

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Teologická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce

**KOMUNIKAČNÍ OBTÍŽE VE VZTAZÍCH
MEZI OSOBAMI S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM A PRACOVNÍKY PŘÍMÉ PÉČE
A JEJICH MOŽNÝ VLIV NA ROZVOJ
SYNDROMU VYHOŘENÍ**

Vedoucí práce: PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Autor práce: Světluše Lanžová

Studijní obor : Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2013

Bakalářská práce v nezkrácené podobě

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum: 2. dubna 2013

Podpis autora:

Děkuji vedoucí bakalářské práce doc. **PhDr. Ing. Marii Lhotové, Ph.D.** za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.“

Světlušě Lanžová

OBSAH:

ÚVOD.....	6
1. TEORETICKÁ ČÁST	7
1.1 Osoby s mentálním postižením.....	7
1.1.1. Klasifikace mentální retardace.....	8
1.1.2. Etiologie mentální retardace	9
1.1.3 Četnost mentálně retardovaných v populaci.....	9
1.1.4 Lidská práva osob s mentální retardací.....	10
1.1.5 Projevy poruchy komunikace u mentálně postižených.....	10
1.1.6 Poruchy řeči u mentálně postižených jedinců.....	11
1.1.7 Agrese jako průvodní jev nepochopení v komunikaci.....	12
1.1.8 Alternativní metody komunikace s mentálně postiženými	12
1.1.9 Ústav nebo rodina	13
1.2. Osoby pečující o klienty s mentální retardací v pobytových zařízeních	16
1.2.1 Zákon 108/2006 Sb.	16
1.2.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	17
1.2.3 Zdravotničtí pracovníci – všeobecné sestry.....	17
1.2.4 Sociální pracovníci	18
1.2.5 Pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné činnosti.....	18
1.2.6 Pracovníci v sociálních službách v přímé nepedagogické činnosti	19
2. PRAKTICKÁ ČÁST	20
2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku	20
2.1.1 Syndrom vyhoření.....	20
2.1.2 Cíl a předmět výzkumu.....	21
2.1.3 Metodika výzkumu	21
2.1.4 Harmonogram dotazování.....	22
2.1.5 Hypotéza určená k výzkumu.....	22
2.2 Vyhodnocení výzkumu	22
2.2.1 Výzkumný vzorek zaměstnanců – identifikační otázky	22
2.2.2 Hodnocení spokojenosti a výčet problémů.....	24
2.2.3 Vědomosti pečovatelů o jiných komunikačních metodách	25

2.2.4 Vliv problémů s klienty na psychický stav pečovatelů.....	26
2.2.5 Supervize jako možnost řešení vztahu pečovatelů k práci v DOZP Osek....	26
2.2.6 Vyhodnocení hypotézy předložené k výzkumu.....	28
2.2.7 Diskuze k výsledkům výzkumu	28
ZÁVĚR	30
Seznam literatury a zdrojů :	31
Příloha č. I. – Dotazník použitý k anketě mezi zaměstnanci DOZP Osek	32
ABSTRAKT	33
ABSTRACT.....	34

ÚVOD

Syndrom vyhoření je v současné době velmi diskutovaným tématem a to nejen v oblasti práce s lidmi, do níž sociální práce spadá, ale i v mnoha jiných oblastech lidské činnosti.

Cílem mojí bakalářské práce je popsat a následně analyzovat situaci v pobytovém zařízení sociální péče – Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku, a zjistit, zda například komunikační obtíže nemohou být také jednou z příčin tohoto syndromu u pracovníků.

Z výsledků výzkumu bych chtěla vypracovat závěr, z něhož by vyplývalo zda právě tyto obtíže v komunikaci s mentálně postiženými osobami by nebylo možno omezit či zmenšit v rámci supervize zařízení.

V první části práce se hodlám zabývat popisem osob s mentálním postižením, jejich klasifikací, projevům a jejich postavením v současné společnosti.

Další část práce popisuje pečovatele o klienty tohoto zařízení, tak jak je přikazuje zákon číslo 108/2006 Sb. O sociálních službách. Tento oddíl práce vymezuje charakteristiky a předpoklady pro výkon práce jednotlivých pracovních kategorií, vyskytujících se při péči o mentálně postižené v pobytových zařízeních sociální péče.

Praktická část mojí bakalářské práce popisuje samotný výzkum uvedených konfliktů v oblasti komunikace a jejich vliv na možnost vzniku syndromu vyhoření u pečovatelů. Pomocí analýzy zpracované dotazníkovou metodou budu moci v závěru práce posoudit, jestli je tento vliv reálný a zda je, například pomocí supervize odstranitelný, eventuálně navrhnout další metodickou pomoc.

Při své práci chci využít, mimo jiné, hlavně publikací Ivy Švarcové a Věry Čadilové, které se do hloubky zabývají problematikou mentálně postižených, ale i Ivany Bartoškové, která se věnuje problému syndromu vyhoření. Právě jejich přístup byl hlavním zdrojem inspirace k mé bakalářské práci.

1. TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Osoby s mentálním postižením

Současná moderní doba veškeré lidstvo motivuje a žene ke stále se zvyšujícímu tempu ekonomické rozvoje a tento trend silně omezuje budování mezilidských vztahů. Relativně zdravý jedinec v populaci se této snaze dokáže vždy dostatečně přizpůsobit. Avšak i při dnešním stupni vývoje medicíny stále ještě z nejrůznějších příčin dochází k narození jedinců, jejichž duševní vývoj je nedokonán nebo opožděn. Tento handicap je však strukturován podle výše, přesněji řečeno hloubky postižení takového jedince. Opoždění jedince se posuzuje podle, testováním dosažených, hodnot *inteligentního kvocientu* (IQ).

Ještě větší význam než tato měřitelná hodnota výkonové abstraktní inteligence má ovšem míra takzvané emoční inteligence, vyjadřovaná pomocí *emočního kvocientu* (EQ). Právě ta totiž úzce souvisí s úrovní sociálních a vztahových dovedností člověka, včetně komunikačních.¹

Termín mentální retardace je odvozován z řeckého *mens* a *retardare*, kdy *mens* představuje myšlení a *retardare* opožďovat. Obecné definice se vyjadřují o mentální retardaci jako o snížení úrovně rozumových schopností, snížení schopnosti učit se z minulé zkušenosti, a přizpůsobit se životním podmínkám.

Další autoři chápou retardaci inteligence jako snížení schopnosti individua vytvářet smysluplné funkční vztahy od jednoduchých asociací až po složité myšlenkové operace.

Nejpoužívanějším ukazatelem úrovně inteligence je takzvaný Inteligenční kvocient zavedený V. Sternem. Tento však vyjadřuje informaci o celkové rozumové úrovni jedince nerozlišuje však mezi jeho abstraktní inteligencí, mechanickou inteligencí nebo sociální inteligencí.

Klasifikací mentální retardace se zabývá spis nazvaný Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaný Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě v roce 1992. Podle této klasifikace se mentální postižení dělí do 6 základních kategorií - lehká, středně těžká, těžká, hluboká, jiná a nespecifikovaná.

1 SLOWÍK, Josef, Komunikace s lidmi s postižením, 1. vydání, Portál, Praha 2010, ISBN 978-80-7367-691-9, str. 53.

1.1.1. Klasifikace mentální retardace

Mírná mentální retardace (IQ 85-69) je kategorií, která se v současnosti už téměř nepoužívá. Označují se jí takoví jedinci u nichž nebylo prokázáno organické poškození, které jejich zpožděný vývin způsobilo, ale u kterých bylo zapříčiněno jinými faktory, například genetickými nebo sociálními.

Lehká mentální retardace (IQ 50-69) se projevuje již od dětství, hlavně při práci ve škole. Takto postižené děti mívají problémy se čtením i psaním. Jsou však schopni dosáhnout úplné nezávislosti v péči o sebe, jako je stravování, mytí, oblékání či hygienické návyky. V dospělosti je lze zaměstnávat pracemi, které vyžadují spíše praktické dovednosti než teoretické znalosti, například rutinní manuální práce. V sociokulturní oblasti jsou takto postižení lidé omezováni zhoršenou schopností samostatně řešit problémy v rámci manželství nebo výchovy dětí či získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání.

Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) má mnohem silnější projevy. Takto postižení jedinci mají již výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Rovněž jejich schopnost sebeobsluhy je značně omezena. Ve školním věku si však mohou, díky speciálním výukovým programům, osvojit základy čtení, psaní a počítání. Práce osob s tímto stupněm postižení musí být v dospělosti pouze jednoduchá a pod stálým odborně vedeným dohledem. Úroveň komunikace je velmi jednoduchá, používá k dorozumívání krátké věty nebo ve velké míře neverbální komunikaci pomocí posunků či gestikulace. V oblasti pohybové jsou tito lidé většinou schopni chodit bez pomoci ale často se u nich vyskytují i jiná tělesná či senzorická postižení. Velmi časté je i neurologické poškození, projevující se jako epileptické záchvaty.

Těžká mentální retardace (IQ 20-34) je kategorií v mnohém podobná předchozí, ale snížená úroveň schopností je podstatně výraznější. Takto postižené osoby trpí značným stupněm postižení motoriky a hlubokým postižením vývoje centrální nervové soustavy. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené ale kvalifikovaná rehabilitační péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky a zkvalitnění jejich života.

Hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20) se u takovýchto jedinců projevuje naprostou nemožností porozumět požadavkům nebo jim vyhovět. Většinou jsou tyto osoby imobilní, inkontinentní a schopni pouze vydávat zvuky či skřeky a projevovat se formou neverbální komunikace. Nemají téměř žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy či vzdělávání jsou mizivé. Tento stupeň postižení je provázen těžkými neurologickými problémy jako je epilepsie či poškození zrakového nebo sluchového vnímání a v oblasti mobility tělesnými nedostatky postihujícími hybnost.²

1.1.2. Etiologie mentální retardace

Pokud bychom pátrali po příčinách mentální retardace, mohou jimi být buď vrozené metabolické vady jako je fenyلكetonurie, galaktosemie, lipidozy nebo hormonální poruchy.

Dále to mohou být onemocnění se známou chromozomální abnormitou jako je Downova choroba nebo Turnerův syndrom. Mezi další příčiny mentálního postižení patří poškození zárodku nebo plodu působením vlivů prenatálních, perinatálních či postnatálních do 2 let věku dítěte například syfilida, rubeola, toxoplazmoza, poruchy výživy, vliv medikamentů nebo toxických látek, hypoxie, dysfyxie, nitrolební krvácení, v průběhu života jedince to mohou být meningitidy, otravy, traumata nebo infekce s postižením centrálního nervového systému.

1.1.3 Četnost mentálně retardovaných v populaci

V populaci České Republiky i v ostatních evropských zemích je uváděna přibližná četnost mentálního postižení u 0,1 - 0,2 % v případě osob s těžkou a hlubokou mentální retardací, 2,6% připadá na lidi s lehkou mentální retardací a 3 % je mentálně postižených v populaci celkem.³

2 ŠVARCOVÁ- SLABIKOVÁ IVA, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*, 3. Vydání, Praha, Portál 2006, ISBN 80-7367-060-7, str.27-32.

3 ŠVARCOVÁ- SLABIKOVÁ IVA, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*, str.34.

1.1.4 Lidská práva osob s mentální retardací

Stejně jako ostatní osoby v populaci však takovéto osoby mají svá lidská práva a důstojnost což potvrzuje deklarace práv mentálně postižených osob, která byla přijatá valným shromážděním OSN v roce 1971.

Kromě základních lidských práv deklarace zaručuje mentálně postiženým v nejvyšší míře stejná práva jako ostatním lidským bytostem, právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, na výchovu, která jim umožní rozvinout jejich možnosti a schopnosti, na ekonomické zabezpečení, slušnou životní úroveň, právo pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností, právo na život ve vlastní rodině a účast na společenském životě.

Další práva, kterými se deklarace zabývá jsou práva mentálně postižených na kvalifikovaného opatrovníka na ochranu před vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením.

1.1.5 Projevy poruchy komunikace u mentálně postižených

Při komunikaci s člověkem s mentální retardací, pokud se s ním lze, vzhledem k hloubce jeho postižení, vůbec domluvit je třeba počítat s problémy v komunikaci v oblasti sluchové, artikulační i obsahové.

Směr a tok komunikace je třeba přenechat převážně postiženému, který se snaží nám něco sdělit, svá přání nebo své potřeby.

Komunikaci je nutné vést na úrovni slovní zásoby mentálně postiženého jedince, využívat znaky, které jsou pro něj pochopitelné jako je mimika či gestikulace, protože ironii nebo jiné složité symbolice takto handicapovaný člověk neporozumí.

Lze využít také alternativní komunikační systémy jako jsou obrázky nebo piktogramy.

U osob s mentálním postižením musíme vždy počítat s menší slovní zásobou, artikulačními vadami a gramatickými problémy ve vyjadřování. U takto postižených jedinců je nezbytné kromě přizpůsobování se jejich komunikačním možnostem vždy důsledně respektovat jejich základní lidská práva a důstojnost – přestože jejich rozumové schopnosti a sociální dovednosti mohou být výrazně nižší ve srovnání s jejich biologickým věkem. Častou chybou v komunikaci bývá ponižující přístup, kdy mnoho

lidí má pocit, že takovému člověku mohou okamžitě tykat a jednat s ním jako s dítětem ačkoli je třeba i mnohem starší než oni.⁴

1.1.6 Poruchy řeči u mentálně postižených jedinců

U osob s mentálním postižením bývá řeč velmi nejasná nebo nezřetelná a to u nich vede k silné frustraci při nepochopení okolím. U osob s těžkou či hlubokou mentální retardací je komunikace běžnou řečí prakticky vyloučená. Lze u nich jejich stavy a nálady, posoudit například podle pohybu očí, frekvence a intenzity dýchání, napětí tělesného svalstva, neartikulovaných zvuků nebo jiných primitivních signálů.⁵

Narušený vývoj řeči je jedním z charakteristických rysů mentální retardace. Většinou nedosáhne úrovně normy ostatních stejně starých jedinců v populaci. Už od počátku se vyvíjí pomaleji, s různými deformacemi.

Mentálně postižené děti ve věku kolem 1 roku nejsou schopny komunikovat s matkou na stejné úrovni jako jejich zdraví vrstevníci a tento nedostatek se projevuje v nedostatečné stimulaci celkového psychického vývoje.

Právě opožděný začátek vývoje řeči může být i pro rodiče jedním z příznaků signalizace narušeného intelektu dětí.

Poruchy řeči i neverbálních projevů komunikace mohou u mentálně postižených i v dospělosti vyvolávat problémy ve vztazích s okolím, nejen s vrstevníky, ale i s pečovateli v různých zařízeních ať už školských, výchovných nebo pobytových.

Tyto komunikační potíže a zvláště neschopnosti některých mentálně postižených pochopit význam mluveného nebo čteného slova silně snižuje možnost jejich představitosti a narušuje možnost jejich výchovy nebo dalšího vzdělávání.

Poruchy řeči mohou vyvolávat celou škálu komplikací od úplné neschopnosti dorozumět se s ostatními až po vliv komunikačních obtíží na vývoj a integritu

⁴ SLOWÍK, Josef, Komunikace s lidmi s postižením, 1. vydání, Portál, Praha 2010, ISBN 978-80-7367-691-9, str. 59.

⁵ SLOWÍK, Josef, Komunikace s lidmi s postižením, 1. vydání, Portál, Praha 2010, ISBN 978-80-7367-691-9, str. 58.

osobnosti. To vše pak může negativně zasahovat vytváření a udržování kontaktů s okolím.⁶

1.1.7 Agrese jako průvodní jev nepochopení v komunikaci

Specifické poruchy komunikace u osob s mentálním postižením mohou v důsledku vést ke střetům a nebo v případě nepochopení vyjádřeného až k projevům agresivity vůči pečovatelům nebo mezi mentálně postiženými navzájem.

Některé projevy agrese klientů jsou však pečovateli vnímány spíše jako projevy povahy klienta a ne zprostředkování jeho přání nebo potřeb. Právě takovéto atribuční chyby ve vysvětlování si projevů klienta lze například předcházet pomocí některých známých alternativních způsobů komunikace.

Hynek Jůn uvádí : „*Agresivní chování u lidí s mentální retardací má dva základní spouštěcí faktory. Prvním je organické a funkční poškození mozku a druhým prostředí ve kterém uživatel každodenně žije. Druhý faktor zahrnuje nepohodlnost prostředí a jeho zmatečnost. Dalším častým spouštěčem problémového chování jsou přísná pravidla daná velikostí zařízení a jejich nastavením podle klienta s nejtěžším mentálním handicapem.*”⁷

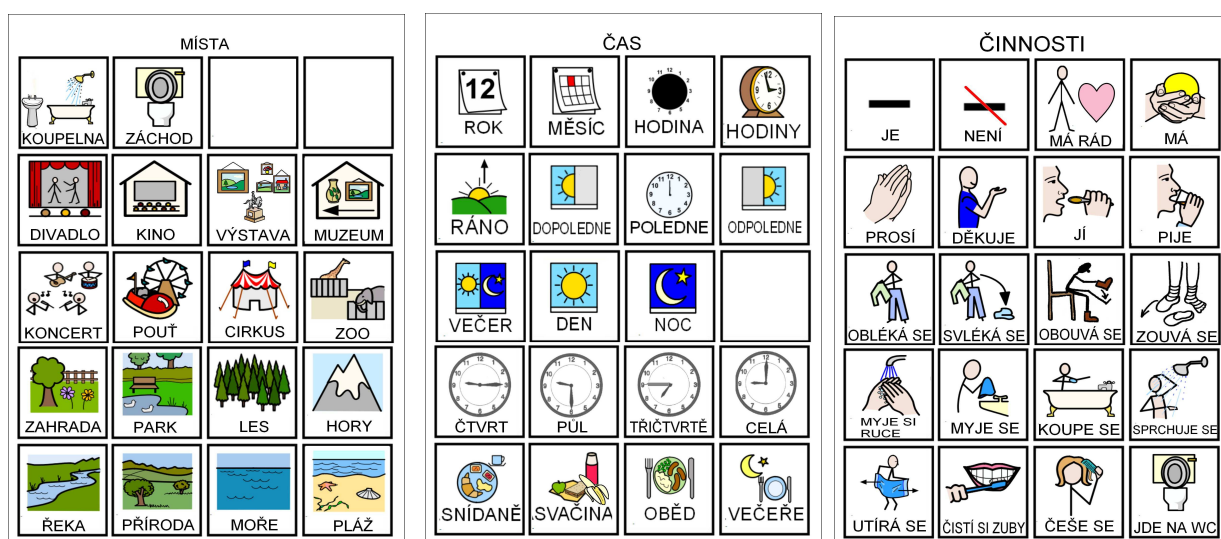
1.1.8 Alternativní metody komunikace s mentálně postiženými

Problémy v komunikaci s osobami s mentálním postižením lze, jak v oblasti verbální, tak neverbální komunikace, řešit různými jinými metodami. Dovolila bych si zde vzpomenout například metodu sociálního čtení, při níž je možné využít piktogramů, což jsou jednoduché obrázky znázorňující objekty v okolí postiženého, různá známá místa nebo oblíbené činnosti. Jejich pomocí se pečovatelé mohou s klientem dorozumět o tom, kam by klient rád šel či co by rád dělal.

Stejným způsobem se dá klientovi umožnit strukturování jak běžných jednotlivých denních činností tak i jeho volného času. (obr.č.1.)

⁶ SLOWÍK, Josef, Komunikace s lidmi s postižením, 1. vydání, Portál, Praha 2010, ISBN 978-80-7367-691-9, str. 105.

⁷ ČADILOVÁ VĚRA, JŮN HYNEK, THOROVÁ KATEŘINA a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a autismem, 1. vydání, Praha, Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-319-2, str.107-108,



Obrázek č.1

Stejně jako obrázkového systému se dá využít i symboliky znakové řeči Makaton, při němž se jednotlivá slova vyjadřují gesty, pohyby rukou či hlavy, doprovázená normální gramatickou řečí.⁸

Pro komunikaci s osobami s těžkým či hlubokým stupněm mentálního postižení je možné využít i metodu nazvanou snoezelen, která dává postiženým možnost vyjádřit se k prožitku a nebo stavu v němž se právě nacházejí a vyjádřit alespoň jejich libost či nelibost. Tato terapeutická metoda spočívá ve vytvoření prostředí, které pomocí multismyslového vnímání navozuje příjemnou atmosféru a pomocí kladných emocí a zážitků napomáhá vytváření vzájemných lidských vztahů mezi klienty a pečovateli.⁹

1.1.9 Ústav nebo rodina

Současné světové trendy v péči o lidi s mentálním postižením však přinášejí odklon od institucionální péče poskytované ve velkých zařízeních k zařízením takzvaného rodinného typu, chráněným bytům, společným bytům pro několik obyvatelů, kde tito lidé žijí s pomocí osobních asistentů v běžné městské zástavbě.

8 ČADILOVÁ VĚRA, JŮN HYNEK, THOROVÁ KATEŘINA a kol. *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*, str.94-95,

9 <http://digiprofi.cz/co-je-snoezelen>

Naproti tomuto rodinnému typu péče, velká a dobře vybavená zařízení mohou poskytovat náročné komplexní služby jako je vlastní rehabilitační zařízení, bazén, pracovny na různé terapie, hippoterapii,

Asi před 15lety se objevili radikální odpůrci velkých zařízení sociální péče a začali je označovat jako kriminály nebo koncentráky, což je velmi stresující a nemotivující pro zaměstnance zařízení, kteří zde vykonávají velice fyzicky i psychicky náročnou práci.

Bohužel však nelze popřít ani fakt že, ve velkých zařízeních není dostatek pracovníků na zájmové nebo rekreační aktivity pro klienty a tato přemíra volného času se projevuje neklidem, nekázní nebo agresivitou , která se pak řeší podáváním například tlumivých léků.

Profesor Zdeněk Matějček na otázku: „Domníváte se, že by se ústavy měly zrušit?“ říká : *„Ano, ústav má své slabiny, zvláště patrné je to tam, kde zařízení jsou velká a kde ani v nejmenším nemají ráz rodiny a jsou zcela neosobní. Dříve byly budovány ze starých hradů, zámků a ruin. Ústav je zařízení , které je svým způsobem nouzové, zbývá tedy dbát na to, aby nebezpečí o nichž víme byla zmenšena na minimum.*

Ústavy lze dalekosáhle reformovat a upravovat rizika, což je možná výstižnější slovo než nebezpečí se dají zmenšit. Myslím si, že ústavy reformovatelné jsou a , že je třeba jim ponechat jejich specifický význam. Nerušil bych je, i když já je nemám rád. Není pravda, že je lepší jakákoliv rodina než dobrý ústav. Viděl jsem vícekrát, co zlého a špatného i rodina dokáže.“¹⁰

Paní Milena Johnová zastánkyně transformace ústavní péče říká: *„Člověk žijící v ústavu se musí přizpůsobit nepřirozeně velké skupině lidí a pravidlům pro provoz specifických pracovišť. Klient ústavu fakticky bydlí v provozovně , kde je nutno dodržovat zvláštní pravidla, hygienické normy jako například, že si sám nesmí v kuchyni uvařit nebo po sobě umýt nádobí, nesmí si sám vzít léky, to může jen zdravotnický personál, nesmí mít v pokoji vlastní elektrický spotřebič, platí pro něj bezpečnostní pravidla. To vede k omezování soukromí a osobní svobody, základů lidské důstojnosti.*

10 Občanské sdružení Porozumění, *Ústav nebo rodina*, Praha 1994, ISBN neuveden, str.9,

V ústavu je člověk s postižením extrémně závislý na jediné autoritě, ústav zabezpečuje všechny klíčové potřeby člověka, bydlení stravu osobní pomoc, finanční i materiální prostředky, informace atd.

Ústav má nad obyvatelem nepřiměřenou moc, tuto moc je třeba vhodným způsobem rozptýlit.“¹¹

11 www.kvalitavpraxi.cz, Quip- Společnost pro změnu, 2005,

1.2. Osoby pečující o klienty s mentální retardací v pobytových zařízeních

1.2.1 Zákon 108/2006 Sb.

Jak bylo zřejmé z předchozí kapitoly, péče o mentálně postižené se v České republice poskytuje v různých typech zařízení. Konkretizace této péče je právně zakotvena v Zákoně o sociálních službách číslo 108/2006 Sbírky zákonů České republiky. Tato právní norma specifikuje typy sociálních služeb na služby poradenské, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Mezi služby sociální péče pro osoby s mentálním postižením se řadí jednak denní stacionáře, kam tito lidé, hlavně v dětském věku a v dospívání docházejí a kde je jim poskytována péče výchovná i vzdělávací.

Součástí péče o mentálně postižené dospělé jsou takzvaná chráněná pracoviště, kam docházejí tito lidé v dospělosti za prací.

Dalším typem zařízení jsou týdenní zařízení, která představují kompromis mezi domácí a ústavní péčí a fungují jako odlehčovací služby. Tato zařízení jsou přínosná pro děti s mentálním postižením, protože jim poskytují širší prostor pro motivaci a zároveň zlepšení vztahů v jejich vlastních rodinách. Děti se na víkend těší domů, ale koncem víkendu už se zase těší na kamarády ze zařízení,

Ustálený typ pobytového zařízení pro osoby s mentálním postižením zajišťují domovy pro osoby se zdravotním postižením s celoročním provozem. Tyto domovy zajišťují komplexní ošetrovatelskou a výchovnou péči.

Ústavy sociální péče se podle zákona č. 108/2006 Sb. transformovaly na Domovy pro osoby se zdravotním postižením.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního handicapu a jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Služby obsahují tyto základní činnosti: poskytnutí ubytování, stravy, pomoci při zvládnání běžných úkolů péče o vlastní osobu nebo pomoc při osobní hygieně.

Dále tyto služby poskytují výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zákon číslo 108/2006 Sb. rovněž stanovuje okruh zaměstnanců, kteří v zařízeních sociální péče pracují a specifikuje jejich pracovní náplně a činnosti.

1.2.2 Standardy kvality sociálních služeb

Prvním nástrojem, který pomáhá měnit úkol ústavů jsou standardy kvality sociálních služeb, které stanovuje, pomocí vyhlášky 505/2006 Sb. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky.

Pomocí tohoto mechanismu je garantována nejnižší úroveň péče, kterou má každá jednotlivá služba naplňovat. Hned první kritérium stanovuje, že každé zařízení sociálních služeb musí formulovat své poslání a cíle. Standardy stanovují, že úkolem sociálních služeb musí být podpora sociálního začlenění.

Jejich součástí jsou i personální standardy, konkretizace prostředí a podmínek pro poskytování pobytových služeb, řešení jejich dostupnosti, návaznosti na další zdroje nebo smluvní podmínky mezi poskytovatelem a zájemcem o službu

Vyhláška dále stanovuje maximální výše úhrad požadovaných od klientů za poskytování sociálních služeb.¹²

Není třeba velká zařízení zavírat a propouštět personál, v ústavech je velký potenciál, odborníci, kteří znají potřeby obyvatel a specifické metody práce s nimi a které je potřeba využít k poskytování takového typu služeb, které lidem umožňují důstojně žít v běžném prostředí.

Cílem je změnit charakter služeb nikoliv zavřít ústavy.

1.2.3 Zdravotničtí pracovníci – všeobecné sestry

Zdravotničtí pracovníci v zařízení sociální péče poskytují komplexní ošetrovatelskou péči včetně specializovaných diagnostických, léčebných nebo rehabilitačních postupů pod vedením ošetrojícího praktického lékaře nebo odborných lékařů, kteří do zařízení docházejí. Dále zpracovávají komplexní plány dlouhodobé ošetrovatelské péče o klienty zařízení, vedou zdravotnickou dokumentaci a spolupracují s fyzioterapeuty na zlepšování fyzické kondice klientů.

Jejich způsobilost k tomuto výkonu odborné zdravotnické, diagnostické, léčebné, ošetrovatelské nebo rehabilitační činnosti je garantována osvědčením o způsobilosti

12 http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf, příloha č. 2,

k výkonu povolání nelékařského zdravotnického pracovníka, které vydává Ministerstvo zdravotnictví na základě Zákona číslo 96/2004 Sb.

1.2.4 Sociální pracovníci

Náplní práce sociálních pracovníků je vykonávání sociálních šetření, zabezpečení sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů, sociálně právní poradenství, metodická a koncepční činnost.¹³

Jejich další činností je metodické a odborné vedení pracovníků v sociálních službách, zajišťování a přesné vedení dokumentace o klientech, jejich finančních prostředcích a zastupování klientů v právních řízeních u soudů či na úřadech.

Práce sociálních pracovníků obsahuje nejen práci s klienty a jejich rodinami, ale i po přijetí nového uživatele do zařízení zpracování a následně evidence smluv s klienty a opatrovníky, evidence a vyúčtování služeb. Jejich úkolem je také komunikace s opatrovníky týkající se úhrad jednotlivých klientů z jejich finančních zdrojů. Vyúčtovávají také úhrady lékařům za návštěvy u klientů, doplatky za léky.

Vedou evidenci hodnotných osobních věcí uživatelů. Mimo jiné zprostředkovávají klientům kontakt s rodinou například telefonicky či písemně. V případě smrti klienta v zařízení mají na starosti i vyřízení a předání pozůstalosti.

1.2.5 Pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné činnosti

Největší kvorum práce v pobytových zařízeních sociální péče poskytují pracovníci v sociálních službách, kteří vykonávají přímou obslužnou péči při nácviu jednoduchých denních činností manipulaci s pomůckami, dodržování osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování jejich psychosociálních potřeb.¹⁴

Zároveň vedou klienta k vytváření pracovních návyků a pomáhají mu ve funkci klíčových pracovníků k naplňování jeho osobních cílů.

Pracovníci v přímé obslužné péči také pomáhají v pohybové aktivizaci klientů a provádějí ostatní obtížné pečovatelské práce.

13 <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/> ,§109,

14 <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/> , § 116 a),

1.2.6 Pracovníci v sociálních službách v přímé nepedagogické činnosti

Tito pracovníci v sociálních službách vykonávají základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování základních společenských návyků působením na rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, prováděním volnočasových aktivit, hudební, výtvarné a pohybové výchovy a zabezpečováním zájmové a kulturní činnosti.¹⁵

Jejich hlavní úkolem je zafixování základních návyků, rozvíjení pracovních aktivit, manuální zručnosti a nácvik práce s různými nástroji, pomůckami a materiály.

Podílí se také na zajišťování kulturní a zájmové činnosti v zařízeních sociálních služeb.

V některých zařízeních sociální péče, určených zejména dětem a mládeži, pracují také pedagogičtí pracovníci, kteří poskytují vzdělávací a výukové metody, procesy a programy klientům, kteří takto upravený pedagogický přístup potřebují.

Součástí pobytových zařízení sociální péče povětšinou také bývají chráněné dílny či prostory pro aktivizační činnosti klientů, v nichž odborní terapeuti seznamují tyto osoby se základy pracovních návyků a způsoby pracovních činností, které jsou tito klienti, vzhledem ke stupni svého postižení zvládnout.

Bývají to například rukodělné dílny pro práci s textilem, se dřevem, s keramikou nebo třeba různá pracoviště pro zemědělské práce jako zahradničení či péče o drobná domácí zvířata.

Takovéto činnosti pomáhají klientům zvýšit jejich sebevědomí a pocity užitečnosti a sounáležitosti se zařízením.

Také pomoc při běžných úklidových pracích svého bydlení může být jednou z aktivizačních činností, při níž se klienti zapojují do chodu zařízení stejným způsobem, jako kdyby byli ve svých rodinách.

15 <http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>, § 116 b),

2. PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku

Historie současného Domova pro osoby se zdravotním postižením se začala psát v roce 1955, kdy bylo rozhodnuto, že objekt zdejšího zámku a přilehlého velkostatku bude sloužit jako chlapecký zaopatřovací ústav České katolické charity v Českých Budějovicích. V počátcích zde bylo umístěno 10 mentálně postižených svěřenců ve věku 35 – 40 let, o něž se staraly sestry z řádu sv. Vincenta. Během dvou let stoupl počet chlapců na 100 a v roce 1960 přibylo dalších 30.

V průběhu 80. let se počet zdejších klientů vyšplhal až na 153 osob a péči o ně za stárnoucí řádové sestry postupně přebírali civilní zaměstnanci. V roce 1989 řádové sestry odešly do jiných zařízení.

Budovy a zařízení po proběhlém restitučním řízení získal do majetku Krajský úřad Jihočeského kraje a následně proběhla v letech 1999 až 2003 za plného provozu nákladná a náročná rekonstrukce celého zařízení.

V současné době obývá Domov 145 uživatelů služeb v 10 odděleních po 13-15 klientech.

Péče klientům je poskytována ve dvou rovinách a to zdravotní a sociální. Na úrovni zdravotní je poskytována odborným kvalifikovaným zdravotnickým personálem. Z hlediska sociální péče jsou přítomni - sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, ať již v přímé obslužné péči nebo v přímé nepedagogické péči. V oblasti terapeutických služeb jsou přítomni terapeuti na muzikoterapii, arteterapii, ergoterapii, a fyzioterapii. O zdravotní stav klientů se starají smluvní lékaři – praktický lékař, neurolog, psychiatr a stomatolog.

2.1.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření byl poprvé popsán v roce 1975 H. Freudenbergerem, jako soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku působení dlouhodobého sociálně – emocionálního stresu.

Tento stav může vzniknout z mnoha nejrůznějších vnějších příčin, nichž můžeme namátkou vybrat například špatnou organizaci práce u zaměstnavatele, závist kolegů, podkopávání autority, nepochopení okolí, arogance vedení, nízké ohodnocení práce

(finanční i společenské), neustálé přidávání práce nebo změny pracovní náplně bez souhlasu dotyčného.

Stejným způsobem se na vzniku syndromu vyhoření mohou podílet i vnitřní příčiny, pramenící z povahy pracovníka jako je například perfekcionismus, nadprůměrné pracovní nasazení, přecitlivělost vůči kritice, vztahovačnost nebo přílišná kritičnost vůči okolí.

Samotný projev syndromu vyhoření spočívá v postupném přechodu několika fází – počáteční snahy pracovat co nejlépe, přes pocit, že práci není možné stihnout, který vede k úzkosti, že se práce hromadí až po apatii – že se vlastně nemusí nic. Tento konečný pocit ústí v únavu, zklamání, vyčerpání a v odpor nejen ke spolupracovníkům ale hlavně k potřebným.¹⁶

2.1.2 Cíl a předmět výzkumu

Ve svém sociálním výzkumu se chci zaměřit na možné zjištění psychického stavu zaměstnanců DOZP Osek, označovaného jako „syndrom vyhoření“. V DOZP pracuji již téměř 28 let jako zdravotní sestra. Během svého působení v DOZP Osek jsem, nejen sama u sebe, ale i u některých dalších kolegů zaznamenala některé z příznaků výše uvedeného stavu a chtěla bych zjistit, zda případné komunikační obtíže s klienty našeho zařízení nemohou přispívat právě k rozvoji tohoto syndromu.

2.1.3 Metodika výzkumu

Pro zjištění skutečností, které jsou obsahem mého výzkumu jsem se rozhodla využít metodu sociálního výzkumu – anketu. Anketa bude obsahovat maximálně 16 otázek, zaměřených na cíl výzkumu. Otázky budou uzavřené, polouzavřené a otevřené. Identifikační otázky budou zaměřeny na věk a pohlaví dotazovaných a dobu jejich působení v zařízení a na jejich zařazení do pracovních pozic. Dotazník bude zpracován podle matematicko- statistických postupů.

16 BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, NCONZO Brno, 2006, ISBN 80-7013-439-9, str. 20-21,

2.1.4 Harmonogram dotazování

Výzkum jsem provedla v období dvou měsíců. Přípravě otázek jsem věnovala tři pracovní dny a poté bude následovalo dotazování mezi zaměstnanci DOZP Osek a jeho zpracování v horizontu asi jednoho měsíce. Další měsíc jsem prováděla vyhodnocování odpovědí a vypracovávání závěrů vyplývajících ze sociálního výzkumu.

2.1.5 Hypotéza určená k výzkumu

Domnívám se, že u pracovníků zaměstnaných v DOZP Osek, pracujících v přímém kontaktu s klienty s mentálním postižením, vzniká stav zvaný „syndrom vyhoření“ také jako důsledek komunikačních obtíží mezi pečovateli a klienty.

2.2 Vyhodnocení výzkumu

2.2.1 Výzkumný vzorek zaměstnanců – identifikační otázky

V rámci svého výzkumu mezi pracovníky Domova pro osoby se zdravotním postižením v Oseku jsem se svou anketou oslovila celkem 33 zaměstnanců věnujících se přímo práci s klienty. Z tohoto počtu bylo 5 mužů a 28 žen, z čehož je jasně patrné, že práci v sociálních službách pobytového typu se věnují převážně ženy.

Identifikační otázky jsem zpracovala do následujících tabulek:

Tabulka č.1: Rozdělení podle pohlaví pečovatelů

Pohlaví	Počet	Procenta
Muži	5	15%
Ženy	28	85%

Největší množství z oslovených pečovatelů se nacházelo ve věkové kategorii 40-50 let, v níž jsou převážně ženy i muži s již dospělými dětmi.

Tabulka č.2: Rozdělení podle věku pečovatелů

Věk	Počet	Procenta
20-30 let	2	6 %
30-40 let	7	21 %
40-50 let	14	42 %
50-60 let	10	33 %

Poměrnou část pečovatелů tvoří ti, kteří do zařízení nastoupili až po odchodu svých dětí na střední školy a další největší skupinou jsou pracovníci, kteří v zařízení působí již od mládí.

Tabulka č.3: Rozdělení pečovatелů podle délky zaměstnání v DOZP Osek

Délka zaměstnání v DOZP	Počet	Procenta
Méně než 2 roky	7	21 %
2-5 let	11	33 %
5-10 let	6	18 %
10-20 let a déle	9	28 %

Vzhledem k tomu, že je péče v zařízení rozdělena do dvou úseků, sociálního a zdravotního podle stupně postižení klientů, je diferencován i poměr pracovníků v jednotlivých úsecích. Na zdravotním úseku pracují zdravotničtí pracovníci – všeobecné sestry a pracovníci v sociálních službách v přímé obslužné péči . Na sociálním úseku pracují pracovníci v sociálních službách v přímé nepedagogické péči.

Tabulka č.4: Rozdělení pečovatелů podle zaměstnaneckých pozic v DOZP Osek

Pracovní zařazení	Počet	Procenta
Zdravotnický pracovník	6	18 %
Pracovník v soc. službách - přímá obslužná péče	10	30 %
Pracovník v soc. službách – přímá nepedagogická péče	17	52 %

2.2.2 Hodnocení spokojenosti a výčet problémů

Další oddíl otázek se týkal spokojenosti či případné nespokojenost zaměstnanců s prací v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku, případně problémů, které ve své práci musí řešit.

Tabulka č.5: Rozdělení pečovatелů podle spokojenosti s prací v DOZP Osek

Spokojenost s prací	Počet	Procenta
Jednoznačně ano	26	78 %
Jednoznačně ne	5	15 %
Nedokáží upřesnit	2	7 %

Tabulka č.6: Rozdělení problémů podle oslovených zaměstnanců

Druh problémů	Počet	Procenta
S klienty	11	33 %
S managementem (provozní)	15	45 %
Problém neuvádí	7	22 %

Oslovení pečovatelé, ať již z řad pracovníků přímé péče či zdravotníků, kteří uvádějí problémy s klienty specifikují své problémy do tří kategorií.

Tabulka č.7: Rozdělení problémů s klienty

Typ problému s klienty	Počet	Procenta
Komunikace	4	36 %
Neaktivita	1	1 %
Agresivita	7	63

2.2.3 Vědomosti pečovatelů o jiných komunikačních metodách

Následující část otázek z dotazníku, využitím při anketě mezi zaměstnanci DOZP Osek pracujícími přímo mezi klienty, byla věnována znalostem a vědomostem pečovatelů o alternativních možnostech komunikace s klienty, prováděná jiným než verbálním způsobem.

Tabulka č.8: Znalosti zaměstnanců o komunikačních metodách

Povědomost o metodě	Ano	Procenta	Ne	Procenta
Logopedie	33	100 %	0	0 %
Piktogramy	15	45 %	18	55 %
Metoda snoezelen	3	1 %	32	99 %
Znaková řeč	33	100 %	0	0 %

2.2.4 Vliv problémů s klienty na psychický stav pečovatелů

Problémy mezi pracovníky přímo pečující o mentálně postižené v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku se podle mého výzkumu mohou odrážet i v prožívání pracovníků v zaměstnání a jejich chuti či nechuti k práci s klienty. Mohou vést i ke stavům vyčerpání, ale také nemusí.

Někteří zaměstnanci ale ani nedokáží posoudit, zda právě problémy s komunikací jsou nebo mohou být zdrojem jejich špatných pocitů z práce .

Tabulka č.9: Vliv problémů s komunikací na psychický stav pečovatелů

Dopady na psychický stav pečovatелů	Ano	Procenta	Ne	Procenta	Nedokáží posoudit	Procenta
Pocit vyčerpání prací	7	21 %	16	48 %	10	31 %
Nechuť k další práci s klienty	3	1 %	30	99 %		

2.2.5 Supervize jako možnost řešení vztahu pečovatелů k práci v DOZP Osek

Většina zaměstnanců již někdy slyšela o pojmu zvaném supervize ale podle jejich názoru si přesně neuvědomují, co je náplní tohoto institutu, a v důsledku ani neví, jakým způsobem by supervize mohla zlepšit jejich prožívání v zaměstnání.

Tabulka č.10: Názor na stav a průběh supervize v DOZP

Dotaz	Ano	Procenta	Ne	Procenta	Nevím	Procenta
Probíhá v DOZP supervize	2	0,6 %	29	98,8 %	2	0,6 %

V rámci odpovědí na poslední dotaz, položený pracovníkům v přímé péči u klientů s mentálním postižením, v anketě jsem oslovila tyto pečovatele s tím, aby sami navrhli některá řešení, která by se dala využít v rámci supervize v souvislosti k komunikací mezi klienty a pečovateli.

Mezi návrhy bylo několik zajímavých postřehů, například v rámci provozní zajistit možnosti diferencovaných aktivizačních činností pro klienty s různým stupněm mentálního postižení v malých skupinách, aby se jim pečovatelé mohli více věnovat i po komunikační stránce.

Dalšími návrhy bylo prohlubování znalostí o alternativních formách komunikace, například znakové řeči nebo logopedie v rámci seminářů k celoživotnímu vzdělávání jak pracovníků v sociálních službách, tak zdravotnických pracovníků.

K využití multismyslové metody komunikace snoezelen u těžce či hluboce mentálně postižených klientů DOZP Osek bohužel nejsou v současné době ani prostory, ani žádný odborný personál.

V návrzích se také vyskytovala možnost využití odborné pomoci nezávislého psychologa, který by mohl poradit pečovatelům při eventuálních potížích s klienty, nebo například, vzhledem k tomu, že většina pečovatelek jsou ženy, možnost realizace kurzů sebeobrany proti napadení ze strany klientů.

Klientům DOZP Osek s poruchami autistického spektra by v rámci problémů s komunikací bylo, podle názorů některých pracovníků, možno pomoci s pochopením a strukturováním času pomocí různých piktogramů či grafických značek.

2.2.6 Vyhodnocení hypotézy předložené k výzkumu

Z vyhodnocení údajů, vzešlých z dotazování v rámci ankety mezi pracovníky přímé péče o osoby s mentálním postižením v různém stupni, vzešel fakt, že komunikační problémy mezi klienty a pečovateli nemají žádný zásadní vliv na rozvoj „syndromu vyhoření“ u těchto pracovníků.

2.2.7 Diskuze k výsledkům výzkumu

Vzhledem k tomu, že již téměř 30 let pracuji jako všeobecná sestra v pobytovém zařízení pro mentálně postižené, jsem sama na sobě i na některých svých spolupracovnicích pozorovala příznaky, které jsou typické pro rozvoj syndromu vyhoření. Domnívala jsem se, že některé roztržky mezi zaměstnanci nebo nechuť k práci s klienty by mohly být důsledkem problémů, vycházejících z nepochopení při komunikaci mezi pečovateli a klienty s mentálním postižením

Projevy neklidu či agresivity u klientů vůči sobě navzájem i vůči personálu mohou být sice následkem špatně vyjádřené či pochopené komunikace, ale výsledkem mého výzkumu mezi pracovníky přímo pečujícími o klienty bylo, že tyto problémy nevedou přímo k rozvoji syndromu vyhoření.

Každý z nových pracovníků přichází do zaměstnání v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku s nadšením a entuziasmem, s přáním pomáhat a rozvíjet možnosti klientů, ale po určité době dochází k rozčarování. Možnosti práce s klienty, při počtu klientů na jednoho pracovníka, jsou záhy omezeny na nejzákladnější péči o stravu, ošacení a hygienu a na další aktivity nezbývá prostě čas.

Frustrace u těchto pracovníků postupem času může vést k letargii až únavě jednotlivými stereotypními činnostmi a nechuti k další vyvíjené aktivitě. Obzvláště patrná je mezi pracovníky přímé péče a zdravotnickými pracovníky, kteří provádějí nejen odbornou ošetrovatelskou péči ale i obslužnou činnost u klientů s těžkou a hlubokou mentální retardací a s dalšími motorickými, smyslovými či neurologickými vadami. Tato práce je náročná jak fyzicky, tak časově a u většiny takto postižených klientů i při sebevětší péči není příliš zřetelný jakýkoliv pozitivní posun v jejich stavu. To může u pečovatelů vést k psychické únavě až depresi z jejich práce.

K těmto činnostem se navíc neustále zvyšuje administrativní zátěž a psychologická náročnost, protože i u těchto klientů, kteří nejsou většinou schopni verbálního vyjádření svých přání a potřeb je nutné zpracovávat plánování poskytovaných služeb a ošetřovatelské a rehabilitační činnosti.

U klientů se středně těžkou mentální retardací, o které pečují pracovníci v přímé nepedagogické péči již tento trend k únavě není tak zřejmý, protože tito klienti jsou s dopomocí či pouhým dohledem schopni zvládat alespoň část sebepečče v oblasti stravování i hygieny, a z toho důvodu na aktivizační práce a zájmovou činnost s nimi pečovateli zbývá více času. U některých klientů jsou patrné i výsledky této péče, například výrobky či reprezentace DOZP Osek na veřejnosti formou hudebních vystoupení nebo uměleckých a rukodělných výstav.

U pečovateli, kteří za sebou vidí hmatatelné výsledky své práce se projevy únavy či disharmonie tolik neprojevují, protože veřejnost, výsledky této činnosti vidí a vnímá, hodnotí tyto pracovníky jako nadané a užitečné.

Dalším aspektem v disharmonii vztahů mezi pečovateli a klienty v DOZP Osek je také průměrný věk klientů, který se pohybuje okolo 50-ti let. Přestože úroveň inteligence u některých klientů nedosahuje ani mentální úroveň předškolních dětí, vzhledem k fyzickému věku těchto osob se u nich již projevují choroby spojované s vyšším věkem jako je zhoršená mobilita paměť, demence, diabetes a jiné. Přesto i u takovýchto osob je potřebná alespoň nějaká aktivizace, dokáží se tito postižení celkem rozhodně bránit většině činností spojovaných s fyzickou aktivitou. Stejně jako klienti s mentálním postižením kombinovaným s poruchou artistického spektra upřednostňují hlavně klid a vlídný přístup pečovateli.

Právě tyto neshody, mezi přáními a potřebami klientů s mentálním postižením a očekáváními a představami pečovateli o výsledcích jejich vzájemné spolupráce a působení, mohou vyvolávat u pracovníků pocity únavy a skepse ,ale nejsou to komunikační problémy, které tento stav vyvolávají.

ZÁVĚR

Ačkoliv se v posledních letech velice často skloňuje takzvaný „syndrom vyhoření“ ve všech pádech, výsledkem mého výzkumu tohoto jevu u pracovníků v přímé péči starajících se každodenně o mentálně postižené klienty v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku je zjištění, že komunikační obtíže, které vznikají ve vztazích mezi pečovateli a klienty, nemají na vznik tohoto jevu v tomto zařízení žádný zásadní vliv.

Cílem mojí bakalářské práce bylo pomocí dotazování mezi zaměstnanci zjistit, zda případné komunikační problémy mezi pečovateli a klienty s mentálním postižením v různých stupních vedou ke vzniku či rozvoji příznaků syndromu vyhoření.

Problémy s vyjadřováním svých pocitů a přání se sice u klientů vyskytují a mohou vést k nepochopení ze strany pečovatelů, ale společnými silami a chutí ke zlepšení vzájemné komunikace je možno nejen zvýšit participaci zaměstnanců na osvojování si nových metod a způsobů komunikace, ale zároveň dopřát klientům spokojenější život v zařízení, v němž žijí a které nahrazuje jejich domácí prostředí.

Zároveň však z výsledků mého výzkumu není jasné, zda se na některých příznacích, které pociťují zaměstnanci pečující v přímé péči o mentálně postižené jedince, nepodílí, například právě v anketě zmiňované, problémy s managementem, nárůst administrativních činností, dlouhodobý nedostatek pracovníků či nízké finanční či společenské ohodnocení jejich práce.

Cíl mojí práce tak byl naplněn, ale výsledky výzkumu navozují další otázky, zda na příznaky syndromu vyhoření nemají vliv spíše organizační nebo provozní problémy v chodu pobytových zařízení sociální péče jako je Domov pro osoby se zdravotním postižením v Oseku.

Zkoumání a řešení takovýchto problémů však nebylo součástí mé práce ale to neznamená, že bych se ani já ani vedení DOZP Osek tímto jevem neměli zabývat.

Seznam literatury a zdrojů :

**BARTOŠÍKOVÁ, Ivana, *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*, NCONZO
Brno,2006, ISBN 80-7013-439-9,**

**ČADILOVÁ Věra, JÚN Hynek, THOROVÁ Kateřina a kol. *Agrese u lidí s
mentální retardací a autismem*, 1. vydání, Praha, Portál 2007, ISBN 978-80-7367-
319-2,**

**SLOWÍK, Josef, *Komunikace s lidmi s postižením*, 1. vydání, Praha, Portál 2010,
ISBN 978-80-7367-691-9,**

**ŠVARCOVÁ- SLABIKOVÁ Iva, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální
péče*, 3. Vydání , Praha ,Portál 2006, ISBN 80-7367-060-7,**

Občanské sdružení Porozumění, *Ústav nebo rodina*, Praha 1994, ISBN neuveden,

<http://digiprofi.cz/co-je-snoezelen>

<http://www.kvalitavpraxi.cz>, Quip- Společnost pro změnu, 2005,

<http://www.uplnezneni.cz/zakon/108-2006-sb-o-socialnich-sluzbach/>

http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf

Příloha č. I. – Dotazník použitý k anketě mezi zaměstnanci DOZP Osek

Dotazník pro sociální výzkum k bakalářské práci

- | | | |
|---|--|----|
| 1. Jste muž nebo žena | M | Ž |
| 2. Jaký je Váš věk | 20-30, 30-40, 40-50, 50-60 | |
| 3. Jak dlouho pracujete v DOZP Osek | méně než 2 roky, 2-5let, 5-10 let, 10-20 let | |
| 4. Pracujete v DOZP na pozici | SZP, PSS- POP, PSS- PNP | |
| 5. Jste spokojeni s prací v DOZP | Ano | Ne |
| 6. Pokud ne s čím máte problém? | s klientem, s managementem | |
| 7. Pokud s klienty – jaký? | komunikace, neaktivita, agresivita | |
| 8. Víte co je logopedie ? | Ano | Ne |
| 9. Víte co je piktogram ? | Ano | Ne |
| 10. Říká Vám něco pojem snoezelen ? | Ano | Ne |
| 11. Umíte znakovou řeč ? | Ano | Ne |
| 12. Myslíte si, že rozvoj alternativních komunikačních dovedností by zlepšil vaši práci ? | Ano | Ne |
| 13. Cítíte se být vyčerpaný prací s klienty ? | Ano | Ne |
| 14. Odrazuje Vás to od další práce s klienty ? | Ano | Ne |
| 15. Probíhá ve Vašem zařízení supervize ? | Ano | Ne |
| 16. Pokud Ano- jak ? | | |
| 17. Pokud Ne – máte nějaký návrh na její obsah, týkající se komunikace s klienty? | | |

ABSTRAKT

LANŽOVÁ, S. *Komunikační obtíže ve vztazích mezi osobami s mentálním postižením a pracovníky přímé péče a jejich možný vliv na rozvoj syndromu vyhoření*. České Budějovice 2013. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra psychologie. Vedoucí práce PhDr. Ing. Marie Lhotová, Ph.D.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, mentální postižení, komunikace, poruchy řeči, pobytové zařízení sociální péče,

Práce se zabývá obtížemi v komunikaci mezi osobami s mentálním postižením a pečovateli, kteří jsou s nimi v každodenním kontaktu při přímé obslužné péči. Dále posuzuje možnost vlivu problémů v komunikaci na vznik a rozvoj syndromu vyhoření u pracovníků.

Praktická část obsahuje popis a závěry z kvantitativního výzkumu, provedeného mezi pracovníky poskytujícími přímou péči o osoby s mentální retardací v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Oseku u Strakonice.

Výsledky výzkumu v tomto zařízení neprokázaly vliv komunikačních potíží na rozvoj popsaného syndromu.

ABSTRACT

LANŽOVÁ, S. *Communication difficulties between the disabled and direct care workers and their possible influence on the growth of burnout syndrome level.*

Key words: burnout syndrome, mental distress, communication, dyslogia, social care institute

The thesis deals with communication difficulties between the disabled and the attendants being in a daily contact at direct service care. Furthermore, it views possible influence of communication problems on the origin and further expansion of burnout syndrome among the workers.

The practical part includes the description and conclusions of the quantitative survey, which has been done among the attendants providing direct care of the people suffering from cephalonia in The Institution for Disabled People in Osek near Strakonice.

The results of the survey in this institution didn't prove any influence of communication problems on the described syndrome development.