otázek v rozhovoru

- Spokojenost v kolektivu pracovníků
- Psychická náročnost pracovní pozice – v čem ji respondenti sami spatřují
- Konkrétní projevy osob s mentálním postižením, které dle respondentů mohou vést k syndromu vyhoření

4.2. Výsledky analýzy dat

Analýza dat byla provedena sestavením jednotlivých kategorií za pomoci otevřeného kódování.

Jednotlivé kategorie: Motivační a demotivační faktory, rizika syndromu vyhoření vycházející z pracovního prostředí, rizika syndromu vyhoření vycházející ze specifických potřeb a projevů osob s mentálním postižením, rizika syndromu vyhoření a pracovní kolektiv, prevence syndromu vyhoření, celková spokojenost v zaměstnání.

4.2.1. Motivační a demotivační faktory

Jak bylo zmíněno v teoretické části, motivace a demotivace pracovníků může ovlivnit i výskyt syndromu vyhoření. Motivační a demotivační faktory ovlivňují psychickou pohodu pracovníků v sociálních službách a to jak pozitivně, tak negativně. Je důležité, aby se pomyslné misky vah nakláněly na stranu motivačních faktorů nebo byly alespoň v rovnováze. Pokud převažují demotivační faktory, pracovníci nejsou motivováni a často spadají do kolotoče rutinní práce, jenom aby ji už měli za sebou. Téma motivace pracovníků k práci v sociálních službách se v ohniskové diskuzi i v individuálních rozhovorech objevovalo často.

„Smyslem motivace je nenásilné vytvoření pozitivního přístupu k něčemu, často k nějakému výkonu či typu chování.“ (Pramínek, 2007, s. 14) Motivaci rozlišujeme vnitřní (motivy) a vnější (stimuly). Opakem motivace je demotivace, kdy vnitřní či vnější faktory působí na člověka demotivačně.

Z pohledu motivace, je důležitý důvod rozhodnutí pro práci v sociálních službách. Motivace pracovníků pro práci v sociálních službách jsou různé. Zatímco jedna část pracovníků se pro práci rozhodla s motivací „konání dobra“, jiní pracovníci se rozhodli na základě studia nebo kvůli vlastním osobním zkušenostem s problematikou mentálního postižení. Zatímco respondenti č. 2, 8 a 9 směřovali k práci v sociálních službách s motivem pomáhat již od počátku profesní přípravy na středních či vysokých školách,

respondenti 5, 6, 3, 4 a 7 se nejdříve věnovali jiným oborům a až později během studijních či pracovních zkušeností začali směřovat k sociálním službám.

R1: *„K této práci jsem směřovala už na vysoké škole, kdy jsem studovala sochařinu. V té době jsem věděla, že bych chtěla nadále pracovat s osobami s postižením, právě za pomoci výtvarné výchovy což se mi splnilo.“*

R3: *„Kvůli zdravotním problémům jsem byla v invalidním důchodu, když se mi naskytla možnost jít pracovat na částečný úvazek do Pomněnky. Brala jsem to jako symbolické – do práce jsem nastupovala přesně v den 18. Narozenin mého syna, kterému po porodu hrozilo postižení.“*

Během rozhovorů se ukázalo, že pro pracovníky je velice důležitou prevencí syndromu vyhoření i motivace a demotivace během samotného pracovního procesu. Pracovníci se shodli, že největší demotivací je finanční ohodnocení práce v sociálních službách. Dalším demotivačním faktorem je byrokracie a velké množství „papírové“ práce.

R1: *„Nejvíce mě motivuje to, jak jsem u uživatelů oblíbená a to že se snaží mi udělat radost.“*

R3: *„Vždycky když mají radost, že mě vidí, pochválí mě...“*

R4: *„Největší motivace je radost z toho když je dokážu pro něco nadchnout, což někdy není vůbec jednoduché. Nejvíce mě demotivuje nezájem uživatelů o jakoukoli činnost a jejich nezájem se učit něco nového.“*

R6: *„Největší motivací je pro mne, když zvládnou uživatelé nějakou novou dovednost, nebo se jim něco povede.“*

R9: *„Největší motivací pro mě je péče o osoby s těžkým mentálním postižením, to mě baví a naplňuje.“*

Jak jde vidět i v uvedených úryvcích z ohniskové skupiny, motivací v pracovním procesu je pro pracovníky především, zájem uživatelů o činnosti, oblíbenost pracovníků u uživatelů, potřeba péče o osoby s těžkým stupněm mentálního postižení a naplňování cílů organizace. Pracovníky naopak demotivuje nezájem uživatelů o jakoukoli činnost, těžká motivace uživatelů, nezájem uživatelů o učení se a zlepšení své sociální situace, což je cílem samotného poskytování sociální služby.

Demotivace v pracovním procesu je rizikovým faktorem syndromu vyhoření, stejně jako špatná motivace pro práci v sociálních službách. Dle pracovníků je důležité vědět, proč tuto práci chtějí dělat a tento důvod by měl převažovat nad nevýhodami a riziky práce.

R5: „*Tuto práci nemůžete dělat jenom, protože zrovna žádná jiná není, člověk to musí chtít dělat, protože jinak ho to semele hodně rychle.*“

R7: „*Dělám práci pro radost a ne pro peníze, jsem ráda, že jsem tam, kde jsem.*“

Shrnutí

Z ohniskové diskuze vyplynulo, že pro většinu respondentů byla volba práce v sociálních službách motivována potřebou pomoci. Nejčastěji se v ohniskové skupině i v jednotlivých rozhovorech objevoval jako silný motivační faktor zájem a oblíbenost mezi uživateli. Naopak jako demotivační faktor byla nejčastěji zmiňována byrokracie a nízké finanční ohodnocení práce v sociálních službách.

4.2.2. Rizika syndromu vyhoření vycházející z pracovního procesu

Během své práce s uživateli naráží pracovníci na rizika, které vychází ze samotného pracovního procesu a prostředí. Pracovní prostředí by vždy mělo být zaměstnancům příjemné a měli by se v něm cítit dobře. Jedině tak mohou odvádět svoji práci kvalitně, aniž by ohrožovali sami sebe.

Respondenti se shodli, že pracovní prostředí je pro ně důležitým faktorem, ovlivňující spokojenost v zaměstnání i syndrom vyhoření. Jak jsem popisovala v teoretické části práce, z pracovního prostředí jsou rizika vedoucí k syndromu vyhoření především vysoká míra byrokracie, nedostatek loajality vůči instituci, pracovní přetížení zaměstnanců, nedostatek autonomie a práce nepředstavující výzvu.

Byrokracie

V teoretické části jsem zmiňovala, že byrokracie je rizikem, které může vést k syndromu vyhoření. Byrokracii se bohužel v sociálních službách nedá vyhnout – průběh poskytované služby musí být pečlivě zaznamenán.

Byrokracie v sociálních službách představuje demotivující faktor pro většinu respondentů. Respondenti uvedli, že spolu s nízkým finančním ohodnocením se jedná o

nejvýraznější rizikový faktor vedoucí k syndromu vyhoření. Respondenti se shodli, že byrokracie není problém na úrovni organizace ale na úrovni poskytování sociálních služeb a ze strany organizace jej není lehké ovlivnit. V tomto bodě ohniskové skupiny se strhla živá diskuze o možnostech zmírnění byrokracie.

R1: *„Člověk se neustále vrací kuž uplynulým událostem, aby zapsal zápis do evidenčního systému, aby zhodnotil průběh dne... Pokud se nic závažného přes den nestane je to docela rychlé, avšak pokud se během dne vyskytne nějaký problém, může se vyřizování protáhnout i na několik hodin.“*

R2: *„Je důležité hlídat si, jestli má člověk vše včas hotové. Pokud se toho navolí za několik dní více, je těžké resty dohnat a splnit si své povinnosti.“*

R4: *„Papírování je hodně, navíc na něj není moc času. Například individuální plánování s uživateli je těžké začlenit do prostoru v přímé péči. Zbytek můžeme vyřídit mimo přímou péči, ale ne vše se dá dělat bez uživatelů.“*

Zdlouhavé papírování může pracovníky více vyčerpávat, ale také se mnohdy musí vracet k nepříjemným či náročným záležitostem během dne. Dalším problémem je, že pro mnohé pracovníky je orientace v těchto záležitostech velice těžká a je pro ně nepříjemné vyhledávat neustále pomoc kolegů.

Nedostatek loajality vůči instituci

Loajalita vůči zaměstnavateli a uživatelům je ve vztahu k syndromu vyhoření velice důležitá, souvisí totiž s již zmíněnou motivací. Motivovaní pracovníci bývají loajálnější vůči zaměstnavateli i uživatelům. Velkým rizikem při neloajálnosti je především negativní ovlivnění zbytku pracovního týmu. S nízkou loajalitou je též spojena problematika častých pracovních neschopností.

Respondenti výzkumu loajalitu vnímají jako důležitou součást spolupráce se zaměstnavatelem a jako povinnost vůči zaměstnavateli vycházející z pracovních povinností, žádný z respondentů však neoznačil nízkou míru loajality jako riziko syndromu vyhoření.

Pracovní přetížení

Pracovní přetížení a dlouhodobý pracovní stres je jedním z největších rizik pracovního prostředí, které mohou vést k syndromu vyhoření. Jak bylo napsáno již v teoretické části, tak pracovní přetížení dělíme na objektivní, subjektivní, kvantitativní a kvalitativní. Čím vyšší je pracovní přetížení, tím vyšší je riziko vyhoření.

Vysoké pracovní nasazení i mimo pracovní dobu potvrdilo několik respondentů výzkumu. Z výzkumu také vyplynulo, že svobodní pracovníci bez dětí často sklouzávají k práci bez časových hranic. Velkou výhodou pracovníci spatřují v rozdělení pracovní doby na přímou a nepřímou péči, přičemž práci spadající do nepřímé péče o uživatele si mohou plnit buď v zaměstnání, nebo doma. Tato výhoda se však může stát i nevýhodou – pracovníci si často nosí práci domů.

R2: *„Každý musí někdy vypnout. Práce není to nejdůležitější v našem životě, to si ale každý musí uvědomit sám. Neustálý stres v práci může člověka hodně rychle odrovnat.“*

R4: *„Vzhledem k pracovní době, kterou reálně musíme trávit na pracovišti si myslím, že tato práce není zase tak náročná, pokud si tedy práci, kterou je potřeba dělat mimo přímou péči o uživatele nenecháváte na poslední chvíli. Pak to trochu stres je.“*

R5: *„Někdy už jsem opravdu unavená z neustálého shonu“.*

R7: *„ Jsou dny, kdy je to náročnější a dny, kdy si člověk v práci dokonce i odpočine. Záleží na tom, kolik uživatelů zrovna je v Centru a kolik péče potřebují.“*

R9: *„Nejsem vyloženě pracovní přetížená, ale vzhledem k mé pozici musím být téměř pořád na telefonu, aby se mi dovolali jak uživatelé služeb, tak zaměstnanci, za které zodpovídám. Někdy je to velice náročné.“*

Z jednotlivých rozhovorů s pracovníky vyplynulo, že pro pracovníky, kteří mají rodinu je, jednodušší se oprostít od práce a doma odpočívat, či se věnovat rodině.

R4: *„Často se mi stává, že na mě doma někdo mluví a já ho nevnímám. Doma se prostě musím věnovat rodině, což mi pomáhá vypnout a nemyslet na práci, někdy je ale těžké to skloubit všechno dohromady.“*

R9: *„Stává se, že přijdu z práce domů a pokračuji v práci na počítači. Nic mě nehoní, děti na mě nekřičí a stejně mnohdy nemám co dělat.“*

Nedostatek autonomie

Autonomie je pro většinu zaměstnanců důležitá. „*Zaměstnanec disponuje pravomocí a odpovědností samostatně jednat a rozhodovat v rámci plnění sjednaných pracovník úkolů a povinností.*“ (Šikýř, 2014, s. 89) Nedostatek autonomie může pracovníky deprimovat především z nedostatku kontroly. Společně s dalšími riziky může nedostatek autonomie pracovníka přivést až k syndromu vyhoření.

Pro některé respondenty je důležitá míra autonomie v jejich práci, což je jim ve velké míře dopřáváno od vedení organizace. Každý pracovník sice má určitou náplň práce a zajišťuje určité aktivity, pracovníci si však náplň aktivit určují sami týden dopředu (např. v keramice budeme tento týden dělat květináče), což jim umožňuje především samostatné rozhodování o náplni hlavní části práce.

R6: „*Je super že si můžeme náplň aktivit určovat více méně sami. Děláme tím pádem to, co nás baví a zároveň máme možnost předat uživatelům to nejlepší, co umíme. Navíc nám nikdo nestojí za zády a nesleduje neustále naši práci.*“

Ne všichni respondenti se však s takovou mírou autonomie ztotožňují.

R8: „*Myslím si, že někdy je důležité, aby byla kontrola práce s mentálně postiženými větší. Přece jenom nikdy nemůžeme vědět, co se stane.*“

U některých respondentů je nedostatek autonomie vnímán jako riziko vedoucí k syndromu vyhoření. Připisují to však především rozdílným povahám – pro jednoho respondenta je autonomie v zaměstnání velice důležitá a další respondent je raději, když má nad sebou neustálou kontrolu a má co nejnižší zodpovědnost.

R2: „*Mně vyhovuje to, že máme volnou ruku, ale je to ruku v ruce se zodpovědností za odvedenou práci a za uživatele.*“

R5: „*Někdy je té autonomie až moc.*“

Práce nepředstavující výzvu

Stereotypní práce nepředstavující žádnou výzvu pro pracovníka je dalším z možných rizik vedoucích k syndromu vyhoření. Dle respondentů se však v jejich práci tohle riziko neobjevuje, protože práce v sociálních službách není nikdy stejná a neustále klade na člověka velké nároky.

Shrnutí

Během ohniskové skupiny respondenti zhodnotili jako velké riziko vyhoření byrokracií a většina respondentů by byla ráda za zmírnění byrokracie v sociálních službách. Druhým nejvíce vnímaným rizikem vedoucím k syndromu vyhoření pro respondenty bylo pracovní přetížení. Tohle téma však více vyplynulo během individuálních doplňujících rozhovorů s jednotlivými respondenty, kdy především mladší respondenti zmiňovali únavu a vysoké pracovní nasazení. V tématu nedostatku autonomie se tři respondenti shodli, že někdy mají autonomie v pracovním procesu až moc a uvítali by pevnější hranice, ostatní respondenti jsou s mírou autonomie spokojeni.

Nejméně rizikovým faktorem ze skupiny rizik vycházejících z pracovního prostředí vnímají respondenti nedostatek loajality.

4.2.3. Rizika syndromu vyhoření vycházející z práce s cílovou skupinou osob s mentálním postižením

Péče o osoby s mentálním postižením má svá specifická úskalí a klade na pečujícího poměrně velké nároky. Obecná rizika vedoucí k syndromu vyhoření při práci s osobami s mentálním postižením jsou: poruchy adaptace, projevy agresivity, sexuální obtěžování, špatná spolupráce, závislost uživatelů na službě a pracovnících, krizové situace ve službě a složitá komunikace s osobami s mentálním postižením.

Poruchy adaptace

Poruchy adaptace jsou velice častým jevem u osob s mentálním postižením. Osoby s mentálním postižením často špatně snášejí jakékoli změny, ať už v obsazení pracovníků (odchody pracovníků, příchody nových pracovníků apod.), či ve změnách prostor, aktivit apod. Poruchy adaptace se projevují především odlišnou reakcí na změny.

Respondenti výzkumu se s poruchami adaptace potkávají poměrně často. Dle respondentů se však u uživatelů Centra Pomněnka dá adaptace ulehčit díky přátelským vztahům a dobré znalosti uživatelů a nevnímají ji jako přímé ohrožení vedoucí k syndromu vyhoření.

R2: „Nemyslím si, že zrovna obtížná adaptace je u nás takovým problémem aby vedla k syndromu vyhoření. Mezi uživateli a pracovníky je přátelská atmosféra a veškeré změny se uživatelům snažíme říct natolik srozumitelně a dopředu aby nebyli zaskočeni.“

R5: „U některých uživatelů jsou reakce na změnu opravdu prudké, mnohdy až agresivní. Je náročné s tím pracovat, protože mnohdy se uživatelé natolik bojí změny, že odmítají úplně vše.“

R6: „Veškeré změny se musí uživatelům dávkovat, jinak bysme se tady z toho mohli zbláznit.“

R5: „Někdy je to opravdu náročné ale myslím si, že jsou horší věci, naši uživatelé si většinou rychle zvyknou na novinky, pokud jim srozumitelně vysvětlíme, co to pro ně znamená.“

Projevy agresivity

Jak již bylo zmíněno v teoretické části, osoby s agresivními projevy nejsou cílovou skupinou Centra Pomněnka, i tak se ovšem může stát, že se u uživatelů agresivní chování objeví. Příčiny agresivity můžou být vnitřní (vycházejí z uživatele), vnější (vycházejí z prostředí) a mezilidské. (Janišová, s. 14)

Dle respondentů jsou agresivní projevy uživatelů spíše výjimečné, což odpovídá i tomu, že uživatelé s agresivními projevy nepatří do cílové skupiny této sociální služby. Projevy agresivity pracovníci označili jako natolik málo časté, že je neohrožují syndromem vyhoření, uznali však, že při dlouhodobém vystavení se agresivním projevům ze strany uživatelů by mohli být více ohroženi.

R1: „Občas se stane, že se uživatel rozčílí a chová se až agresivně, nestává se to však často. Kdyby se jednalo o pravidelný problém, asi by to mohlo napomoci vyhoření.“

R5: „Agresivita u uživatelů je zde spíše méně častá, rozhodně se neobjevuje v takové míře, aby mě ohrozila vyhořením.“

Sexuální obtěžování

Osoby s mentálním postižením často mají posunuté hranice a mnohdy nevnímají přílišný tělesný kontakt jako sexuální obtěžování. V tomto případě je především na pracovnících organizace, aby si nastavili pravidla, která se musí dodržovat.

Dle respondentů v Centru Pomněnka se obtěžování se sexuálním podtextem objevuje spíše výjimečně. Řešení těchto situací samozřejmě probíhá v soukromí, bez přítomnosti ostatních uživatelů.

R4: „*Nemyslím si, že tohle by bylo zase tak moc časté u nás v zařízení. Kdyby byly sexuální útoky časté, tak si dokážu představit, že by mohly vést k syndromu vyhoření.*“

R6: „*Stává se, že si především kluci chtějí nepozorovaně osahat asistenta, většinou jde opakovaně o ty samé uživatele, ale stačí s nimi rozumně promluvit a upozornit je na fakt, že jsem vdaná.*“

Závislost uživatelů na službě popř. pracovnících

Posláním sociální služby je vést uživatele k životu v běžné společnosti s co nejnížší mírou podpory, i přes to se velká část uživatelů a jejich rodin stává na sociální službě závislých. Pracovníci se snaží uživatele vést k co největší samostatnosti, upevňují jejich pracovní dovednosti, orientaci v prostoru a dovednosti spojené s vedením domácnosti. Míra závislosti na službě je však i přes to vysoká, což může pracovníky vysilovat a mohou ve své práci ztrácet smysl.

Pracovníci přiznávají, že závislost uživatelů na službě je pro ně deprimující, především kvůli malé míře zpětné vazby.

R8: „*Bylo by fajn vidět nějaký pokrok a odvedenou práci za sebou, není lehké neustále se snažit něco zlepšit, aniž byste za sebou viděli výsledek. Dost často je to pro mě ten největší problém v práci, unavuje mě to. A to nemluví o tom, jak těžké je naplňovat cíle organizace, pokud sami uživatelé nemají zájem tohoto cíle dosáhnout.*“

R9: „*Závislost uživatelů na službě je smutná. Sociální služba je tu kvůli tomu, aby se uživatelé co nejvíce osamostatnili, ale ve výsledku se na ní stávají závislí a mají problém bez ní fungovat. Někdy je na pováženou jestli tato práce má vůbec smysl, pokud nemůžeme splnit její primární cíl.*“

Dalším problémem může být závislost uživatele na některém z pracovníků ve službě. Uživatelé si pracovníka mohou oblíbit natolik, že se na něm stávají závislí, popřípadě se do něj „zamilují“. Dle respondentů se tyto situace stávají poměrně často a je těžké jim předcházet.

Složitá spolupráce a komunikace

Jak jsem popisovala již v teoretické části, problémová komunikace je u osob s mentálním postižením poměrně častým jevem. Klade vyšší nároky na porozumění pracovníků uživatelům a může být i důvodem konfliktů ve službě.

Problémová komunikace a špatná spolupráce s uživateli z řad osob s mentálním postižením je dle respondentů největším rizikem vedoucím k syndromu vyhoření z kategorie rizik vycházejících ze specifík osob s mentálním postižením.

Velká část osob s mentálním postižením navštěvujících Centrum Pomněnka má přidružené také logopedické vady. Dle respondentů tyto vady ještě zhoršuje uspěchanost a netrpělivost uživatelů, kterým poté jde rozumět ještě hůře. Dle respondenta č. 2. je dalším problémem to, že uživatelé často nechtějí opakovat to, co již jednou řekli.

R6: *„Nejlepší je, když se s někým nemůžu domluvit a on se urazí, že mu nerozumím, a čím víc se snaží, tím je to horší.“*

Pokud není pracovník zrovna sám se skupinou uživatelů, většinou si zavolá na pomoc kolegu, který tomu danému uživateli třeba více rozumí, ne vždy však mají pracovníci možnost zavolat si „posilu“ a dle respondentů tyto situace často končí nedorozuměním mezi uživatelem a pracovníkem.

R7: *„Čím více s daným uživatelem trávíme času, tím lépe mu většinou rozumíme. Problém ale nastává, pokud třeba k uživateli, který opravdu špatně mluví, přichází pracovník, co s ním běžně nepracuje. Tyto situace jsou velice vyčerpávající jak pro nás tak pro uživatele samotné.“*

Dle respondentů 3, 4 a 8 je komunikace s uživateli někdy opravdu náročná a vyčerpávající. Respondenti se také shodli na tom, že díky střídání uživatelů v dílnách si mohou na jednu stranu odpočinout, na druhou stranu se k nim někteří uživatelé dostávají méně často, čímž se ještě prohlubuje komunikační bariéra. Tato bariéra může pracovníky vyčerpávat a může přispět ke vzniku syndromu vyhoření. Potíží s komunikací se dá předcházet pouze částečně a to kurzy pro pracovníky zaměřenými na neverbální dorozumívání.

Špatná spolupráce s uživateli s mentálním postižením je jedním z problémů ve většině zařízení pro tuto cílovou skupinu. Dle respondentů 1 a 4 je nejdůležitější nastavení

jasných pravidel v daném zařízení a trvání na jejich respektování. Všichni respondenti spatřují ve špatné spolupráci s uživateli rizikový faktor, který může přispět k syndromu vyhoření.

R4: *„Pokud nejsou nastavena pravidla fungování služby a nefunguje žádný vnitřní řád, uživatelé se nemají čeho držet a nemůžou ani vědět co je povoleno a co ne. Nejde o to, aby byla striktní pravidla – od devíti do desíti budou všichni pracovat a basta. Jde o to, aby tu byl aspoň nějaký řád a uživatelé ho ctili, jinak by z toho byl brzy holubník.“*

Pro některé uživatele mohou být pravidla spouštěčem problémového chování.

R5: *„Nejvíce mě unavuje neustálé doprošování se uživatelů, aby se zapojili do programu, popřípadě aby aspoň šli se skupinou do dílny. Jsou uživatelé, kteří vyhledávají konflikty a jdou proti proudu za každou cenu, některé z nich však nemůžeme nechat samotné v budově nebo na patře a na druhou stranu ostatní uživatelé ze skupiny nemůžou přijít o oblíbenou aktivitu kvůli jedinci.“*

Krizové situace ve službě

Krizové situace mohou nastat v jakémkoli zaměstnání, stejně tak i v sociálních službách jsou poměrně časté. Krizové situace jsou takové situace, které se stávají náhle, není čas se na ně připravit, způsobují strach, bolest, zmatek, bezmoc a není možné během nich kontrolovat situaci. (Bednář, 2012, s. 131) Problematiku krizových situací upravuje standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace.

V zařízení, ve kterém výzkum vznikal, mají sepsán Katalog krizových a havarijních situací, který se neustále doplňuje o nové situace, které ve službě vznikají nebo mohou potencionálně vzniknout. V tomto katalogu je sepsáno i možné řešení situace a s katalogem jsou respondenti pravidelně seznamováni. Sami respondenti se navíc zapojují při tvorbě tohoto dokumentu. Krizovým situacím se však nedá úplně předcházet.

R5: *„Naše práce je nevyzpytatelná, situace se může změnit z minuty na minutu a musíme na ni umět rychle zareagovat, jinak se nám vymkne z rukou. Člověk musí být neustále ve střehu což je únavné a náročné. Myslím si, že časté řešení krizových situací může vést k syndromu vyhoření, protože ne každý člověk krizové situace zvládá dobře.“*

Z výzkumu vyplynulo, že dle respondentů je důležité, aby pracovníci v sociálních službách byli trochu průbojní a dokázali zavčas reagovat na krize. Často jsou totiž

v situaci sami a musí správně reagovat a situaci řešit. Tento fakt dle respondentů může působit na pracovníky stresově a může přispět k vzniku syndromu vyhoření.

R1: *„Nejhorší to bývá na výletech, kdy se člověk často musí spoléhat sám na sebe, nebo maximálně na jednoho kolegu. Volat vedení často není v krizi čas a vše záleží jen na našem úsudku.“*

R2: *„Když jde člověk pracovat do sociálních služeb, musí počítat s tím, že to není práce, která by byla nalajnovaná a neustále se opakovala. Krizové situace se objevují oproti jiným zaměstnáním poměrně často, takže s tím musí člověk počítat, jinak samozřejmě vyhořet může docela rychle. Taký hodně záleží, jak se ke krizovým situacím pracovníci staví, zda se jim snaží předcházet a vypracovávají metodiky pro krizové situace, nebo je řeší, až když nastanou.“*

Shrnutí

V tématu rizik vycházejících z práce s cílovou skupinou osob s mentálním postižením se nejvíce riziková respondentům jevila svízelná komunikace a špatná spolupráce a motivace uživatelů. Krom jednoho respondenta všichni tohle riziko označili jako největší ze všech rizik, které z výzkumu vyplynuly.

Dalším velkým rizikem je dle pracovníků nedostatek zpětné vazby, závislost uživatelů na sociální službě a tím i nenaplnění poslání sociální služby.

Agresivitu uživatelů a sexuální obtěžování respondenti vnímají jako velké ohrožení pracovníků z pohledu syndromu vyhoření, dle nich se však v Centru Pomněnka objevují tak zřídka, že se jimi necítí ohroženi.

4.2.4. Rizika syndromu vyhoření vycházející ze vztahů na pracovišti

S kolegy trávíme mnohdy více času než s rodinou či přáteli, proto jsou vztahy na pracovišti důležité a nedostatek vzájemné soudržnosti mezi spolupracovníky vyvolává stres. (Stock, 2010, s. 37)

Ke vzniku syndromu vyhoření mohou přispět také špatné vztahy na pracovišti. Respondenti č. 1, 3, 6 a 7 se shodli, že kolektiv je poměrně dobrý už kvůli přítomnosti mužů v kolektivu.

R7: „V sociálních službách jsou většinou ženské kolektivy, což často nedělá dobrotu. Jsem ráda, že tu nějaké ty chlapy máme – smíšený kolektiv je vždy více v pohodě.“

Většina respondentů vyhodnotila pracovní kolektiv jako dobrý, dva respondenti nejsou s pracovním kolektivem příliš spokojeni.

R8: „Jsem v tomto kolektivu poměrně nová a moc mi nesedí, doufám, že si časem zvyknu. Dříve to tu bylo jiné, více pohodové ale bylo také méně uživatelů...“

R9: „S kolektivem moc spokojená nejsem, nepřijde mi, že bychom si moc rozuměli.“

Pracovníci se pravidelně snaží kolektiv utužovat společnými aktivitami mimo pracovní dobu. V případě sporů na pracovišti mají respondenti výhodu dobře členěných pracovních prostor, kdy se nemusí za celý den téměř vidět, čímž se spory na pracovišti minimalizují. Respondenti se často schází i s pracovníky z jiných služeb v rámci tzv. pracovních setkání, kdy diskutují o problémech týkajících se více služeb a navrhují nové metody a řešení krizových situací.

R3: „Mám ráda pracovní setkání, kdy jindy máte možnost si popovídat se všemi kolegy zaráz, dát si s nimi kávu a navzájem si pomoci s problémy které nás všechny tíží. Naši uživatelé často prochází více službami, ale naše pracovní doba se míjí.“

R6: „Snažíme se pravidelně scházet, ne vždycky to vyjde všem a někteří se těmto „setkáním“ vyhýbají, ale nevadí, kdo chce, ten přijde.“

Shrnutí

Téma vztahů na pracovišti se více objevovalo v individuálních rozhovorech, kdy dva respondenti uznali, že nejsou s kolektivem příliš spokojeni. Ostatní pracovníci nemají k pracovnímu kolektivu výhrady, i když někteří pouze díky tomu, že spolu nemusí trávit příliš moc času.

Jako důležité se ukázalo setkávání se s pracovníky z ostatních služeb, což respondenti sami považují za přínos.

4.2.5. Prevence syndromu vyhoření

Prevence syndromu vyhoření v sociálních službách je velice důležitá a může probíhat na úrovni organizace a na úrovni samotných pracovníků. Jak bylo popsáno v teoretické části, možnosti prevence syndromu vyhoření jsou široké a individuální u každého jedince. Prevence syndromu vyhoření je stěženi, protože vždy je lepší syndromu vyhoření předcházet, než řešit následky z jeho vzniku.

Prevence na úrovni organizace v Centru Pomněnka byla popsána v teoretické části práce. Respondenti č. 4, 5, 8, a 9 se shodli, že organizace se snaží vytvářet takové prostředí pro pracovníky, aby se syndromu vyhoření dalo předcházet.

R3: *„Přístup vedení je dobrý, dá se vždy domluvit, pokud se člověk na něco necítí. Dobrá jsou i školení, ty si můžeme vybrat v týmu dle vlastních potřeb.“*

R4: *„Nevadí mi ani propojené dílny. Super je pracovní doba, kdy nemusíme dělat nepřímou péči v práci, ale můžeme si ji udělat doma.“*

Ostatní respondenti si myslí, že organizace toto splňuje částečně. Respondentům především vadí špatné řešení prostor určených pro zaměstnance – šatny pracovníků a nedostatek sociálního zařízení.

R2: *„No nejhorší je šatna a zázemí pro asistenty. Další věc je oběd – nemáme prostor najíst se v klidu. Pokud ve vedlejší dílně je trochu hlasitější činnost někdy je to těžší ale dá se to zvládnout.“*

R7: *„Další věc je to, že na všechny pracovníky Centra je jeden záchod. To je pak někdy o přestávce těžké se vystřídat.“*

Prevence na úrovni pracovníků je individuální dle samotných respondentů. Všichni respondenti se shodli, že mají určitou formu prevence syndromu vyhoření, a to i respondenti, kteří se necítí být tímto syndromem ohroženi.

R1: *„Já chodím pěšky do práce, strašně si před tím vyčistím hlavu. Potřebuju pohyb, umění, dobrý film a sex.“*

R2: *„Přijdu domů, a zavřu se do nějaké místnosti, kam nikdo jiný nechodí, a mám klid. Doma už všichni ví, že když se zavřu, tak tam nemají chodit.“*

R3.: „*Já nemám žádný určitý způsob jak se bránit syndromu vyhoření. Ale mám ráda tvoření a u toho si vždycky odpočínu.*“

R4: „*Musím mít pohyb, potřebuju si pořádně vymýt hlavu fyzicky.*“

R6: „*Běhám, tím si pročistím hlavu. Chodím většinou běhat s kamarádkou tak si aspoň pokecáme.*“

R7: „*Já taky hodně chodím, nejraději z práce vyčistím si hlavu, než dojdu domů a je mi dobře.*“

R9: „*Vypnu si telefon a užívám si klidu.* „

Jako jednou z obecných prevencí syndromu vyhoření je uváděna supervize. Během ohniskové skupiny se respondenti vůči supervizi vyjádřili odmítavě a na jejich žádost pravidelné supervize neprobíhají. Pracovníci mají možnost si supervizi vyžádat u vedení organizace a bude jim neprodleně zajištěna. Respondenti odmítají supervizi především kvůli předchozím špatným zkušenostem.

R2: „*Strašně záleží na osobě supervizora, musím mu věřit, což není zase tak jednoduché. Zažil jsem jak dobré, tak špatné supervize a nemyslím si, že by vždycky byly přínosem.*“

R4: : „*Ideální supervize je když se tým někde sejde na neutrální půdě, ale chce to spontánní a ne jen kvůli tomu že je termín supervize. To je ale problém protože supervize se domlouvají dopředu a pak se cíleně vyhledávají problémy, pokud zrovna žádné nejsou.*“

R7: „*Supervize pro nás byly v minulém zaměstnání spíše za trest. Pár dní dopředu nám řekli, ať si nachystáme problémy, abychom měli o čem mluvit.*“

R8: „*Nemyslím si, že svěřovat se cizí osobě, kterou si navíc objednáva, vedení by mohlo být přínosem.*“

V případě supervize by bylo záhodno provést v organizaci u pracovníků osvětu, tak aby porozuměli přínosům supervize a to nejen v prevenci syndromu vyhoření. V současné době čeká respondenty první supervize v organizaci.

Shrnutí

Z výzkumu vychází, že si pracovníci ohrožení syndromem vyhoření uvědomují a snaží se o jeho prevenci. Dalším faktem je, že pracovníci odmítají supervizi, která je jedním z nástrojů prevence syndromu vyhoření z důvodu nedůvěry v supervizora.

4.2.6. Celková spokojenost v zaměstnání

Celková spokojenost respondentů v zaměstnání zahrnuje všechny předchozí a i další faktory. Je důležitá především kvůli psychické pohodě pracovníků, kteří do práce mohou chodit rádi a nic je tam netíží. Všichni respondenti se vyjádřili jako velice spokojení, jediné, co bylo zmíněno jako vada v zaměstnání, která je často tíží byly platové podmínky. Ty se však v průběhu psaní práce změnily, proto jsem respondenty kontaktovala znovu. Po této změně již pracovníci nezmiňovali ani finanční stránku a vyjádřili se jako spokojení v zaměstnání.

4.3. Diskuze shrnující závěry

Cílem výzkumné části práce bylo zjistit, jaká rizika vedoucí k syndromu vyhoření vnímají ve svojí práci zaměstnanci v Centru Pomněnka. Na výzkumnou otázku i na dílčí otázky se mi během výzkumu povedlo nastítnit odpovědi. Syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách je bohužel v současné době realitou, kterou však spousta zaměstnanců a zaměstnavatelů odmítá z různých důvodů. V Centru Pomněnka si pracovníci rizika syndromu vyhoření částečně uvědomují, a to konkrétně v níže uvedených konstatováních a zjištěních.

Během analýzy dat otevřeným kódováním jsme na základě dat sestavili tyto kategorie: motivační a demotivační faktory, rizika syndromu vyhoření vycházející z pracovního prostředí, rizika syndromu vyhoření vycházející ze specifických potřeb a projevů osob s mentálním postižením, rizika syndromu vyhoření a pracovní kolektiv, prevence syndromu vyhoření a celková spokojenost v zaměstnání.

V Centru Pomněnka jsem za pomoci výzkumného šetření našla několik více či méně vážných rizikových faktorů, které by u některých pracovníků mohly vést k syndromu vyhoření. Jedná se o riziko nedostatečného nastavení hranic uživatel x pracovník u některých zaměstnanců, velké nasazení pracovníků, neodtrhnutí profesního a osobního života, rizikové faktory vycházející z pracovního prostředí a faktory vycházející z práce s konkrétní cílovou skupinou. Konkrétně se jednalo především o riziko vycházející ze složité komunikace a spolupráce s osobami s mentálním postižením, které bylo respondenty nejčastěji zmiňováno jako faktor, který může vést k dlouhodobému vyčerpání a později i k vyhoření. Dále pracovníci vnímají zvýšené riziko vycházející z nenaplnění poslání a cílů služby a nedostatek zpětné vazby.

Většina respondentů vidí rizikový faktor syndromu vyhoření především v obtížné adaptaci uživatelů na nové situace, v závislosti uživatelů na jednotlivé pracovníky služby a také ve svízelné komunikaci s některými uživateli. Vzhledem k cílové skupině se však s těmito riziky v sociální službě velice špatně pracuje. Pracovníci se snaží uživatele na změny připravovat dopředu, to však není vždy možné (např. evakuační cvičení), u uživatelů se pravidelně střídají, ale nemohou jim nařizovat, které z aktivit se zúčastní – uživatelé se snaží co nejčastěji zařadit ke svému „oblíbenému“ pracovníkovi a tím se závislost prohlubuje.

Z výzkumu vyplývá, že pro pracovníky je důležitá i motivace k práci. Jako nejvíce demotivační faktory byly vyhodnoceny byrokracie a nízké finanční ohodnocení. Během výzkumného šetření se na pracovišti platové podmínky změnila a pracovníci již je znovu nevyhodnotili jako demotivující. Přílišná byrokracie však jako demotivující faktor zůstala.

Jako problematický vidím především postoj respondentů k pravidelným supervizím, které se v organizaci na jejich přání nekonají. Dle mého názoru je vhodné pracovat s tímto názorem a podpořit postoj pracovníků ke spolupráci v této oblasti. Supervize by mohla do organizace přivést především nový pohled na věc a poskytnout pracovníkům tolik důležitou podporu v jejich práci. Změna postoje je však dlouhodobý a náročný proces vysvětlování, přesvědčování, zkušenosti a motivace. Je potřeba, aby se do tohoto procesu zapojil management sociální služby a intenzivně jej podporoval.

Prevenici syndromu vyhoření spatřují pracovníci hlavně v dobré motivaci, příznivé pracovní době a snaze vedení přizpůsobit pracovní prostředí co nejlépe. Většina pracovníků si během působení v sociálních službách vytvořila vlastní systém, jak se syndromu vyhoření efektivně bránit, ve většině případů se jedná o aktivní odpočinek za pomoci sportu, vyhledávání samoty a ticha, či kreativní a tvořivé práce. Z výzkumu vyplynulo, že pracovníci sami si rizika syndromu vyhoření uvědomují, někteří více, někteří méně. Lze říci, že více rizik syndromu vyhoření hrozí a vnímají především mladí pracovníci, kteří nemají děti. Pro tyto pracovníky bylo největším rizikem nedostatečné oddělení profesního a osobního života a velké pracovní nasazení. Pracovníci, kteří mají děti, zhodnotili jako jednodušší oddělení profesního a osobního života. Tento fakt je v současné době zkoumán několika diskuzemi v současné době. Například dle Ruperta, Millerové a Dorociakové (2017, s. 171) je budování rodinných vztahů mimo pracoviště dobrou prevencí syndromu vyhoření.

Zmírnění či odstranění rizik syndromu vyhoření je možné pouze v některých případech. Odstranit by se dalo třeba jedno z rizik vycházející z pracovního. Riziko, se kterým se dá pracovat je nedostatek odpočinku a velké pracovní nasazení pracovníků. Možným řešením by byl rozhovor o pracovních kompetencích a o pracovním nasazení s pracovníky, u kterých vedení zpozoruje tento problém. Další možností je zamyslet se nad tím, proč tento pracovník má takové nasazení a zda by při běžném pracovním nasazení zvládl svoji práci a jestli na něj není naloženo práce příliš.

Za rizika, která se nedají odstranit za žádných okolností, vnímám především rizika vycházející ze specifik práce s cílovou skupinou Centra Pomněnka, ta je však daná již při nástupu pracovníků a uchazeči by na tuto práci měli být připraveni ze studia, díky němuž mají potřebnou kvalifikaci.

Z výzkumného hlediska nepřinesl výzkum žádné překvapivé závěry, poskytuje však komplexní pohled na problematiku syndromu vyhoření v jednom zařízení a již výzkumné šetření poskytlo respondentům možnost, zamyslet se nad hrozbou syndromu vyhoření.

4.3.1. Náměty na další výzkum

Pro další zkoumání by bylo zajímavé porovnat mezi sebou více sociálních služeb stejného či různého typu čímž bychom mohli zjistit, zda se rizikové faktory opakují. Výhodou tohoto výzkumu by mohlo být porovnání míry jednotlivých rizik.

Přínosný by byl výzkum porovnávající rizika syndromu vyhoření u ambulantní, pobytové a terénní služby pro stejnou cílovou skupinu. Tento výzkum by byl přínosem především pro vedení sociální služby, které by mělo lepší srovnání ohrožení pracovníků syndromem vyhoření na všech službách organizace. V rámci tohoto výzkumu by se mohlo zjistit, zda by pro pracovníky bylo přínosem „kolečko“, kdy by se po určitém časovém úseku zaměstnanci přesouvali na jinou službu.

4.3.2. Limity výzkumu

Výsledky kvalitativního výzkumu nelze vztáhnout na širší populaci, počet respondentů je na to příliš nízký. Výsledky výzkumu mohou být také velice subjektivní kvůli nízké praxi výzkumníka.

Limity mého výzkumu je především nízký počet respondentů, dalším limitem výzkumu by mohl být nedostatek informací získaných během ohniskové skupiny kvůli citlivému tématu diskuze. Tomuto limitu jsem se však vyvarovala dalším výzkumným šetřením za pomoci soukromých rozhovorů s respondenty.

Limitem výzkumu je především fakt že se respondenti ohniskové skupiny mezi sebou znají a tím pádem odpovídají pod zvýšenou sebekontrolou.

Závěr

Syndrom vyhoření u pracovníků v sociálních službách je aktuálním tématem, stejně jsou rizikové faktory k tomuto jevu vedoucí. Dle mého názoru je velice důležité, aby si pracovníci sami uvědomovali, že syndrom vyhoření může ohrozit každého z nich a že se sami můžou zapojit do prevence syndromu vyhoření v organizaci. Někdy stačí rozhlédnout se kolem sebe a uvědomit si, co nám v práci vadí. Pokud si uvědomujeme, že nám práce plně nevyhovuje, stresuje nás nebo unavuje, můžeme s tímto problémem pracovat jak sami, tak i s pomocí vedení. I tohle byl jeden z důvodů, proč vznikla tato práce.

Rizikové faktory, které mohou vést k syndromu vyhoření, obklopují pracovníky v sociálních službách každým dnem v pracovním procesu a často i mimo něj. Mezi nejčastější rizikové faktory v Centru Pomněnka patří především svízelná komunikace s uživateli, nedostatečné nastavení hranic mezi uživatelem a pracovníkem, velké nasazení pracovníků, prolínání profesního a osobního života, nízká motivovanost uživatelů, obtížná adaptace uživatelů a závislost uživatelů na pracovnících a sociální službě samotné. V této práci jsem se pokusila upozornit na hlavní rizika, vedoucí k syndromu vyhoření, vyskytující v práci a pomoci osobám s mentálním postižením.

Cílem mojí práce bylo zjistit, jaká rizika při svojí práci vnímají především pracovníci v přímé péči. V teoretické části práce jsem se zaměřila na kontext syndromu vyhoření a práce s osobami s mentálním postižením. Tato práce sama o sobě má spoustu specifík, která mohou na pracovníky působit nepříznivě. Během teoretické práce jsem také shrnula své dosavadní poznatky o rizicích syndromu vyhoření v Centru pro osoby s mentálním postižením Pomněnka. Praktická část práce si kladla za cíl, zjistit, jaká rizika vnímají pracovníci u tohoto poskytovatele sociálních služeb.

Cíle práce se mi podařilo z části naplnit a to konkrétně v odhalení rizikových faktorů, která by mohla vést k syndromu vyhoření. Nejvýraznější rizika vnímaná pracovníky jsou především: Složitá komunikace s některými uživateli, velice složitá motivace některých uživatelů, nedostatek zpětné vazby, problémové adaptace uživatelů či v závislosti uživatelů na službě a na pracovnících samotných.

V Centru Pomněnka jsem objevila rizika, která nejsou odstranitelná i taková, co se odstranit dají. Těžko odstraníme rizika vycházející z podstaty projevů uživatelů služby, i

tyto rizika však můžeme částečně zmírnit. Jako dobrou praxi v rámci prevence shledávám i možnosti střídání uživatelů u jednotlivých pracovníků.

Během sběru dat pro tuto práci jsem si sama uvědomila, kolik rizik syndromu vyhoření se vyskytuje kolem mě a mých kolegů. Je důležité nepodceňovat prevenci syndromu vyhoření v podobě supervizí, pracovních benefitů, příjemného pracovního prostředí a podporou zájmeh a koníčcích zaměstnanců. Důležitou součástí prevence je i motivace pracovníků, jak vnitřní tak vnější. Pro další zkoumání uvedené problematiky navrhuji provedení výzkumného šetření v dalších organizacích zaměřených na práci se stejnou cílovou skupinou a srovnání rizikových faktorů, které mohou vést k syndromu vyhoření.

Seznam literatury

Monografie

1. ARMSTRONG, Michael. *Odměňování pracovníků - Jak z odměňování učinit zdroj úspěšnosti podniku*. 1. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 9788024728902.
2. BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-244-3069-0.
3. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-262-0027-7.
4. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
5. CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
6. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření*. 2. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003.
7. KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
8. KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. *Sociální služby a příspěvek na péči: komentář, právní předpisy*. Olomouc: ANAG, 2007. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 9788072637485.
9. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
10. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
11. MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4315-8.

12. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Přeložil Kateřina LEPIČOVÁ. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
13. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ (eds.). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.
14. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-7367-310-9.
15. MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
16. MORAVCOVÁ, Klára. *PREVENCE SYNDROMU VYHORENÍ A STRESS MANAGEMENT*. 2. Praha: Benepal, a. s., 2013.
17. NOVOTNÝ, Jiří. *Něco o supervizi: cíle, úkoly, smysl, postupy*. 2006.
18. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3., dopl. vyd. Praha: Grada, 2013. Management (Grada). ISBN 978-80-247-4751-4.
19. PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. Praha: Grada, 2007. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-1991-7.
20. PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3447-7.
21. PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.
22. SLOWÍK, Josef. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-691-9.
23. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
24. STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Přeložil Natalie VRAJOVÁ. Praha: Grada publishing, 2010, 103 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-355.

25. ŠIKÝŘ, Martin. *Nejlepší praxe v řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada, 2014. Manažer. ISBN 978-80-247-5212-9.
26. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.
27. URBAN, Jan. *Motivace a odměňování pracovníků: Co musíte vědět, abyste ze svých spolupracovníků dostali to nejlepší*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027195985.
28. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-717-8802-3.
29. VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

Články

1. DOMBROVSKIS, Valerijs, Svetlana GUSEVA a Vadims MURASOVŠ. Motivation to Work and the Syndrome of Professional Burn-out among Teachers in Latvia. *International Conference on Education and Educational Psychology*. 2011, (29), 98 - 106. DOI: 2011.11.212.
2. HAVRDOVÁ, Zuzana, Iva ŠOLCOVÁ, Dana HRADCOVÁ a Eva ROHANOVÁ. Kultura organizace a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*. 2010, **54**(3), 235 - 237.
3. KIM, Hansung, Juye JI a Dennis KAO. Burnout and physical health among social workers: A three-year longitudinal study. *Social Work*. 2011, **56**(3), 258 - 268. DOI: 20151204.
4. POHLOVÁ, Lucie. *Syndrom vyhoření u sester pracujících se seniory. Praktický lékař*. 2011, **91**(5), 274–277.
5. RUPERT, Patricia A., Alisha O. MILLER, and Katherine E. DOROCIÁK. 2015. "Preventing burnout: What does the research tell us?." *Professional Psychology: Research And Practice* 46, no. 3: 168-174. *PsycARTICLES, EBSCOhost* (accessed March 5, 2017).

6. STIBALOVÁ, Kateřina. Co je to Burnout syndrom. *Sociální služby*. 2012, **12**(10), 20 - 21.
7. ŠTARKOVÁ, Petra. Burnout syndrom, aneb Jak pomáhat a nevyhořet. *Sociální služby*. 2015, (3), 30 - 31.
8. TARTAKOVSKY, E, GAFTER-SHOR, A, & PERELMAN-HAYIM, M 2013, 'Staff members of community services for people with intellectual disability and severe mental illness: Values, attitudes, and burnout', *Research In Developmental Disabilities*, 34, 11, p. 3807-3821, Scopus®, EBSCOhost, viewed 6 January 2017.
9. TICHÁ, Michaela. Motivace a motivování. *Sociální služby*. 2013, (2), 20 - 25.

Internetové zdroje

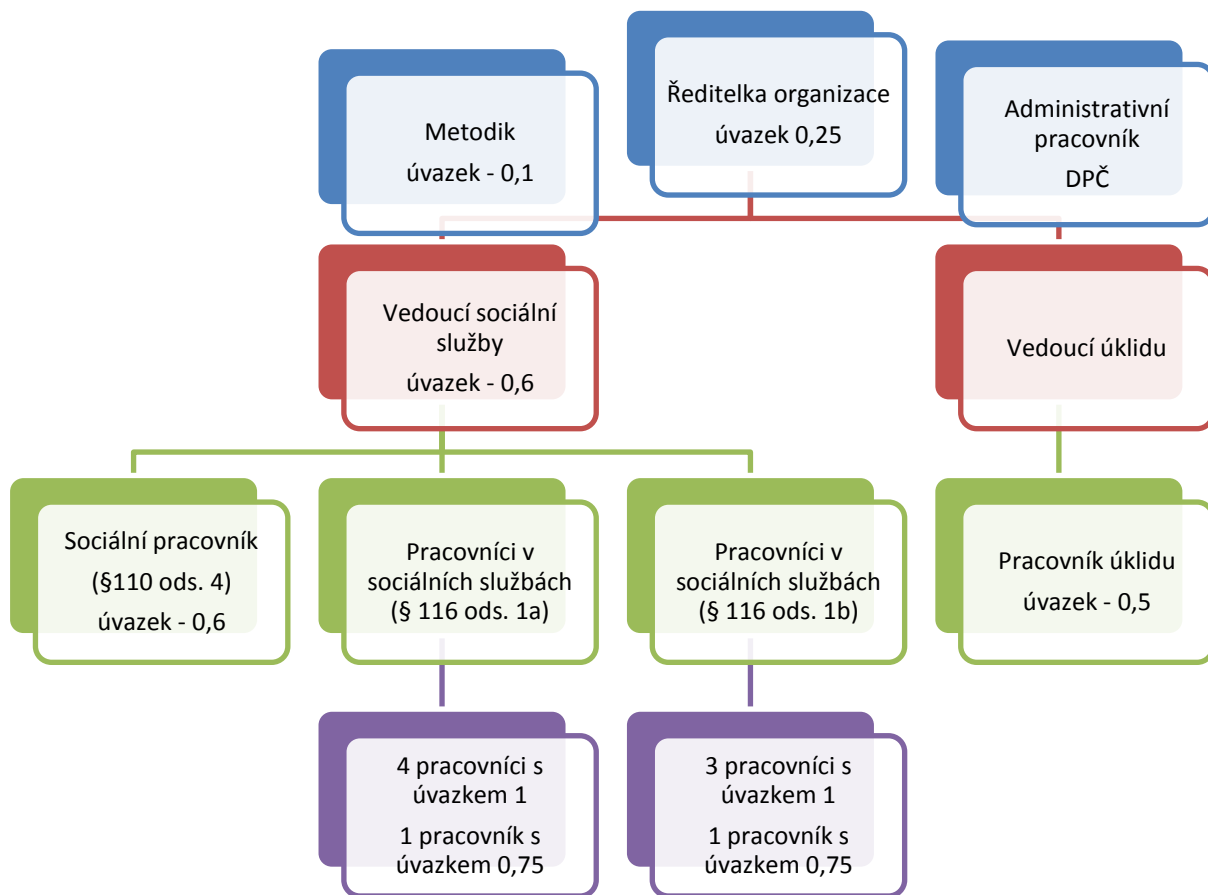
1. JANIŠOVÁ, Ivana. *Práce s klientem s rizikem v chování* [online]. [cit. 2018-04-02]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/cs/1087>
2. Peterková, M. Syndrom vyhoření[online]. syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz, [cit. 24. 8. 2016]. Dostupné na [www: http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndromvyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni](http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndromvyhoreni-uvod/priznaky-vyhoreni)
3. *SPMP - Šumperk* [online]. Šumperk [cit. 2016-11-12]. Dostupné z: <http://www.spmp-sumperk.cz/>

Legislativní dokumenty

1. *Vyhláška č. 505/2006 Sb.: Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006.
2. *Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách*. Praha: Parlament České Republiky, 2006, ročník 2006, 37/2006, číslo 108.

Přílohy

Příloha č. 1 – Personální struktura sociální služby



Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na rizikové faktory syndromu vyhoření při práci s osobami s mentálním postižením. Pracovníci v sociálních službách jsou jednou z vážně ohrožených skupin tímto syndromem. Teoretická část práce vysvětluje pojmy a zasazuje problematiku rizik syndromu vyhoření do konkrétní situace v Centru Pomněnka. V praktické části práce byl proveden kvalitativní výzkum v daném zařízení, jehož pomocí jsem se pokusila odpovědět na otázku, zda pracovníci vnímají ve svojí práci syndromy vyhoření. Z výzkumu vyplynulo, jaká rizika syndromu vyhoření ve svojí práci vnímají pracovníci v přímé péči.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, rizika, Centrum pro osoby s mentálním postižením Pomněnka, mentální postižení.

Abstract

This diploma thesis focuses on the risk factors of the burnout syndrome during work with people, suffering from mental disorders. Employees in various social services belong represents one of major groups, endangered by this syndrome. Teoretic part of the thesis explains the basic terms and concretizes the problematic of the burnout's risks by an exact situation in the "Centrum Pomněnka" (Centre Forget-me-not). The main topic of the successive practical part consisted of a qualitative research in the facility mentioned above. This research was done to help to answer the question if the personnel perceive signs of burnout syndrome in their work and it shows what risks of the burnout syndrome they actually observe.

Key words: Burnout syndrome, risks, Centre for mentally disoreder people Pomněnka, mental disorders.

