

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Radka Chemčuková

*Metody psychohygieny pracovníků v sociálních
službách v Paprsku p. o. Velké Opatovice*

Bakalářská práce

vedoucí práce: Mgr. Hana Krylová Ph.D

2015

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité
informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci 16. 3. 2015

.....

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucí práce paní doktorce Krylové za odborné vedení, cenné rady, čas a trpělivost, kterou mi věnovala.

Dále děkuji manželovi a dětem za podporu a pomoc díky, které jsem mohla studovat a napsat závěrečnou práci.

Úvod.....	1
1. Mentální retardace.....	2
1.1. Dělení mentální retardace podle IQ.....	3
1.2. Příčiny vzniku mentální retardace	4
1.3. Sociální důsledky mentální retardace	4
1.4. Možné problémové chování osob s mentální retardací	7
2. Stres a syndrom vyhoření	7
2.1. Stres	8
2.1.1. Podněty, prostředí, které ovlivňují stres a reakce na něj	8
2.1.2. Stres a sociální práce.....	10
2.2. Syndrom vyhoření	11
2.2.1. Fáze syndromu vyhoření.....	11
2.2.2. Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření.....	13
3. Duševní hygiena	14
3.1. Aktivity psychohygieny zaměřené na tělo.....	15
3.2. Aktivity psychohygieny zaměřené na psychiku	16
3.3. Psychohygiena a pracovní prostředí	18
3.4. Sociální aspekty duševní hygieny.....	20
4. Sociální práce s lidmi s mentálním postižením.....	21
4.1. Cíle sociální práce s lidmi s mentálním postižením	22
4.2. Typy sociálních služeb poskytující služby lidem s mentálním postižením....	23
5. Paprsek příspěvková organizace	24
5.1. Historie a současnost	25
5.2. Transformace a deinstitucionalizace	26
5.3. Personální zajištění poskytované služby	28
5.4. Vzdělávání pracovníků v sociálních službách.....	30
6. Výzkumná část	30
6.1. Cíl výzkumu a výzkumná otázka.....	31

6.2.	Metodologický rámec výzkumu – kvalitativní výzkum	31
6.2.1.	Metody získávání dat	32
6.2.2.	Metody zpracování dat.....	33
6.3.	Popis výzkumného souboru.....	34
6.4.	Průběh výzkumu	36
6.5.	Analýza dat výzkumu	36
6.5.1.	Znají pracovníci v sociálních službách Paprsek p. o. pojem duševní hygiena?	37
6.5.2.	Znají pracovníci, některou z metod duševní hygieny a používají je?.....	37
6.5.3.	Co pracovníkům pomáhá v boji proti stresu v pracovním procesu?.....	41
6.6.	Diskuse	42
6.7.	Závěry výzkumu	43
	Seznam zkratk.....	45
	Seznam literatury	45

ÚVOD

Práce v sociálních službách je specifická svou cílovou skupinou klientů a požadavky kladenými na pracovníky, kteří v sociálních službách pracují. Pracovníci v sociálních službách jsou vystaveni stresovým situacím, ke kterým dochází při interakci s klienty, opatrovníky, při plnění pracovních povinností, při péči o klienty. Duševní rovnováha napomáhá i v prevenci vzniku syndromu vyhoření, který se může u pracovníků v pomáhajících profesích rozvinout, pokud na ně působí stresující podněty. Podle mého názoru, pracovník, který je v neustálém napětí, neodvádí tak kvalitní práci, stanovuje si jednoduché cíle, je podrážděný, může být i cynický. Narušuje kolektiv ostatních pracovníků, zhoršuje týmovou spolupráci a atmosféru na pracovišti. Zatímco pracovník, který je vyrovnaný, pracuje efektivně, je vstřícný, empatický.

Cílem této práce je zjistit jaké metody psychohygieny používají pracovníci v sociálních službách v Paprsku p. o. Velké Opatovice v boji proti syndromu vyhoření. Zjištěná fakta lze využít pro nastavení vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách v oblasti psychohygieny, boji se stresem, v boji proti syndromu vyhoření. Dále se mohou využít např. pro zlepšení pracovního prostředí.

Vytvoření kompilace literárních zdrojů na téma psychohygieny a metody psychohygieny, které mohou být používány u pracovníků pracujících s cílovou skupinou: lidé s mentálním postižením. Na základě této kompilace provedení kvalitativního výzkumu za využití metody polostandardizovaného rozhovoru a analýzy dat získaných z rozhovorů s deseti pracovníky v sociálních službách z Paprsku p. o. Velké Opatovice, kteří pracují přímo s lidmi s mentálním postižením.

Na své pracovní pozici vedoucí jednoho z oddělení přímé péče, na které pracuji od roku 2008, sleduji, jak mi týmovou práci narušoval pracovník, u kterého se projevil syndrom vyhoření, jak se těžce pracuje s pracovníkem, který je ve stresu a to nejen z práce, ale i ze svého osobního života. Jak jejich pracovní výkon ten den klesá a nejen jejich, ale i celého kolektivu. Jak se nervozita lehce přenáší na naše klienty, kteří jsou k těmto „náladám“ velice vnímaví a sami na ně reagují neklidem, podrážděností. I pro mne uvědomění si, co vše můžu použít k tomu, abych se cítila lépe a zvládla stres v práci, nepříjemnosti, pocit marnosti, tlaky, které na mě působí od vedení zařízení a zdola od podřízených, je velkým plusem. Po zjištění, které metody psychohygieny pracovníci používají, jestli vůbec znají pojmy duševní

rovnováha, duševní zdraví, mohou iniciovat vzdělávání pro pracovníky v sociálních službách v této oblasti.

Tato práce popisuje v teoretické části mentální postižení, které je určující pro cílovou skupinu naší organizace. V této kapitole popisují příčiny vzniku, dělení mentálního postižení podle IQ, popis projevů, možnosti vzdělávání, specifika péče o lidi s mentálním postižením. Protože cílovou skupinou v zařízení Paprsek p. o. jsou dospělí muži, nebudu se zmiňovat o školním věku a faktorech, které jsou tímto obdobím podmíněné. V současnosti se používají dvě názvosloví a to lidé s mentální retardací či s mentálním postižením, obě tato spojení v práci používám. Další kapitolou, kterou zpracovávám, je popis stresu, podnětů, které stres mohou vyvolávat, reakce na něj a spojení stres a sociální práce. Neustálý stres může vyvolat syndrom vyhoření, který je popsán v další kapitole. V práci se věnuji fázím vzniku syndromu vyhoření a faktory, které vznik syndromu vyhoření ovlivňují. Následuje část o psychohygieně, kde popisují pojmy duševní hygiena, duševní rovnováha a některé z faktorů a metod, které ovlivňují duševní rovnováhu. V poslední kapitole se věnuji sociální práci s lidmi s mentálním postižením, popisu organizace Paprsek p. o., personální zajištění přímo obslužné péče, transformaci sociálních služeb. Na teoretickou část navazuje výzkumná. Jejímž cílem je za pomoci metody kvalitativního výzkumu, polostrukturovaného rozhovoru s výzkumným vzorkem získat odpovědi na výzkumné otázky a cíl výzkumu.

1. MENTÁLNÍ RETARDACE

Sociálních služeb poskytovaných zařízením Paprsek p. o. využívá k 31. 1. 2015 106 klientů s mentálním postižením v různém stupni od lehkého až po hluboké v kombinaci s různým zdravotním postižením.

Mentální retardací se označuje vrozená vývojová porucha rozumových schopností, která se projevuje neschopností porozumět svému okolí a přizpůsobit se mu. Definujeme ji jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje, přestože byl jedinec přijatelným způsobem výchovně motivován. Hlavním znakem je nedostatečný vývoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a obtížná adaptace na životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností je spojen s omezením dalších dovedností a s odlišností ve struktuře osobnosti. (Vágnerová 2008 s. 289) Za mentálně postižené se považují osoby, u kterých dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, odlišnému vývoji některých vlastností a k poruchám adaptace. (Švancarová 2011 s. 28)

Humanizace vědních oborů se projevuje i ve změnách v termínech a názvosloví. Hledají se nové termíny, které by nahradily terminologii, která by mohla mít pejorativní nádech. V západních zemích se bojuje za zákaz používání pojmenování mentální retardace. Z tohoto důvodu se již nepoužívají názvy jako debilita, imbecilita a podobně. Doporučuje se používat výraz osoba s mentálním postižením. (Valenta, 2012 s. 29)

1.1. DĚLENÍ MENTÁLNÍ RETARDACE PODLE IQ

Míra postižení je u každého jedince jiná. Mentální retardace je důsledek organického postižení mozku. Mentálně postižené nejsou osoby, u kterých dochází k zaostávání kognitivních schopností z jiného důvodu, než je poškození mozku. Postižení mozku je u mentálního postižení trvalé. Inteligence se posuzuje po kvantitativní stránce a zapisuje se formou IQ. Inteligenci můžeme dělit na např. abstraktní, obecnou, sociální, praktickou, personální a další. K určení míry mentální retardace jsou nápomocné psychologické, neurologické, psychiatrické vyšetření. Obecně se za inteligenci bere schopnost poučit se z minulosti a naučit se novým dovednostem. Mentální retardace se označuje snížením úrovně inteligenčního kvocientu. Při jejím určování se využívá 10 revize Mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992. Lehká mentální retardace IQ 50 – 69. Do této skupiny patří většina mentálně postižených osob. Jsou schopny nabyt nezávislosti na druhých osobách v péči o svoji osobu, verbálně komunikovat. Některé z osob se hůře přizpůsobují kulturním normám, nejsou schopni se postarat o dítě, samostatně získat a udržet si zaměstnání, finančně se zajistit. Středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49. Tyto osoby mají omezeně rozvinutou řeč, a chápání. V péči o svoji osobu potřebují pomoc druhých. Jsou schopny si osvojit základy školního trivia, vykonávat jednoduchou manuální práci. Většina z nich není schopna plně samostatného života. Těžká mentální retardace IQ 20 – 34. Osoby s těžkou mentální retardací nejsou schopny osvojit si důležité dovednosti pro samostatný život. Projevují se u nich potíže v oblasti motoriky a mají často další postižení. Jejich mentální věk je v rozmezí 18 měsíců až 3,5 roku. Výchovná péče a vedení od dětského věku může napomoci rozvoji jejich schopností a dovedností a zlepšení kvality jejich života. Hluboká mentální retardace IQ nižší než 20. Osoby s hlubokou mentální retardací tvoří asi 1% ze všech osob s mentálním postižením. Téměř vůbec neporozumí řeči, požadavkům, jsou schopni neverbální komunikace (radost, pláč). Většina osob je i imobilních. Potřebují stálou péči jiných osob. Možnosti vzdělávání a učení jsou velmi omezené. IQ nelze přesně zjistit, jejich mentální věk je na úrovni méně než 18 měsíců. Každá osoba s mentálním postižením je osobitá, ale mají některé společné znaky

např.: hůře udrží pozornost, zpomalení úsudku a pochopení, horší paměť, logické myšlení, zhoršená sebereflexe, impulzivita, emoční labilita, zvýšená potřeba pocitu bezpečí. Lidé, kteří žijí a pracují s osobami s hlubokým mentálním postižením, dokáží vnímat a pozorovat individuální rozdíly v chování a správně na ně reagovat. (Švancarová 2011 s. 28- 47)

1.2. PŘÍČINY VZNIKU MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace je vrozená. Dítě se od narození vyvíjí nestandardním způsobem. Mentální retardaci musíme odlišit od demence, která vzniká v průběhu života a je pro ni typický úbytek již rozvinutých schopností. Mentální postižení je trvalé, přesto je možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje je dána závažností a příčinou defektu, tak specifickým působením prostředí, výchovných, výukových, terapeutických vlivů. (Vágnerová 2008 s. 289) Příčinou vzniku mentální retardace je postižení CNS, které má multifaktorálně podmíněné příčiny.

Na jeho vzniku se může podílet jak porucha genetických dispozic, tak exogenní faktory, které poškodí mozek v rané fázi vývoje. Ke geneticky podmíněným příznakům řadíme např. odlišný počet nebo strukturu autozomů. Typickým příkladem postižení takto vzniklého je trisomie 21 chromozomu, známá jako Downův syndrom. Dalšími geneticky podmíněnými poruchami mohou být odlišná struktura pohlavních chromozomů, genová porucha např. fenylyketonurie, polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje. Teratogenní faktory ovlivňují vývoj plodu působením přes organismus matky. Mohou to být faktory fyzikální např. ionizující záření, stlačení hlavičky plodu a tím způsobené krvácení do mozku. Chemické faktory jako alkohol, drogy. Biologické příčiny jsou viry a bakterie. Dalším faktorem, který vede ke vzniku mentální retardace, může být postnatální postižení mozku v raném věku dané zánětlivým onemocněním, úrazem, otravou. Do této kategorie řadíme pouze postižení vzniklá do věku 1,5 – 2 let. (Vágnerová 2008 s. 290 – 291)

1.3. SOCIÁLNÍ DŮSLEDKY MENTÁLNÍ RETARDACE

Ať příčina mentální retardace je geneticky podmíněná nebo na jejím vzniku se podílely teratogenní faktory či vznikla v krátkém období po porodu, mají lidé s mentálním postižením omezené adaptační schopnosti, omezenou míru pochopit sdělenou informaci, učení a další. Myšlení mentálně postižených je vždy vázáno na realitu. Nejsou schopni přemýšlet o její podstatě, pro lidi s mentálním postižením je důležité, jak se jim situace jeví.

Není u nich vytvořena schopnost nadhledu, která se u nich projevuje sníženou kritičností a zvýšenou sugestibilitou. Uvažování dospělých osob s mentální retardací je ovlivněné dlouhodobým učením. Proto i když je osoba s mentálním postižením infantilní, projevují se u ní zafixované, zpracované zkušenosti, které děti nemají. Myšlení je charakterizováno rigiditou a stereotypy. Toto ulpívání je obranou proti neznámým nesrozumitelným podnětům. Mentálně postižení lidé jsou schopni naučit se určitá pravidla, ale nejsou schopni je v praxi účelně aplikovat. Očekávají, že problémy za ně vyřeší někdo jiný. Někdy mohou reagovat agresivně. Tato agresivita může být projevem zoufalství v situaci, které nerozumějí a nedovedou ji vyřešit. (Vágnerová 2008 s. 291 – 293)

Řeč je porušena v oblasti obsahu i po formální stránce. Projev je nápadný svou nepřesnou výslovností. Pro lidi s mentálním postižením je obtížné pochopení kontextu. Nejsou schopni chápat složitější slovní obraty, ironii, žert. Nejlepší variantou je jednoduše formulovaná konkrétní informace. Lidé s lehkým mentálním postižením jsou schopni zvládnout běžné pojmy a slovní obraty. U závažnějšího postižení nejsou lidé s mentálním postižením schopni verbálně komunikovat. Typickými znaky řečového projevu u mentálně postiženého člověka je jazyková necitlivost a jednoduchost ve vyjádření. U těžkých forem mentálního postižení se zvyšuje potřeba neverbální komunikace. Je však důležité, aby se lidé bez mentálního postižení a lidé s mentálním postižením v komunikaci vzájemně pochopili. (Vágnerová 2008 s. 293 – 294)

Učení je u lidí s mentálním postižením omezeno. Je spíše mechanické, asociační. Veškeré informace, dovednosti, návyky si rigidně zafixují a poté je používají neustále stejným zapamatovaným způsobem. Změna jakéhokoliv návyku působí lidem s mentálním postižením značné potíže. K dalším specifikům patří i to, že zapamatování jakékoliv informace trvá delší dobu. Dalším rysem v učení mentálně postižených je určitá pohodlnost. Učení je pro lidi s mentálním postižením málo atraktivní. Musí být motivováni jiným způsobem – odměnou. Bývají ochotni učit se za podpory člověka, ke kterému mají pozitivní vztah. (Vágnerová 2008 s. 294 – 295)

Emoční prožívání může být u osob s mentálním postižením zvýšeně dráždivé s větším sklonem k afektivním reakcím a mrzuté náladě. Platí, že emoční prožívání je základním mechanismem autoregulace. Nedostatečná kontrola ovládnutí emocí vede k preferenci takového chování, které přináší bezprostřední uspokojení. Osoby s mentální retardací mají stejné základní potřeby jako všichni ostatní lidé. Tyto potřeby však mohou být určitým způsobem modifikovány. V uspokojování těchto potřeb jsou lidé s mentálním postižením více závislí na svém okolí. Mentálně postižení lidé mají tendence uspokojovat svoje potřeby

neodkladně a bez zábran. Stejně jako my všichni mají potřebu stimulace. Přísun podnětů je důležitý pro rozvoj každého jedince nevyjímaje osobu s mentálním postižením. Zde je však nutné, aby tyto stimuly odpovídaly možnostem jedince, protože příliš stimulů by mohlo osobu s mentálním postižením poškodit. Mentálně postižení lidé preferují jednodušší, stereotypnější a jednoznačnou stimulaci, která bude srozumitelná a nebude vyvolávat obrannou reakci. Tato reakce může být útekem z nepříjemné situace a vyvrcholit záchvatem vzteku. Potřeba učení je vyjádřena snahou porozumět svému okolí v mezích svých možností. Poskytované informace musí být jednoduché, užitečné, nesmí jich být příliš mnoho a musí se opakovat. Potřeba citové jistoty a bezpečí je pro osoby s mentálním postižením velice důležitá. Slouží jako zdroj rovnováhy, která je narušována obtížnějším porozuměním okolnímu světu. Potřeba seberealizace je u mentálně postižených ovlivněna mírou postižení. Spokojí se většinou s pozitivní odezvou od svého okolí, která potvrzuje jejich vlastní hodnotu. Potřeba životní perspektivy je závislá i od schopnosti chápat pojem času, diferencovat minulost, přítomnost, budoucnost. Neuspokojení některé z jejich potřeb lze považovat za zátěžovou situaci, na kterou reagují různými obrannými mechanismy. (Vágnerová 2008 s. 295 – 296)

Lidé s mentálním postižením mají potíže porozumět obecně platným hodnotám a pochopit jejich podstatu. Nelze od nich očekávat standardní reakce. Pokud dojde i třeba k malé změně, může jedinec reagovat nepřiměřeně. Mentálně postižení lidé se řídí spíše svými emocemi. Schopnost sebeovládat se není u nich zcela rozvinuta. Nepříjemné a afektivní chování můžeme chápat, jako obrannou reakci na neznámou situaci, kterou nedokáže jedinec zpracovat. Problematické chování může být projevem neschopnosti vyjádřit aktuální pocity standardním a ostatním srozumitelným způsobem. Automatismy např. kývání může být obrannou reakcí, která uvolňuje napětí způsobené kumulací nepříjemných podnětů. Sklon k agresivnímu jednání může být projevem nedostatečného sebeovládání, neschopností odhadnout vlastní sílu a důsledek svého jednání. Příčiny agresivní reakce mohou být nadměrné sociální požadavky, které osoba není schopna pochopit. Dále to může být reakce na negativní postoj okolí, různá omezení. (Vágnerová 2008 s. 297 – 298)

Někdy vzájemné nepochopení mezi osobou s mentálním postižením a okolím může vést k takovému chování osoby s mentálním postižením, které je označeno jako agresivní nebo nevhodné. Proto lidé, kteří pečují o osoby s mentálním postižením, by měli být vstřícní, chápat jejich potřeby a jejich signály. Měli by sledovat spouštěče určitého chování a hledat, jak se tomu vyvarovat. Trestat osoby s mentálním postižením za některý z projevů nevhodného chování není efektivní. Na druhé straně, nelze nevhodné chování tolerovat a ponechat bez adekvátní reakce. Při výchovném působení je nutné přihlížet k individuálním

zvláštnostem konkrétní osoby. Pokud se k lidem s mentální retardací přistupuje laskavě a s pochopením, většinou jejich chování nelze označit jako problémové. Přesto musíme osoby s mentálním postižením vést tak, aby své projevy chování přizpůsobovali většině. (Švancarová 2011 s. 64- 66)

1.4. MOŽNÉ PROBLÉMOVÉ CHOVÁNÍ OSOB S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Zkombinování mentálního postižení a poruch chování ohrožuje samotné osoby s mentálním postižením, ale i osoby, které o ně pečují. K poruchám chování můžeme řadit agresivitu, sebezraňování, stereotypie, křik, hyperaktivita a další projevy, které mohou být okolí nepříjemné. Eric Emerson (2001 s. 11) problémové chování definuje jako: „Kulturně abnormální chování různé intenzity, frekvence, trvání, kterým může být vážně ohroženo fyzické bezpečí dané osoby nebo druhých, nebo chování, které může vážně omezit používání běžných komunitních zařízení nebo může vést k tomu, že dané osobě do nich bude odepřen přístup.“ (Emerson 2001 s. 11- 13)

To jestli označíme nějaké chování, v určité souvislosti za problémové, záleží na okolnostech, jako jsou: společenská pravidla daného prostředí, schopnosti člověka zdůvodnit své chování, na okolí, jak přijímá lidi s mentálním postižením a poruchy chování s ním spojené, schopnost prostředí zvládat narušení svých pravidel. Různá chování jsou přijímána v různých prostředích různě. Lidem s mentálním postižením mohou být připisovány různé sociálně deviantní role a podle těchto nálepek se ostatní mohou k těmto lidem chovat a chápat jejich chování. Důsledky problémového chování můžeme posuzovat jednak po fyzické stránce, kdy se problémové chování odrazí na fyzickém stavu osoby a jednak na přístupu okolí. Sociální reakce může zahrnovat nevhodné zacházení, deprivaci a zanedbávání, zneužívání. (Emerson 2001 s. 17 – 23)

2. STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ

Podle mého názoru právě reakce mentálně postižených na neznámé situace, jejich emotivní chování, ztížené možnosti vzdělávání, chápání sdělovaných informací a další specifika v potřebách lidí s mentálním postižením, v přístupu k nim, mohou vést ke stresu u pečujících osob. Sama ze své zkušenosti vím, že péče o mentálně postižené lidi je obtížná a přináší stresující situace. Každá z těchto osob potřebuje individuální přístup.

2.1. STRES

Zpočátku byl stres definován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen souborem změn, které jsou zaměřeny na změnu situace, která člověka ohrožuje nebo přizpůsobení tomu, co nelze změnit. Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou stresogenní situace a schopnostmi situaci zvládnout. O stresové situaci hovoříme v tom případě, kdy míra intenzity situace je vyšší než schopnosti člověka ji zvládnout. Nadlimitní zátěží může být pouze jeden stresor nebo souhra několika stresorů. (Křivohlavý 1998 s. 170 – 171) Baštecká (2001 s. 239) podle Richard s. Lazarus 1975 „Stres přináší ohrožení pohody a zahrnuje nepříjemné pocity.“ Stres zahrnuje mnohorozměrné osobní prožitky popisované jako ohrožení ega, bolest, hrozba trestu, neživá hrozba, vina. Za tvůrce teorie stresu se považují W. B. Cannon, H. Selye, L. s. Lazarus. (Baštecká 2001 s. 239 - 240)

Sjednocující pohled na oblast stresu přináší psychologové McEwen a Stellar, kteří si vypomáhají pojmem alostáza (z řec. allos – jiný, cizí, stasis – stav), které pro ně představovalo provozní rozmezí schopností organismu reagovat na podněty zvýšením či snížením hodnot životně důležitých funkcí. Zdůrazňují proměnlivost vnitřního prostředí. Jejich teorie má dva základní výstupy úroveň chování jedince, úroveň biologických reakcí organismu. V úrovni chování podnět působí na organismus v sociálním kontextu a v kontextu socioekonomickém. Analýza a zpracování podnětu je určena genetickými dispozicemi, pohlavím, věkem, minulostí, schopností učít se. Biologické reakce organismu způsobují mediátory, což jsou působky mozku, autonomního nervového a neuroendokrinního systému. Na jejich uvolňování působí akutní i dlouhotrvající stres. (Baštecká 2001 241 – 247)

2.1.1. PODNĚTY, PROSTŘEDÍ, KTERÉ OVLIVŇUJÍ STRES A REAKCE NA NĚJ

Podněty, které na nás působí, se zkoumají z hlediska síly působení, významu a času. Podněty na nás působí neustále, pokud by na nás nepůsobily, vnímali bychom to také jako stresovou situaci. Psychologové se dříve zabývali frustrací a konflikty jako zdroji stresu. Dnes se ví, že bychom bez konfliktu a frustrace jako osobnosti nevyrostli. Zjednodušeně se dá říci, že podnět se stává stresorem, pokud vyvolává stresovou situaci. Mezi podněty, které můžeme zařadit mezi stresory, patří životní události. Jsou to skutečnosti v životě jedince, které vznikají nezávisle na jeho vůli, ale dlouhodobě ovlivní životní styl, navyklé stereotypy. Nesou sebou

chtěnou či nechtěnou změnu. Význam podnětům dává jedinec, na kterého tyto podněty působí. Krizi můžeme popsat, jako reakci na situaci, která svým rozsahem přesahuje repertoár copingových¹ strategií. Podněty, které krizi vyvolávají, můžeme rozdělit na podněty situační, které vyvolávají silný pocit tísně a neodkladnost řešení. Dále sem řadíme životní změny, které očekáváme, ale vyžadují změnu a přizpůsobení např. přechod do další životní etapy. Dalším závažným stresorem je náhlý traumatizující stresor – situace, které přesahují běžnou lidskou zkušenost a vyvolávají stres, tíseň téměř v každém. Jsou to hromadná neštěstí, přírodní katastrofy. Sílu stresové reakce ovlivňuje, zda podnět přichází náhle, je akutní, chronický či intermitentní. Při akutním podnětu bývá reakce organismu prudká, člověk bývá zaskočen. Při dlouhodobém působení se jedinec přizpůsobuje, ale opotřebovává se. Nejnáročnější je přerušovaný stresový podnět. Na tento druh podnětu se nelze přizpůsobit. Tento typ podnětů by mohl mít souvislost se syndromem vyhoření. (Baštecká 2001 s. 247 – 254)

Za prostředí považujeme vše, co je za hranicemi našeho těla. Vše kolem nás, co ovlivňuje naše chování, zvládání stresových podnětů. Prostředí působí příznivě i nepříznivě, mnohdy jeho vliv ani nevnímáme, ale nedokážeme se mu vyhnout. Pociťujeme ho v podobě podnětů, které k nám přicházejí. Mezi sebe a prostředí vkládáme tzv. nárazníky, které jsou tvořeny jedincovými zdroji a silami. Za hlavní nárazníky z pozice zdrojů se řadí sociální opora, z pozice sil – životní styl. Sociální opora je podpůrná mezilidská a institucionální síť. Je to přítomnost druhých nebo podpora jimi poskytovaná. Dělíme ji na strukturovanou a funkční. Strukturovaná se zabývá množstvím, kvantitou sociálních kontaktů, vztahovou sítí jedince. Funkce sociální opory sleduje kvalitu sociálních kontaktů. Pro zvládání stresové situace je důležitá očekávaná sociální opora. Je to potvrzení toho, že jsem milován a druhým na nás záleží, chtějí pomoci. Životní styl je způsob, jakým jedinec ve společnosti buduje a udržuje svoje vztahy a tráví čas. Životní styl souvisí se stupnicí hodnot jedince, dotýká se podstaty jeho existence. Mezi další ochranné nárazníky řadíme osobnost. Ta je ovlivňována sebehodnocením, věkem, pohlavím, zaměstnáním, náboženstvím, rodinou, společenskými kontakty, kladnými životními událostmi, dobrým zdravím. (Baštecká, 2001 s. 269 – 275)

Každý z nás neustále na něco reaguje. Jakou reakci podnět vyvolá, záleží také na organismu – osobnosti. Organismus vyhodnocuje podnět, zda je či není pro něj ohrožující a zda má síly a zdroje se s podnětem úspěšně vyrovnat. Organismus reaguje na podnět svým chováním a biologickými změnami. V reakcích sleduje individuální odlišnosti. Psychosociální

¹ Vágnerová (2008, s.57) „Coping tj. zvládání zátěžové situace, je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení dané situace i posouzení vlastních možností. Z toho vyplývá zaměření na určitý cíl, kterým by bylo dosažení možné pozitivní změny a tolerance.“

souvislosti řeší sociální práce. Pokud jedinec vnímá podnět jako ohrožení, pomoc nabízí psychoterapie a farmakoterapie. Psychoterapie napomáhá i ve vnímání a hledání vlastních sil a zdrojů. (Baštecká, 2001 s. 255 – 258)

2.1.2. STRES A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Vysoká míra psychické zátěže u sociálních pracovníků může být znakem profese nebo souviset se specifickými vlastnostmi sociálních pracovníků. Není pochyb, že dlouhodobý stres může výrazným způsobem snížit kvalitu práce, spokojenost klientů s úrovní poskytovaných služeb, podporuje negativní jevy jako častá absence, pracovní rutinu. K podnětům, které zvyšují stres u sociálních pracovníků, patří interakce sociálních pracovníků a klientů. Tu můžeme rozdělit na kvantitativní a kvalitativní. Mezi kvalitativní aspekty interakce s klienty řadíme vysokou intenzitu, emocionalitu, setkání s klienty, kteří mají vysokou míru tělesného postižení či jsou agresivní. Ke kvalitativním aspektům patří vysoký počet a délka trvání kontaktu sociálního pracovníka s klientem. K pracovním aspektům lze přiřadit organizační složku, u jaké organizace sociální pracovník pracuje a jaký druh sociální práce poskytuje. Jakým způsobem organizace získává finanční prostředky, jak je personálně obsazena, do jaké míry lpí na byrokracii, důležitá je i úroveň řízení a svoboda v rozhodování jednotlivých pracovníků. Také sociální podpora od organizace a její neposkytování je důležitým pracovním stresorem. Posledním aspektem rozdělení stresových situací jsou problémy sociální práce jako profesního oboru. Důvodem je rozpor mezi teoretickým a praktickým vymezením sociální práce. (Mlčák, 2005/3 s. 124 -129)

K snížené toleranci vůči stresovým situacím mohou vést i určité charakterové vlastnosti pracovníků. Je možné, že si sociální práci volí lidé s určitými osobnostními rysy. Jedním z faktorů je emoční vybavenost osobnosti. Pracovní stres v sociální oblasti více prožívají pracovníci, kteří jsou emočně labilní. Tato labilita se projevuje nervozitou, rozpaky, nejistotou, strachem. Tyto emoce narušují pracovní adaptaci a podporují nespokojenost s osobním životem. Část sociálních pracovníků je charakterizována asertivním chováním, preferují pracovní činnost, jsou zaměřeni na oblast pracovního výkonu. Neúspěchy je zneklidňují a povzbuzují ke zvýšenému úsilí. Obtížně relaxují a odpočívají. Stresové situace v nich vyvolávají obavu, ale současně je vyhledávají a chtějí je zvládnout. Jiní pracovníci naopak mohou pracovat uvolněně, klidně. Nepříznivé je, že v okamžiku pracovního stresu, reagují depresivně a lehce se vzdávají. Kognitivní složka osobnosti sociálního pracovníka souvisí s hodnocením sebe i ostatních. Hodnocení rozdělujeme na vnitřní a vnější. Pracovníci,

kteří sami sebe posuzují, jako osobu, která má menší zdatnost, stresové situace řeší pasivně, lehce se vzdávají, často čelí bezmoci. Zvýšeně vnímaví k pracovnímu stresu jsou spíše pracovníci, kteří mají nízkou sociální oporu. Chybí jim pocit týmové opory. Nepřijetí svojí osoby se promítá do vztahu ke klientům a zvládnání práce sociálního pracovníka. (Mlčák, 2005/3 s. 129 - 136)

Požadavky na sociální pracovníky se budou s postupem času navyšovat. Pracovníci se budou muset naučit zvládat stresové situace, najít si strategie k jejich zvládnání. Základní individuální postupy zvládnání se mohou naučit při studiu či v postgraduálním vzdělávání, jehož součástí může být vzdělávání v oblasti zvládnání stresu. Také organizace může napomoci zvládat stres. Záleží na managementu, který zajistí odpovídající pracovní podmínky, efektivní komunikaci, opodstatněnou míru byrokracie, jasně stanovená pravidla a další. To vše souvisí s řízením lidských zdrojů a s kulturou organizace. (Mlčák 2005/3 s. 136 - 137)

2.2. SYNDROM VYHOŘENÍ

Jak jsem se již zmínila výše, dlouhotrvající stres nebo intermitentní neboli neustálém přerušovaném působením podnětů může vzniknout reakce, která se nazývá syndromem vyhoření.

Křivohlavý (2001 s. 116) „H. Freudenberger a G. North (1992) říkají: Vyhoření je stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka. Jejich definice zní: Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).“ Nabídnou další popis, Maslachové 1996 in Maroon 2008, který rozvíjí definici Freudenbergera. Popisuje vyhoření jako nepřetržitý, systematický proces ochabování, narůstajícího cynismu a ztráty angažovanosti vůči klientům. Podle jejího názoru má tento jev kořeny spjaté s pracovním prostředím. (Maroon 2008 s. 20)

2.2.1. FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření se vyznačuje těmito faktory. Fyzické vyčerpání způsobuje nedostatek energie, chronickou únavu, pocit slabosti, časté jsou bolesti hlavy a další. Emocionální vyčerpání se projevuje depresí, bezmocí, beznadějí. Někteří lidé, kteří mají syndrom vyhoření, pláčou, pociťují emocionální prázdnotu. Přejí si být sami, vyhýbají se ostatním. Mentální vyčerpání souvisí s negativním postojem a vztahem ke své práci.

Pracovník má pocit méněcennosti, nízké sebehodnocení. Může cítit nevraživost vůči klientům, nevnímá jejich hodnotu a může se k nim chovat bezcitně. (Maroon 2008 s. 22) V literatuře bychom našli další definice a popisy faktorů, které popisují příznaky, kterými se projevuje syndrom vyhoření. V roce 1996 navrhla Maslachová in Maroon 2008 novou škálu měření syndromu vyhoření. Vyhoření se měří na základě vyčerpání zaměstnanců, únavy a vypětí během práce. Cynismu vůči svému povolání, k němuž náleží záporný a distancovaný postoj k práci. A jako poslední osobní efektivnost pracovníka v práci, zdůrazňující vlastní postoje jedince. (Maroon 2008 s. 23) Z různých definic syndromu vyhoření se vykrystalizovaly tři hlavní složky. Jsou to pocity - negativní postoje a vztahy. Ohnisko – příčinu některých emocí můžeme hledat u samotných pracovníků, jiné pochází ze zdrojů mimo pracovníky. Poslední složkou je čas. Momentální pocity pracovníků jsou odlišné od předchozích, kdy měli k práci a klientům pozitivní vztah. Ke společným prvkům definic lze přiřadit další např. syndrom vyhoření probíhá individuálně. Vyhoření je vnitřní duševní proces. Je to mnohdy negativní zkušenost spojená s citovým tlakem. Vyhoření je chronické, spojeno s pracovními nároky, projevuje se i mimo pracovní prostředí např. vztah k rodině, přátelům. Vyhoření není nemoc, ale je rizikovým činitelem pro vznik onemocnění. (Maroon 2008 s. 25 – 26) Projevů syndromu vyhoření můžeme popsat ještě několik, ale ve své podstatě jsou všechny shodné již s těmi výše popsanými.

Vývoj vyhoření může být spjat s délkou zaměstnání. Čím kratší dobu je pracovník zaměstnán, tím vyhoření je pravděpodobnější. Období prvních dvou let se vyznačuje nejistotou a strachem neudělat chybu. V dalších dvou letech, kdy je snaha splnit co nejlépe požadované úkoly, snaha podat správný výkon. Ve třetím období od pátého roku se tříbí loajalita k zaměstnavateli a způsob práce. (Maroon 2008 s. 35) Možné chování sociálních pracovníků, kteří jsou postiženi syndromem vyhoření. Stanovuje si skromnější cíle, tím že se soustředí na pár klientů a další ignoruje. Schovává se za jiné viníky v případě, když už nezvládá ani lehké úkoly, roste jeho soužení, obviňuje jiné. Je méně empatický ke klientům a při případném nezdaru je obviňuje z neúspěchů. Důvěra, idealismus, empatie, obětavost se vytratily, pracovník dokonce pociťuje nepřátelství. Snaží se získat osobní výhody, soustřeďuje se na své potřeby. Práce je považována za frustrující a nevděčnou. (Maroon 2008 s. 36 – 37) Fáze syndromu vyhoření popisují různí autoři podobnými způsoby a podobným členěním. Počáteční fáze entuziazmus a naděje. Pro pracovníka je role pomáhajícího prioritou. Začátečník věří, že by mohl klienta zachránit. Věří, že se klient změní, přijme jeho pomoc. Fáze stagnace, kdy pracovník dělá jen to nejnnutnější, práce ho nenaplňuje. Ztrátu původních nadějí považuje za bolestivou. Fáze frustrace je v ostrém protikladu k první fázi.

Obvykle trpí citovými, tělesnými problémy. Fáze lhostejnosti, kterou si vypěstoval, jako obranou reakci na frustraci. Stará se o svoje zdraví a duševní klid. Práci se věnuje minimálně. Bojí se nových úkolů. Fáze konce, kdy je východiskem odchod ze zaměstnání či delší dovolená. (Maroon 2008 s. 38 – 39)

2.2.2. Faktory ovlivňující vznik syndromu vyhoření

Proměnné týkající se osobnosti pracovníka, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření, jsou věk. Syndromem vyhoření spíše podléhají mladší pracovníci. Vysvětluje se to tím, že starší pracovníci reagují méně citlivě na vypětí na pracovišti, mají umírněnější očekávání a snáze akceptují potíže. Vytvořili si strategie, jak zvládat stres a vypětí na pracovišti. Další demografickou proměnou, která ovlivňuje vznik syndromu vyhoření, je rodinný vztah. Obecně se syndrom vyhoření vyskytuje častěji u pracovníků, kteří nežijí v partnerském vztahu. To potvrzuje roli rodiny, jako opory pracovníka. Také dosažené vzdělání má podíl na vzniku syndromu vyhoření. S vyšším vzděláním se snižuje vznik syndromu vyhoření. Má se za to, že proces vzdělávání umožňuje poznat svoje mantinely, rozeznat možnosti osobního vývoje. V institucích, které kladou důraz na vzdělání svých pracovníků, se snižuje výskyt syndromu vyhoření. Podíl na vzniku syndromu vyhoření má i počet odpracovaných let. Začátečníci jsou ohroženější než zkušenější. Nový pracovník vstupuje do zaměstnání s ideály, postupně však přichází zklamání. Pracovník, který projde počáteční fází, stane se odolnějším, schopný poradit si s pracovními nároky. (Maroon 2008 s. 42 – 44)

Vznik syndromu vyhoření ovlivňují i faktory, které určuje organizační kultura a vztahy na pracovišti. Mezi ně patří zvýšená pracovní zátěž způsobená velkým množstvím administrativních úkonů, požadavky na vzdělávání pracovníků, nové technologie, které pracovník musí znát. Toto vše může způsobovat zvýšený stres. Lidé lépe pracují, pokud mají určitou míru volnosti, práce je více baví. Podléhá-li někdo přílišné kontrole, bývá nespokojený. Přílišný dohled ze strany vedení může pracovníkům vadit, nemohou ovlivňovat situaci ani pracovní prostředí a podmínky. Nedostatek uznání, které snižuje motivaci pracovníků, ovlivňuje také vznik syndromu vyhoření. To však neznamená, že pracovníci musí být neustále oceňováni, ale ocenění a kariérní růst je stimulem pro dobré pracovní výkony a spokojenost v práci. Dalším z faktorů, které mohou podporovat syndrom vyhoření je kolektiv. V týmu, který je nepřátelský, nevraživý, má spoustu problémů, se necítíme dobře. Pociťujeme to jako svoje ohrožení. S kolektivem a motivací souvisí i nadržování a upřednostňování některých pracovníků nebo vyloučení jiných pracovníků z kolektivu. Zaměstnavatel by měl

přihlížet k slabým a silným stránkám jednotlivých zaměstnanců, přistupovat k pracovníkovi individuálně. Pokud dochází k diskriminaci určité části pracovníků nebo jednoho pracovníka narušuje to týmovou soudržnost, zhoršuje to pracovní prostředí a může vést k syndromu vyhoření. Pokud hodnoty organizace jsou v rozporu s hodnotami pracovníka, je to jeden z možných rizikových faktorů, který podporuje syndrom vyhoření. Nesoulad v hodnotách vede k tomu, že naše práce se nám může zdát zbytečná, škodlivá a dostaví se odcizení. (Stok 2010 s. 32 – 39)

3. DUŠEVNÍ HYGIENA

Podle mého názoru pracovníci, kteří pracují s osobami s mentálním postižením, jsou často v napětí, prožívají stresové situace, jsou na ně kladeny nároky ze strany klientů, rodičů, opatrovníků, vedení organizace, veřejnosti. Prožívají stres a hrozí jim riziko syndromu vyhoření. Mohou prožívat vše, co jsem popsala v předchozích kapitolách. Mým názorem je, že pracovníci používají různé strategie, jak se těmto vlivům bránit. Možná vědomě, možná nevědomě využívají metody psychohygieny, aniž by věděli, co a proč jim pomáhá.

Míček (1984, s. 9): „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ Pojem duševní hygiena je uplatňován od začátku 20 století. Je to disciplína, která leží na lékařských, psychologických a sociálních rozhraní. Duševní hygiena má velmi blízko k obecné psychologii, z níž čerpá především poznatky o osobnosti a zákonitostech její adaptace, dále souvisí s pedagogickou a vývojovou psychologií. Duševní hygiena se zaměřuje na možnosti autoregulace jedince, působení na sebe sama a na aktivní přetváření svého prostředí. Nelze si ji plést s psychoterapií, kdy se jedná o vztah psychoterapeut – pacient. Duševní hygiena se zabývá lehčími poruchami duševní rovnováhy. Psychoterapie působí v oblasti neurotických a psychotických poruch, které léčí. Duševní hygiena je zaměřena na psychoprofylaxi, prevenci, zabývá se problematikou upevnování duševního zdraví. Pokud zdravá osoba dodržuje duševní hygienu, upevní si tím zdraví, posílí a upevní životní adaptaci. Osobám, u kterých se již objevily známky narušení duševní rovnováhy, pomáhá psychohygienou rozpoznat příčiny začínajících poruch, poznat sebe sama. U nemocných lidí duševní hygiena napomůže rychlejšímu uzdravení. Duševní zdraví je důležité v sociálních vztazích. Lidé s narušeným duševním zdravím vnášejí do mezilidských vztahů konflikty, jsou přecitlivělí, úzkostliví. Duševní rovnováha souvisí i s pracovním výkonem. Vyrovnaný člověk

se lépe soustředí na požadovaný pracovní výkon, dokáže se lépe koncentrovat. Posledním důvodem pro duševní hygienu je subjektivní spokojenost jedince. (Míček 1984 s. 9 – 16)

Křivohlavý (2004 s. 15) „Při péči o duši pečujeme o to, co si myslíme, jaké máme představy, jaké máme pojetí různých věcí, lidí a událostí, co prožíváme (emoce a city), a o to, co vlastně v životě chceme a pro co se rozhodujeme, co je smyslem a cílem našeho života. Tato péče o naši duši rozhoduje o tom, kdo vlastně jsme a kým budeme.“

Především je třeba si uvědomit, že absolutní a trvalý stav duševní pohody neexistuje. Prakticky každý člověk má alespoň mírné příznaky nerovnováhy. Hranice mezi duševním zdravím a nevyrovnaností je relativně pohyblivá a neustále se mění, není na trvale stejné úrovni. Popis chování, vlastních zážitků nám podávají informace o celkovém způsobu reagování osoby. Cenné jsou zejména informace o tom, jak osoba reagovala v obtížných životních situacích. (Míček 1984 s. 16 – 17)

Bedrnová (1996 s. 8) „Pro duševní hygienu je typické, že z pozice interdisciplinární usiluje o zmapování a dále o interpretaci multifaktoriálních determinací života člověka. Nezaměřuje se přitom jen na možnosti uchování jeho fyzického a duševního zdraví, ale stále častěji také na otázky harmonického rozvoje osobnosti. Pochopitelně vždy ve vztahu k přírodním i sociálním podmínkám, které ho obklopují.“ Proto se v následujících kapitolách věnuji metodám psychohygieny, které jsou zaměřeny na fyzické, duševní zdraví, pracovní prostředí a sociální kontakty.

3.1. AKTIVITY PSYCHOHYGIENY ZAMĚŘENÉ NA TĚLO

To co se děje v duši, ovlivňuje tělo. Na druhé straně to, jak se cítí tělo, ovlivňuje duši a psychický život. Projevuje se to v tom, co jedinec jí, pije, kdy odpočívá, kdy je aktivní. Dnes se zdůrazňuje potřeba aktivního odpočinku, např. na procházce si může dobít životní energii, ale i uspořádat myšlenky. Pohyb a hra jsou důležité pojmy pro duševní hygienu. Na duševní rovnováhu mají také vliv spánky a odpočinek. (Křivohlavý, 2004 s. 16 – 17) Správný životní styl by měl napomáhat duševní rovnováze a měl by přispívat k našemu zdraví. K správnému životnímu stylu nepatří pouze zdravě jíst a pít, ale i způsob chování, hodnotový systém, životní orientace a s tím spojená sebeúcta. (Baštecká 2003 s. 39)

Pro dospělou osobu se doporučuje délka spánku asi 8 hodin. Tato doba se zkracuje se stářím jedince. Na kvalitě spánku se podílí hloubka spánku. Nejhlubší bývá v prvních dvou až třech hodinách po usnutí. Spánek dělíme na fáze základní REM a NON REM. Při REM fázi probíhají sny, jedinec spí hlubokým spánkem a z této fáze se hůře probouzí. NON REM fáze

se s délkou spánku prodlužují. Tyto fáze se během spánku několikrát vystřídají. Neklidný spánek je odrazem neklidného dne. Proto by každý člověk před usnutím měl projít zklidněním, oprostít se od starostí, nerozčilovat se, nezabývat se ničím tíživým. (Míček 1984 s. 41 – 44)

Pro tělesné i duševní zdraví je důležitá správná výživa. V oblasti správného stravování je nutné rozeznat, kdy mám hlad a kdy mám chuť. Někteří lidé přejídáním čelí stresu, utíkají od reality. Pak nastává kolotoč negativních reakcí, kdy z přejídání se člověk stává obézním a na svou obezitu reaguje stresem a duševní nepohodou, kterou řeší opět přejídáním. (Míček 1984 s. 44) Další zlozvykem je nedostatečná či žádná snídaně, která zapříčiňuje nízký výkon v zaměstnání. Bohaté večeře zase mohou vést k obezitě, protože zvýšený příjem energie, již nemůže člověk vydat a ukládá si ji. (Míček 1984 s. 45 – 47)

Pro duševní zdraví je dobré oddělení práce a odpočinku. Někteří lidé mají svoji práci jako koníčka, v tom to případě je oddělní práce a odpočinku problematické. Také záleží, jakou práci dotyčný vykonává. Pokud je náročná, ale pro jedince zajímavá, nemusí tolik unavit. Ideální je, pokud se mění poměr zatížení v práci a při odpočinku. (Bedrnová 1996 s. 56) Odpočinek a pohyb je v životě člověka důležitý. Nedostatek pohybu podporuje emoční napětí, vede k psychosomatickým onemocněním. Je souvztažnost mezi duševní rovnováhou a dobrou kondicí. Aktivní trávení volného času má i další pozitivní efekty jako jsou sociální kontakty. (Míček 1984 s. 55 – 56) V dnešní době spousta lidí nedokáže odpočívat. Odpočinek není ovšem jen spánek, ale i podpora sociálních kontaktů v rodině, s blízkými, kdy se věnují společné činnosti. Jde o to, aby lidé dělali něco jiného, než jen pouze mysleli na práci. (Křivohlavý, 2004 s. 19 – 20) Pro duševní hygienu je také dobré mít nějakého koníčka, nejen se věnovat rodině. (Křivohlavý, 2004 s. 23) Aby si jedinec dobře odpočinul, měl by dodržovat některé z následujících zásad. Odpočívat, když na sobě pocítí příznaky únavy. Nemělo by se odpočívat při aktivitách jako je sledování televize, DVD. Aktivity by se měli volit podle zájmů, ale nenutit do nich ostatní blízké, ale respektovat i to, že i oni chtějí odpočívat, i když jinou aktivitou. Čas od času změnit stereotypy života. Jednou do roka čerpat dovolenou v délce 14 dní. Na aktivity by se měl jedinec těšit, ale nebýt maximalista. (Bedrnová 1996 s. 58 – 59)

3.2. AKTIVITY PSYCHOHYGIENY ZAMĚŘENÉ NA PSYCHIKU

Ve snaze udržet si duševní zdraví lze využít některé z následujících doporučení pro navrácení duševní rovnováhy. Protistresové dýchání, kdy se jedinec zaměří pozornost na svůj

dech. Jeho tempo, hloubku. Odejít a zůstat na chvíli sám, lze využít v případě, když stresorem jsou ostatní lidé. Změnu vykonávané činnosti. Poslech relaxační hudby. Rozhovor s někým třetím, s osobou, která nemá se stresem nic společného. (Bedrnová 1996 s. 94 – 99) Co se děje v duši, lze rozpoznat i ve výrazu tváře a v našem vzezření. Pro nastolení duševní rovnováhy se nesmí zapomínat na smysl života, kam má jedinec namířeno. Zaměření života se projevuje i chováním k druhým lidem. Jednou z forem duševní hygieny je uchovávat si to pěkné, co kdo o nás řekl – poděkování, pochvala uznání a z tohoto čerpat, pokud se momentálně nebude dařit. (Křivohlavý, 2004 s. 17 – 19) V životě existuje možnost volby, rozhodování jak žít a hodnotit. (Křivohlavý, 2004 s. 20) Každý má na život různý pohled. Jinak vidí sám sebe, jinak se chce vidět a jinak hodnotí okolí. Pokud je velký rozdíl mezi ideálem a skutečností, necítí se jedinec dobře. Vztah samotných k sobě je totiž důležitou součástí duševní hygieny. Ta je také o pokoře, skromnosti a radosti ze života. Je důležité být tím, kým má člověk být. (Křivohlavý, 2004 s. 21 – 22) K duševní rovnováze přispívá radost nad drobnostmi, které přináší život, rodina a přátelé. Je vhodné umět využívat i ticho a klid. Najít si čas na meditaci, zamyšlení se nad životem, relaxovat, uvolnit se. (Křivohlavý, 2004 s. 22 – 23) Jednou z možností duševní hygieny je najít si čas pro své přátele, ale také umět odpočívat třeba i o samotě, kdy se může trénovat mozek např. představivostí u čtení knih. (Křivohlavý, 2004 s. 25 – 26)

Aspekty, které mohou ovlivňovat duševní hygienu, je sebepoznání, vůle, schopnost učit a přizpůsobit se, charakterové vlastnosti. Sebepoznání má vliv na přizpůsobení jedince okolí a objektivní poznání druhých. Aby člověk došel poznání jaký je, může zvolit některou z metod sebepoznání. Sebepoznání se hůře daří nevyrovnaným jedincům, kteří si mohou přehrávat nepříjemné zážitky a tím je neustále oživují. Sebepoznání je metoda, při které se lépe pochopí vlastní jednání a tím se pochopí jednání těch druhých. (Míček 1984 s. 142 – 144)

Do rovnováhy se dostávají lépe lidé, kteří jsou vnímaví k celé šíři lidského chování. K vyrovnanosti přispívá vnímání krásy, harmonie a naplnění smyslu např. seberealizací. K životu je třeba volnosti, abychom nebyli závislími, to se učí od dětství. Volnost je jednou z hodnot, která dává mantinely lidskému chování. Svobodou se myslí pochopení a přijetí těchto mantinelů. Akceptace okolí a vytvoření prostředí, ve kterém se osobnost může rozvíjet a prožívá své úspěchy a nezdary. (Plamínek 2013 s. 170 - 172) Z hodnotové orientace vychází také proces rozhodování. Po zmapování situace dochází k výběru vhodného chování a jeho uplatnění. (Bedrnová 1996 s. 149)

S duševní rovnováhou a dobrým pracovním výkonem souvisí koncentrace a snižování únavy. Na koncentraci pozitivně působí udržování pořádku, řád v činnostech,

dobrá tělesná kondice. (Míček 1984 s. 144 – 145) Další z možností jak podpořit duševní rovnováhu je vyřešení emocionálního napětí metodami sebevýchovy. Aktivní zvládnání situací, které vyvolávají emoční napětí, pokud to jedinec alespoň částečně zvládne. (Míček 1984 s. 148 – 152) Duševní rovnováhu a zdraví ovlivňují volní vlastnosti jedince. Mezi ně patří rozhodování. V našem vědomí totiž soupeří mnoho různých mnohdy protikladných motivů. Je třeba si vytvořit strategie pro správné rozhodování. Neutíkat před potížemi hledáním a plněním příjemnějších náhradních úloh. (Míček 1984 s. 152 – 157) To jak jedinec prožívá svůj život, zda se nachází v duševní rovnováze, souvisí i s tím odkud a kam směřuje, s jeho životní cestou. Příznivou cestu si buduje při orientaci, prožívání a jednáním jedince. (Bedrnová 1996 s. 161) Program životní cesty by měl zahrnovat oblasti duševního zdraví, práce, rodiny, zájmů. (Bedrnová 1996 s. 164) Je vhodné stanovit si životní cíle, které se však v průběhu života mění. Tyto cíle ovlivňují limity, které mají lidé sami a ty, které přináší okolí. Aby se dařilo stanovené cíle plnit, měl by jedinec přihlížet k následujícímu. Neodkládat plnění úkolů na potom. Chápat život jako výzvu a příležitost. Přijímat vše, co život přináší. Dobře využitou přítomností se zbavit obav z budoucnosti. Nezneklidňovat si život nepříjemnými maličkostmi. Plánovat si. Nenechat se zahltit úkoly. Myslet na druhé. Učit se a redukovat svoje nedostatky. (Bedrnová 1984 s. 170 – 171)

3.3. PSYCHOHYGIENA A PRACOVNÍ PROSTŘEDÍ

Podmínky na pracovišti ovlivňují zdraví pracovníků a jejich výkon v zaměstnání. Pracovníci jsou podporováni dobrou atmosférou na pracovišti, týmovou prací, vzájemnou podporou. Důležitá je sociální podpora na pracovišti, představuje druh pomoci, kterou si mohou pracovníci poskytnout sobě navzájem. (Maroon 2008 s. 61 -64) Pokud organizace chce, aby pracovníci odváděli kvalitní práci, byli ochotni přijímat změny, je třeba spokojených zaměstnanců s pracovním prostředím, týmovou spoluprací, komunikací. Pokud si organizace přeje, aby její pracovníci přistupovali individuálně ke klientům, musí ona samotná přistupovat ke svým zaměstnancům individuálně. Pro zaměstnance je důležité, pokud je organizace na případné změny připravuje, proškoluje je, dává jim prostor pro jejich samostatnost a iniciativu. Posiluje důvěru pracovníků, zvyšuje pocit kontroly nad jejich vlastní prací. (Havrdová 2011 s. 99 - 103)

Dobré pracovní podmínky jsou důležité pro duševní pohodu pracovníků. Osvětlení pracoviště by mělo být zajištěno především denním světlem, které však nesmí oslňovat. Osvětlení musí odpovídat nárokům vykonávané práce. Světlo má nezastupitelný význam při

zrakové pohodě nejen v pracovním ale i v odpočinkovém prostředí. Nevyhovujícím osvětlením může být vyvolána zraková únava a tím i stres. Tepelně vlhkostní podmínky určují pracovní pohodu na pracovišti. Rozhodující pro tepelný stav člověka je jeho tepelná bilance. Je třeba věnovat pozornost uměle vytvořenému ovzduší, které udržuje stejné mikroklima během celého roku bez ohledu, zda je léto či zima. Pracovníci, kteří pracují v takovém prostředí, mohou mít podrážděné oči, sucho v krku, bolesti hlavy a další. Pracovní místo by mělo vyhovovat nárokům podle toho, zda je to pracovní místo trvalé, přechodné, vedlejší. Mělo by splňovat podmínky k snadnému přístupu k technologickým zařízením, ale i možnost bezpečného úniku v případě nebezpečí. (Hanáková 2008 s. 11 – 17)

Pro duševní zdraví je dobré, pokud pracovník nepocítuje časovou tíseň. Ta nikdy zcela nevytizí, ale je ji možno korigovat a snížit její působení a čas, který je k dispozici lépe využívat. Jednou z možností, jak uspořít čas je udržování pořádku a koncentrace. Nebrat si více práce než vím, že jsem schopen splnit, úkoly si naplánovat. Neslibovat všechno všem. Naplánovat si, co vše musím splnit, nechat si časovou rezervu, když se nepodaří úkol ihned zvládnout. V neposlední řadě je dobré vytvořit si pravidelný denní rytmus, ve kterém se využívají stereotypy. (Míček 1984 s. 59 – 63)

Při hospodaření s časem se mohou využít i tato doporučení. Vědomě se rozhodovat, kolik času se bude věnovat konkrétní činnosti. Rozlišovat důležitost úkolů a podle toho volit čas, který činnosti bude vědomě věnován. Naučit se odmítat věnovat čas něčemu nepodstatnému. Při plánování času myslet i na to, aby se ze života nevytratila radost a plánovat aktivity tak, aby se podpořilo zdraví a vztahy s rodinou. Na závěr je třeba také zhodnotit, jak se daří s časem pracovat, co se podařilo, co nikoliv. Je vcelku jedno, zda toto hodnocení probíhá denně nebo za delší časový úsek. (Křivohlavý, 2004 s. 24 – 25) Hodně lidí nedokáže čas využít a poté se často potýkají s jeho nedostatkem. Jedním z důvodů může být např. neodhadnutí svých možností, nedokážou říci ne, nemají stanoveny životní cíle. (Bedrnová 1996 s. 54 – 55)

Pracovníci, kteří pracují v přímé práci s klienty, si musí také ujasnit hranice mezi ním a klientem, aby nedocházelo k nadměrnému stresu. Určení hranic mezi klientem a pracovníkem je důležité pro fungování obou. Hranice jsou důležité jako ochranná bariéra, protože pokud by si člověk bral životní zájmy druhých osob za své, nepřežil by. Problémem je, že někteří pracovníci si berou problémy klientů za svoje vlastní. Pokud si tuto hranici neudrží, jsou přemoženi lítostí a přebírají odpovědnost za druhého, nerozpoznají přesně potřeby klienta a nemohou mu poskytnout adekvátní pomoc. Na druhé straně tvrdě dané hranice naruší kontakt s klientem, pracovník opět nevidí jeho potřeby. Ideálním stavem je

polopropustná hranice, která umožňuje rozpoznat svoje potřeby a potřeby druhých. (Kopřiva 1997 s. 73 – 84)

Příčiny nepřiměřené pracovní zátěže jsou jednak typy pracovních úkolů a vliv pracovních podmínek a označujeme je pracovními stresory. Sem patří např. zvýšená zátěž způsobená manipulací s nadměrnými břemeny, ke kterým patří i manipulace s živými břemeny – klienty. Fyzická zátěž zvyšuje výskyt onemocnění pohybového aparátu, které přináší i ekonomické důsledky. Psychická zátěž klade vyšší nároky na pozornost, paměť, myšlení. Vědomí zvýšené odpovědnosti ovlivňuje emoční stabilitu. Důvodem může být i práce v třísměnném a nepřetržitém pracovním procesu. Což vede u části pracovníků k spánkovému dluhu, chronické únavě. Také nutnost stálého jednání s lidmi, možnost výskytu interpersonálních konfliktů, nejasné určení povinností, změny pracovních úkolů, dovedností může být příčinou emoční nevyrovnanosti. (Hanáková 2008 s. 55 – 64)

Pracovníci v sociálních službách mají nárok na dodatkovou dovolenou podle zákona Zákoník práce č. 262/2006 Sb. „§ 215 (2) Za zaměstnance, kteří konají práce zvlášť obtížné, se pro účely poskytování dodatkové dovolené považují zaměstnanci, kteří d) pracují při přímém ošetřování nebo obsluze duševně chorých nebo mentálně postižených alespoň v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby.“

3.4. SOCIÁLNÍ ASPEKTY DUŠEVNÍ HYGIENY

Bedrnová (1996 s. 29) „Z duševně hygienického hlediska je důležité, aby se člověk naučil dobře rozeznávat potřebnou míru naplňování sociální role tak, aby to neznamenal úplné popření vlastního individuálního svérázu. Ten by zase naopak neměl bránit žádoucímu výkonu dané sociální role.“ Lidé navazují přátelství s osobami, se kterými mají podobné názory, postoje, hodnoty, ty pak vyhledávají častěji. Další sociální kontakty mají lidé ve svém okolí, s těmito lidmi se setkávají, znají je. (Bedrnová 1996 s. 34) Sociální okolí poskytuje zázemí. Člověk si postupně osvojuje podobný styl komunikace a vzorce chování, které vidí ve svém nejbližším okolí. (Bedrnová 1996 s. 152) Možnou chybou v posuzování druhých je nepochopení neverbální komunikace druhého člověka. Výměnu informací mezi lidmi doprovází gesta, postavení těla, mimika obličeje. Pokud panuje soulad mezi verbální a neverbální složkou komunikace, je to pozitivní pro vnímání celé situace. Těžko se komunikuje, když není jasné, co vlastně gesta popisují, jak je vnímat v kontextu sdělovaných informací. (Míček 1984 s. 126 – 127) Harmonická komunikace mezi lidmi ovlivňuje jejich duševní pohodu. Mohou být i rozhodujícím činitelem pro udržení duševního zdraví. Nelze

nastavit pravidla pro správné jednání mezi lidmi. Chování, které je emocionálně uvolněné, bez napětí, zvyšuje sebevědomí a upevňuje morální jistoty. Avšak každý člověk má svoje zásady, jak komunikuje s ostatními lidmi a jen těžko přebírá zásady, které jsou doporučovány zvenčí. Při komunikaci s lidmi se naplňují očekávání vědomá i podvědomá. (Míček 1984 s. 138 – 139)

Konflikty nejčastěji vznikají při střetu zájmu, potřeb, přání různých lidí. Mohou vznikat na základě prostředí, kdy lidé spolu sdílí určitý prostor a mají různé požadavky a přání při jeho využívání. Neuspokojení základních potřeb, je stresovou situací a jako taková může být jednou z dalších příčin konfliktu. Stresová reakce při konfliktní situaci se obvykle přenáší z jednoho člena skupiny na další. Touto skupinou je myšlena rodina, pracovní tým. (Míček 1984 s. 132 – 133) I v nejtímnějších společnostech lidí se mohou objevit konflikty, které mohou mít příčinu např. v únavě vztahu. (Bedrnová 1996 s. 38) Na vzniku konfliktů se podílí i osobnost jedinců, kteří do konfliktu vstupují. Konfliktní situace by se měly řešit ihned, nenechávat je nevyřešené. Dlouhodobý neřešený konflikt vyčerpává. (Míček 1984 s. 133 – 135) Reakce na konflikt je závislá na osobním nastavení jedince, proto pro zvládání je důležitá sebevýchova, které napomáhá např. koncentrace pozornosti, sebepoznání a další. (Musil 2013 s. 94 – 95) Reakcí na konflikt může být stejná jako reakce na frustraci a stres, jedná se tedy o útěk a útok. Útok může přejít do agrese, která má různé podoby od symbolické po reálnou. (Musil 2013 s. 104 – 105) Ke zvládání a předcházení konfliktů je vhodná metoda asertivního chování. Musil (2013 s. 41) „Asertivitou je označován soubor sociálních komunikativních dovedností vyjadřovat a prosazovat upřímně, otevřeně a přiměřeně vlastní myšlenky, city, názory a postoje (pozitivní i negativní povahy) při respektování partnerových práv.“ Asertivní metody jsou např. dovednost prosadit oprávněný požadavek, odmítnout nepřijatelný požadavek, dovednost přijmout kritiku a vyrovnat se s oprávněnou i neoprávněnou kritikou. K asertivním technikám se řadí např. negativní dotazování, přijatelný kompromis. Některé z asertivních zásad: respektujeme práva druhého, kontrolujeme svoje emoce, učíme se nacházet kompromis. Mezi asertivní desatero patří např. právo na svůj názor, být nezávislý na dobré vůli ostatních, říct, že je mi to jedno. (Musil 2013 s. 41 – 43) Viz příloha č. 2.

4. SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Při sociální práci s mentálně postiženými lidmi nesmíme zapomínat, že jsou to lidé, kteří mají svoje potřeby a přání. Pracovníci v sociálních službách by k těmto lidem měli

přístupovat bez předsudků, negativních očekávání, s individuální péčí bez ohledu na výši IQ. Další práci všech pracovníků v sociálních službách, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením, lze spatřovat v prezentování práv a jejich uplatňování ve většinové společnosti. (Mahrová, 2008 s. 118)

4.1. CÍLE SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Kvalita života lidí s mentálním postižením se posuzuje podle porovnání jejich způsobu života s životem vrstevníků bez postižení, kteří žijí v běžném prostředí. Péče o lidi s mentálním postižením směřuje k využívání běžných zdrojů, které poskytují služby veřejnosti. Poskytovaná sociální služba by měla podporovat klienta k co největší samostatnosti a pomoc poskytovat pouze v oblastech, které klient nezvládá. Poskytovatel musí mít snahu, aby klient byl na sociální službě, co nejméně závislý. (Matoušek 2005 s. 112 – 113)

Cílem společnosti by měla být přítomnost lidí s mentálním postižením v běžném životě, i v zaměstnání. Toto začleňování probíhá již v dětském věku, kdy se děti vzdělávají s ostatními. K tomu je třeba podporovat lidi s mentálním postižením v komunikačních dovednostech. Ideální by bylo, kdyby lidé s mentálním postižením žili v rodinách, později samostatně v bytě s lidmi, které si vybere sám, pracovat a volit si, jak bude trávit svůj volný čas. Cílem by mělo být snižování nutné podpory ze strany sociální služby, aktivizace klienta, jeho zmocňování. S dospělými lidmi s mentálním postižením by se mělo jednat jako s dospělým člověkem. Respektovat jejich rozhodnutí, brát je jako partnery. Dát jim možnost naučit se novým dovednostem, podávat jim srozumitelné informace. (Matoušek 2005 s. 113 - 115)

Jednou z používaných metod je asistence. Je to pomoc lidem s postižením v oblastech, ve kterých potřebují pomoc a podporu druhé osoby. Asistence je zaměřená na jedince, napomáhá vyhledávat nebezpečné situace a provází klienta těmito situacemi a poskytuje mu náležitou podporu, ale nerozhoduje za něj. Individuální práce s lidmi s mentálním postižením se může překrývat s asistencí. Individualita souvisí s individuálním plánem. V něm jsou popsány dlouhodobé cíle a jednotlivé kroky, které povedou k jeho splnění. Cílem individuálního plánování je dosažení změn v životě uživatele, kterým může být naučení dovedností pro vrstevníky běžných např. nakupování jídla, naučení cesty do kina. Při stanovení cíle se dohodne s uživatelem, kdo se bude podílet na splnění, do kdy bude splněn a kdy se zhodnotí jeho splnění. Pracovní terapie vychází z předpokladu, že se člověk rozvíjí

smysluplnou činností. Cílem pracovní terapie je získání pracovních návyků. Uživatel si připadá důležitý. Další terapie jako např. taneční, hudební se používají jako doplňkové, které napomáhají v hledání výrazových prostředků, které lze využít v komunikaci s lidmi s mentálním postižením. Vytváření komunitního typu služeb je alternativou k staršímu pojetí služeb, kdy uživatelé byli umísťováni ve velkých zařízeních mimo komunitu, často na odlehlých místech. V komunitách se lidé s mentálním postižením rozvíjejí spontánně za pomoci běžných aktivit. (Matoušek 2005 s. 116 – 120)

4.2. TYPY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB POSKYTUJÍCÍ SLUŽBY LIDEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Lidé s mentálním postižením a jejich blízcí mohou využívat systém poskytovaných služeb terénní, ambulantní, pobytové. Poskytování sociálních služeb, vymezení základních činností, přes smlouvy, úhrady stanovuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. v aktuálním znění. Smlouva zajišťuje, aby uživateli sociální služby byla poskytována služba v rozsahu popsaném ve smlouvě, mohl se bránit při případném neplnění smluvních podmínek, vymáhat sjednaný rozsah služeb, který byl vyjednáno podle individuálních potřeb uživatele. (Mahrová, 2008 s. 118)

K sociálním službám řadíme základní a odborné sociální poradenství, kdy sociální pracovník poskytne základní informace o sociálních službách, dávkách sociální pomoci. Pokud klient potřebuje speciální poradenství, odkáže ho sociální pracovník právě na tyto poskytovatele. Lidé s mentálním postižením mohou využívat osobní asistenci, což je sociální služba poskytovaná člověku v jeho přirozeném prostředí a je šitá na míru. Pečovatelská služba je nyní spíše spojována se seniory, kterým poskytuje sociální službu v přirozeném prostředí, ale dá se předpokládat, že tento typ služeb budou do budoucna využívat i rodiny, které pečují o člověka s mentálním postižením. Průvodcovské a předčitatelské služby napomáhají člověku, který je omezen v komunikačních schopnostech. Poskytují se samostatně nebo v rámci dalších sociálních služeb. Podpora samostatného bydlení je určena osobám s mentálním postižením, které jsou v určité míře soběstačné a bydlí ve svém bytě v přirozeném prostředí. Tito lidé potřebují podporu jen na určité činnosti, jinak jsou schopni se postarat samostatně o svoji osobu. Odlehčovací služba je určena pro rodiny, které pečují o osobu s mentálním postižením a potřebují na přechodnou dobu, aby o tuto osobu pečoval někdo jiný, ale nechtějí člena své rodiny umístit do pobytového zařízení. Denní a týdenní stacionář poskytuje sociální služby

osobám s mentálním postižením, které potřebují vyšší míru podpory a pomoci. Cílem těchto služeb je rozvoj návyků a dovedností a smysluplné naplnění volného času. Domov pro osoby se zdravotním postižením je sociální služba, která poskytuje sociální službu celoročně nepřetržitě 24 hodin. Tyto zařízení jsou většinou umístěna na odlehlých místech, je v nich soustředěno velké množství osob a tyto osoby se musí podřít určitému řádu, nelze v nich zcela uplatnit princip individuality. Proto se tato zařízení transformují do menších komunitních služeb. Takovou to službou je i chráněné bydlení. Tento typ sociální služby umožňuje podporu nezávislého způsobu života. Uživatel bydlí v bytě a personál jej podporuje v činnostech, které není schopen samostatně zvládnout a je veden k osamostatnění a nezávislosti na sociální službě. Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou poskytovány osobám, které již nepotřebují zdravotní péči, ale potřebují pomoc druhé osoby. Raná péče je sociální služba poskytovaná rodinám dětí s mentálním postižením, která se zaměřuje především na posílení kompetencí rodičů při péči o svoje dítě. Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením je sociální služba, která nabízí smysluplnou náplň dne a sociální kontakty s lidmi, kteří se nachází v podobné situaci. Sociálně terapeutické dílny jsou určeny lidem s mentálním postižením, které se nedaří zaměstnávat v chráněných dílnách, na volném trhu práce. Zde je jim poskytována podpora v pracovních návycích a zdokonalování v praktických dovednostech. Sociální rehabilitace má za úkol podporovat zachované dovednosti a rozvíjet specifické schopnosti, které povedou k samostatnosti a nezávislosti. (Mahrová, 2008, s. 118 – 121)

5. PAPERSEK PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE

Zařízení poskytuje sociální službu: domov pro osoby se zdravotním postižením tzv. DOZP. Abych vás lépe seznámila s organizací, nabízím krátký výňatek ze standardů kvality. „Domov Paprsek příspěvková organizace je registrovaným poskytovatelem sociálních služeb a ve smyslu ustanovení § 34 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zařízením sociálních služeb. Je příspěvkovou organizací zřízenou Jihomoravským krajem. Poskytuje pobytové sociální služby v nepřetržitém celoročním provozu. Nabízí služby sociální péče typu domova pro osoby se zdravotním postižením dle ustanovení § 48 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.“ Paprsek p. o. Velké Opatovice (2014 [on - line] dostupné z [http. //uspvo.net/](http://uspvo.net/))

Standard č. 1 Paprsek p. o. Velké Opatovice: „Posláním domova pro osoby se zdravotním postižením Paprsek, příspěvková organizace, Velké Opatovice, je zajišťování

podpory a pomoci osobám, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci a nejsou schopny samy nebo za pomoci blízkých osob tuto situaci řešit. Podpora a pomoc vychází z individuálních potřeb jednotlivých osob. Respektuje jejich základní lidská práva a svobody a zachovává podmínky pro důstojnou existenci, pocit jistoty, důvěry a bezpečí. Posláním je dále působit na klienty tak, aby byly co nejvíce udržovány přirozené sociální vazby a zajištěny možnosti a podmínky využívat běžně dostupné veřejné zdroje.“ Paprsek p. o. Velké Opatovice (2014 [on - line] dostupné z [http. //uspvo.net/ poslání](http://uspvo.net/poslani))

Vymezení cílové skupiny klientů, komu je poskytována sociální služba. Cílová skupina, okruh osob: „Osoby s mentálním postižením – muži a ženy ve věku od 19 let s mentálním postižením v kombinaci s tělesným a smyslovým postižením, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu tohoto postižení a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, (např. lehká, střední, těžká a hluboká mentální retardace, případně v kombinaci s tělesným postižením např. ztráta končetiny, používání kompenzační pomůcky /vozík, chodítka, berle/. Věkové rozložení cílové skupiny: mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší dospělí (65 – 80 let), starší dospělí (nad 80 let).“ Paprsek p. o. Velké Opatovice (2014 [on - line] dostupné z [http. //uspvo.net/cilova skupina](http://uspvo.net/cilova skupina))

5.1. HISTORIE A SOUČASNOST

Zařízení existuje od roku 1963, kdy bylo umístěno do budovy bývalého zámku v Borotíně. V roce 1994 rozhodl pozemkový úřad, v rámci restituce, o navrácení potomkům původního majitele. Nový objekt se začal stavět ve Velkých Opatovicích. Výstavba nového zařízení probíhala v letech 1997 – 2000. V srpnu roku 2000 se klienti nastěhovali do nových prostor Ústavu sociální péče ve Velkých Opatovicích. Paprsek, příspěvková organizace Velké Opatovice vznikla na základě zřizovací listiny vydané Jihomoravským krajem dne 9. listopadu 2006 s účinností od 1. ledna 2007. První klienti přišli do zařízení již v roce 1963. Zpočátku o klienty pečovaly řádové sestry, které byly postupně nahrazovány civilními pracovníky. Paprsek p. o. Velké Opatovice (2014 [on - line] dostupné z [http. //uspvo.net/historie](http://uspvo.net/historie)) Já sama osobně jsem v zařízení od roku 1999.

Po přestěhování do nových prostor ve Velkých Opatovicích, se začali přijímat noví pracovníci v rámci zkvalitnění péče o klienty, kteří potřebují vysokou míru podpory a pomoci. Počet zaměstnanců organizace byl k 1. 1. 2014 81 osob. Paprsek p. o. Velké Opatovice (2014 [on - line] dostupné z [http. //uspvo.net/organizace](http://uspvo.net/organizace)) K 1. 12. 2014 byl v zařízení zpracován Transformační plán, ze kterého vyplynuly následující informace. V zařízení byla k 1. 12. 2014

poskytována sociální služba 108 klientům, které můžeme rozdělit podle závislosti na pomoci druhé osoby a podle nezbytné míry podpory, viz následující tabulka.

Tabulka č. 1 Závislost na pomoci druhé osoby

Závislost na pomoci druhé osoby	1.stupeň	2.stupeň	3.stupeň	4.stupeň
Počet klientů	5 klientů	36 klientů	28 klientů	39 klientů
Míra nezbytné podpory	Nízká míra podpory	Střední míra podpory	Vysoká míra podpory	-
Počet klientů	0 klientů	16 klientů	92 klientů	-

Zařízení vstoupilo do projektu transformace sociálních služeb. Z mé zkušenosti vím, že pracovníci mají strach z neznámého, neví, co vše mají očekávat, mají obavy, že ztratí svoje jistoty. I z těchto důvodů část personálu v transformaci vidí potenciál změny k lepšímu, zejména pro klienty, kteří budou využívat komunitní služby, a jejich život se bude podobat tomu našemu. Nebudou se muset podřizovat tolik chodu zařízení, budou mít právo volby a další výhody. Část zaměstnanců je proti transformaci z různých důvodů. Pracovníci mají obavy z budoucnosti, kde budou pracovat, na jaký úvazek, jestli budou vůbec zaměstnaní, jak to budou zvládat v komunitním typu služeb bez toho, aby jim někdo přesně nalinkoval harmonogram dne. Podle mého názoru, záleží také na přístupu vedoucích jednotlivých úseků a i na managementu.

5.2. TRANSFORMACE A DEINSTITUCIONALIZACE

Deinstitutionalizace je proces při, kterém se mění segregační podmínky ve velkých zařízeních na život v komunitě a aktivním podílení se na něm. Segregací se zabýval především Goffman in Šiška 2010, který podporoval teorii, že zařízení pro velký počet osob degradují lidskou osobnost a to nejen u klientů těchto zařízení, ale i u pracovníků, kteří v těchto institucích pracují. V zahraničí je proces deinstitutionalizace mnohem dále a např. v Anglii mají za to, že tento proces je již ukončen. Právo člověka s postižením na život v běžném společenství je zakotveno v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením OSN z roku 2006. (Šiška 4/2010 s. 60 - 61)

Deinstitutionalizace není poskytování služby v jiných prostorách, ale změna v rozsahu, podpoře a zdrojích, které umožní lidem s postižením prožívat život, tak jak si přejí.

Zahraniční zkušenosti ukazují, že i vysokou míru podpory lze poskytovat v běžném bydlení v rámci komunity. Princip stejné dostupnosti příležitostí pro každého znamená, poskytovat sociální služby tak, aby lidé se zdravotním postižením měli možnost využívat dostupné veřejné služby ve svém bydlišti jako ostatní lidé. Služby by měly podporovat rozhodování, tak aby bylo dosaženo rovnovážného vztahu mezi přáními osoby s tělesným postižením a poskytovanou péčí. Takto poskytovanou péčí můžeme nazvat podporovaným bydlením. V komunitním typu služeb se lépe dodržují lidská práva, nedochází k segregaci. Ovšem neznamená to, že i v komunitním typu služeb nemůže dojít k přesunu ústavních zvyklostí. (Šiška 4/2010 s. 61 - 62)

V západních zemích jako je Anglie, Německo proběhla analýza transformace sociálních služeb a z této analýzy vyplynula pozitiva, která přinesla transformace pro lidi se zdravotním postižením, zvýšila jejich ambice na stanovení svých cílů, zejména v oblasti bydlení. V rámci transformace je důležité stanovení koncepce úplného uzavření ústavu. Analýzou bylo dále prokázáno, že přechodem do komunitního typu služeb se nesnížily ekonomické náklady na péči o lidi se zdravotním postižením, ale nesrovnatelně se zlepšila kvalita života těchto osob. Systém však pružněji reaguje na měnící se potřeby lidí se zdravotním postižením, od toho se odvíjí změna finančních nákladů. Dá se říci, že existuje rovnítko mezi kvalitou poskytované sociální služby, péče a ekonomickou nákladností. Kvalitně poskytovaná služba, která vede ke kvalitnímu způsobu života lidí se zdravotním postižením, má i vysoké finanční nároky. (Šiška 4/2010 s. 62 - 64)

Důležitý je i personál, který tyto služby poskytuje. Je třeba vzdělávání personálu ještě před tím, než se začnou velká zařízení zavírat. Plánování personálního zajištění budoucí poskytované sociální služby komunitního typu by mělo být součástí jakéhokoliv plánu rozvoje, ať místního, regionálního tak národního. Uzavření velkého zařízení má vliv na regionální zaměstnanost. Je třeba posoudit náhradní zdroje zaměstnání, pokud se lidé ze zařízení vrátí do různých míst státu. Dalším ekonomicky nákladnou částí procesu transformace je udržování či prodání stávajících velkých budov, kde nyní sídlí zařízení. (Šiška 4/2010 s. 64)

Nutná je také podpora v tisku, která by mohla pomoci získat podporu komunity. Tu také lze zajistit právě začleňováním zdravotně postižených. Dobré příklady, pozitivní výsledky ukazují cestu. Máme možnost učit se ze zahraniční, kde již transformace proběhla a poučit se z jejich chyb i pozitiv. Motivovat komunitu pro přijetí osob zdravotně postižených, i personál naladit pro změnu. Sledovat finanční ukazatele. Hledat nové možnosti financování komunitních sociálních služeb, zároveň kontrolovat kvalitu poskytovaných sociálních služeb

jak ve stávajících, tak i v nově vytvořených. Proces deinstitucionalizace probíhal v každém státě jiným tempem, které udávaly historicko-ekonomické faktory. Pro nás je důležité poznání, že proces transformace má své opodstatnění, že funguje a odráží se ve zvýšené kvalitě života osob se zdravotním postižením. (Šiška 4/2010 s. 64 – 66)

5.3. PERSONÁLNÍ ZAJIŠTĚNÍ POSKYTOVANÉ SLUŽBY

V zařízení pracuje celkem k 1.1.2014 81 pracovníků. Z toho pracovníků v sociálních službách 43 a ti jsou rozděleni na 6 pracovníků základní výchovná nepedagogická činnost, 37 pracovníků v přímé péči, 2 sociální pracovníci, 7 registrovaných zdravotních sester.

Pracovníci v sociálních službách jsou vzdělaní a vykonávají práci podle § 116 zákona o sociálních službách 108/ 2006 Sb.: „Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává: a) přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb, b) 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.“

Podmínky pro výkon povolání podle zákona o sociálních službách 108/ 2006 Sb.: „(2) Podmínkou výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. (4) Zdravotní způsobilost zjišťuje a lékařský posudek o zdravotní způsobilosti vydává registrující poskytovatel zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství a u zaměstnanců poskytovatel pracovně lékařských služeb.“

Odbornou způsobilost určuje také zákon o sociálních službách 108/ 2006 Sb. § 116: „(5) Odbornou způsobilostí pracovníka v sociálních službách a) uvedeného v odstavci 1 písm. a) je základní vzdělání nebo střední vzdělání a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání v oboru ošetřovatel, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu

povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem, b) uvedeného v odstavci 1 písm. b) je střední vzdělání s výučním listem nebo střední vzdělání s maturitní zkouškou a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu; absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu se nevyžaduje u fyzických osob, které získaly podle zvláštního právního předpisu způsobilost k výkonu zdravotnického povolání ergoterapeut, u fyzických osob, které získaly odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka podle § 110, a u fyzických osob, které získaly střední vzdělání v oboru vzdělání stanoveném prováděcím právním předpisem.“

Pracovníci v sociálních službách pracují na třech úsecích, která kopírují tři patra zařízení. Zaměstnanci, kteří jsou zaměstnáni na pozici základní výchovná nepedagogická činnost, a nejsou vedoucími pracovníky na jednotlivých úsecích, pracují na aktivizačních místnostech, které naši klienti mohou využívat. Nabízí jim např. výrobu keramiky, vařeček, koberečů a dalších. Na prvním nadzemním podlaží využívá službu 31 klientů s vysokou mírou podpory nebo klienti, kteří jsou zcela závislí na pomoci a podpoře pracovníků přímé péče. Zde pracuje mimo vedoucí úseku 13 pracovníků v sociálních službách přímá péče v úvazku 1 a dva pracovníci v úvazku 0,5. K tomuto oddělení patří ještě tzv. tréninkový byt, kde se momentálně 4 klienti připravují v rámci transformace na přechod do chráněného bydlení. S těmito klienty pracují dvě pracovnice přímé péče v úvazku 1. Na druhém oddělení žije 35 klientů s vysokou a střední mírou podpory. Opět mimo vedoucí úseku, zde pracuje 11 pracovníků v přímé péči v úvazku 1 celá. Na třetím oddělení má domov 38 klientů většinou se střední mírou podpory. Pracuje zde kromě vedoucí, 11 pracovníků přímé péče. Všechny pracovnice, s výjimkou tréninkového bytu, kde je jinak upravená pracovní doba, pracují v nepřetržitém provozu ve dvanáctihodinových směnách. Noční služba je zajištěna na všech třech odděleních. Všichni pracovníci v přímé péči jsou klíčovými pracovníky, to znamená, že s klienty vytváří individuální. V nepřetržitém provozu pracují také registrované zdravotní sestry, které mohou vykonávat svoji činnost bez dozoru lékaře. Ty zajišťují ošetrovatelskou a základní rehabilitační péči o naše klienty na úseku zdravotního dispečinku.

Když bych mohla srovnat v krátkém odstavci, jak se péče o klienty za posledních 16 let změnila, musím říct, že v posledních letech hodně k lepšímu. Tento můj názor je potvrzen inspekcí kvality sociálních služeb, která proběhala v dubnu 2013. Z inspekční zprávy ze dne 10. 4. 2013, která byla vyhotovena inspekčním týmem, vyplývá výčet splněných kritérií, za které jsme obdrželi 3 body: 29, hodnocených 2 body: 3, hodnocených 1 bodem: 0, výčet nesplněných kritérií: 0.

Dále jsme také uspěli v loňském auditu, který proběhl v červenci 2014, zprávu zpracovaly PaedDr. Blanka Veškrnová a PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková. „Závěrečné shrnutí: Nejsilnější stránky (dobrá praxe): 1. Motivovaný a aktivní pracovní tým. 2. Návaznost služby na další příležitosti a možnosti uživatelů. 3. Práce na přechodu části klientů do nově připravované služby chráněné bydlení. Nejslabší stránky: 1. V některých výše popsaných případech nedostatečně přehledná a dostatečná dokumentace pro vedení sociální služby (pracovní postupy, ochrana práv, individuální plánování). 2. Společná sociální zařízení na patrech. Jiná zjištění: // Výsledek bodového hodnocení: Celkem 91 bodů z nejvyššího možného počtu 96 bodů, tj. 94,79%.“ I tyto kontroly jsou velice stresové záležitosti pro personál. Podle mého názoru máme nedostatky, ale myslím si, že transformace přinese pro klienty velká pozitiva. Pro pracovníky to však bude velká změna.

5.4. VZDĚLÁVÁNÍ PRACOVNÍKŮ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zaměstnání, ve kterém lidé pečují o osoby s mentálním postižením, je náročné. Pracovník potřebuje podporu a pomoc. Zaměstnanci si prošli různými druhy školeních např. v oblasti individuálního plánování, poskytování sociálních služeb, komunikaci s klientem. Jeden soubor vzdělávání proběhl v letech 2010 až 2012 v rámci: „Zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb v Paprsku p. o.“, které se v zařízení uskutečnilo a to v termínu 1. 6. 2010 – 31. 5. 2012 a bylo financováno z Evropského sociálního fondu prostřednictvím OP LZZ a státního rozpočtu ČR. Dalšího vzdělávání se pracovníci účastní každý rok v rámci povinného vzdělávání pracovníků v sociálních službách v počtu 24 hodin, jak to vyžaduje Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. § 116: „(9) Zaměstnavatel je povinen zabezpečit pracovníku v sociálních službách další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.“ Další kurzy, workshopy následují, právě z důvodu přípravy a provádění transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb.

6. VÝZKUMNÁ ČÁST

Pro svůj výzkum jsem si zvolila metodu kvalitativního výzkumu. U tohoto výzkumu se na počátku stanoví téma a základní výzkumné otázky, které se mohou měnit v průběhu výzkumu. Analýza a sběr dat probíhají současně, výzkumník je mění podle výsledků, které potřebuje získat. (Hendl 2005 s. 50) Kvalitativní výzkum se provádí v terénu a zkoumají se

většinou normální, každodenní situace. (Hendl 2005 s. 51) Výhodou této metody výzkumu je podrobný pohled na zkoumanou oblast. Mezi výtky vůči kvalitativnímu výzkumu se řadí obtíže se zobecňováním výsledků, neprůhlednost a nemožnost replikovat výsledky. (Hendl 2005 s. 52 – 53) Základní a nejpoužívanějšími metodami kvalitativního výzkumu jsou různé typy rozhovorů, dotazníků, naslouchání. Střední cestou můžeme nazvat polostrukturovaný rozhovor, který má jasně daný účel s osnovou, ale je pružný při získávání informací. (Hendl 2005 s. 161 – 167)

6.1. CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Pracovníci v sociálních službách v Paprsku p. o. jsou vystaveni stresovým situacím, které přináší jejich zaměstnání, ve kterém pracují s lidmi s mentálním postižením. Z tohoto důvodu je pro mne, jako vedoucí úseku, důležité, aby pracovníci dokázali tyto situace zvládat, uměli s nimi pracovat. Cílem této práce je zjistit za pomoci kvalitativního výzkumu, jaké metody psychohygieny používají pracovníci v sociálních službách v Paprsku p. o. v boji proti syndromu vyhoření. Pokládané výzkumné otázky: 1. Znájí pracovníci v sociálních službách Paprsek p. o. pojem duševní hygiena? 2. Znájí pracovníci, některou z metod duševní hygieny a používají je? 3. Co pracovníkům pomáhá v boji proti stresu v pracovním procesu?

6.2. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU – KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Disman (2002 s. 285) „**Kvalitativní výzkum** je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem je tu odkrýt význam sdělovaným informacím.“ V kvalitativním výzkumu sbíráme data, ve kterých hledáme pravidelnosti, které obsahují. Disman (2002 s. 291) „Kvalitativní výzkum nám napomáhá rozumět pozorované realitě.“ (Disman 2002 s. 285 - 291) Mezi základní metody kvalitativního výzkumu řadíme případovou studii, etnografický přístup, zakotvenou teorii, fenomenologický výzkum. Případová studie je hloubkový pohled na problém, kdy se získává větší množství informací od malého vzorku respondentů. Předpokládá se, že díky získaným informacím ze zkoumaného vzorku, porozumíme podobným případům. Studium organizací a institucí zkoumá organizační strukturu, změny a adaptaci v těchto organizacích. Cíle těchto výzkumů jsou různorodé např. typ řízení, vzorce chování. (Hendl 2005 s. 104 – 105) Další dělení případové studie můžeme použít rozdělení na

intrinšitní případové studie, kterou výzkumník zkoumá popisovaný jev, ze svého osobního důvodu, zajímá ho právě tento případ. Nejde o testování hypotéz, ale o poznání aspektů případu. Může to být skupina nebo jedinec. Případ je použitelný jako prostředek k získání cíle, tím jsou zjištění, která zahrnují více než jeden konkrétní případ. Výzkumník se zajímá, proč a jak funguje určitý fenomén. (Hendl 2005 s. 107)

Kvalitativní výzkum má daný postup první částí je stanovení výzkumné otázky. Volí se jev, který bude výzkumník zkoumat. Zaměření se určuje cílem studie a položenými výzkumnými otázkami. Sběr dat provádí systematicky, udržuje si vztah mezi otázkami a případem. Zaznamenává a analyzuje jednotlivá data. Ta získáváme rozhovory, pozorováním, dokumenty. Záleží na osobě výzkumníka, na jeho dovednostech, jak bude vypadat závěrečná zpráva a jestli bude přínosná. (Hendl 2005 s. 113 – 114) Při kvalitativním výzkumu je třeba získat informovaný souhlas všech dotazovaných. To znamená, že musí být obeznámeni s okolnostmi výzkumu. Musí mít možnost odmítnout a musí jim být zaručena anonymita. (Hendl 2005 s. 155 – 156)

6.2.1. METODY ZÍSKÁVÁNÍ DAT

Nejrozšířenější je **polostrukurovaný** rozhovor, při kterém specifikujeme otázky, na které se budeme ptát. Viz příloha č. 1. Jeho příprava je obtížnější než u nestrukurovaného rozhovoru. Výzkumník si vytvoří rámec, podle kterého se bude ptát. Utvoří si osnovu většinou podle informací, které potřebuje získat. Tuto osnovu si může upravovat, podle toho kam se rozhovor ubírá a jaká jsou získávaná data, zda odpovídají těm, která potřebujeme získat. Může se respondentem doptávat, jak odpověď myslel, upřesňovat si získané informace. V semistrukurovaném rozhovoru si musí tazatel ujasnit, co minimem, které rozhovorem musíme zjistit. Pokládání otázky pak mají různé odlišnosti, které však udržují danou osnovu, jádro rozhovoru. Při zpracování dat se pak můžeme rozhodnout, zda odpovědi na nadstavbové otázky použijeme či nikoliv. Většinou jsou však užitečné a objasní nám, co respondent odpověďmi myslel. Při tomto druhu rozhovoru je důležité i prostředí, které může ovlivňovat výsledky rozhovoru. Je vhodné rozhovory provádět ve stejném prostředí, aby se zajistily stejné podmínky pro všechny. Tazatel si však musí dát pozor, aby prostředí i on byl autentický, aby byl pro dotazované věrohodný. Ztráta autentičnosti totiž může významně ovlivnit získaná data a tím i celý výzkum. Při samotném dotazování může používat záznamového archu, kde si poznamenává různé postřehy, které ovlivnily rozhovor. Dále může použít osnovu otázek, která mu napomáhá udržet téma a tím i získat ty správné informace.

Polostrukturovaný rozhovor je nejideálnější pro získání potřebných dat, protože těží z výhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhoru. Využívá neformální komunikaci s možností doplňujících otázek. Mezi nevýhody tohoto typu získání dat může být odklonění od osnovy, jádra rozhovoru. Doplňující otázky mohou rozmělnit výzkum a získaná data nebudou relevantní. Důraz je kladen především na přirozenost rozhovoru. (Miovský 2006 s. 159 – 161).

Data z polostrukturovaného rozhovoru jsem zaznamenávala audiozáznamem, a psala si poznámky slovních vyjádření, které mne při rozhovoru zaujaly. Záznam je autentický, poskytne možnost zachytit vše, co se během rozhovoru událo, tempo řeči, pomlky, různé drobnosti rozhovoru, které jsme nemuseli postřehnout. Má i důležitou kontrolní funkci, zda jsme nezapomněli zapsat některá data. (Miovský 2006 s. 197 – 198) Záznamový arch, který výzkumník použije při rozhovoru, je pomocným nástrojem. Může se během rozhovoru k poznámkám vracet, dotazovat se, upřesňovat si získaná data. (Miovský 2006 s. 198 – 199)

6.2.2. METODY ZPRACOVÁNÍ DAT

Získané rozhovory jsem **přepisovala a zpracovávala** metodou transkripce. Při transkripci dochází k prvotnímu redukování dat. Aby se některá důležitá data neztratila, měli bychom si předem ujasnit pravidla, kterými budeme při transkripci postupovat. Nevázaně získaná data se mění pod vlivem výzkumníka. Tomuto můžeme zabránit opakováním záznamu při přepisu nebo např. za pomoci účastníka rozhovoru. Při přepisu rozhovoru si již vytváříme osnovu pro transkribovaný text. Jsou různé metody přepisu např. jedna z nich je přepis zapisovat jednotlivě podle položených otázek, kdy odpovědi jednotlivých účastníků rozhovoru se zapisují, každá na nový řádek, poznámky si můžeme barevně zvýrazňovat. (Miovský 2006 s. 205 – 208)

Dále jsem **transkribovaná data zakódovala**. Je to metoda převedení prvotních dat do segmentů, se kterými nadále pracujeme. Tento proces není vždy na poprvé validní a měli bychom se k němu vracet, některé segmenty mohou také nabývat pokaždé jiný význam. (Miovský 2006 s. 201 - 211) Při kódování se k jednotlivým částem textu přiřazují slova či symboly. Se zjištěnými daty jsem pracovala pomocí barvení textu. Tento postup můžeme využít v počítačové i písemné formě. Jde o postup, kdy si jednotlivá data, která odpovídají jednotlivým položeným otázkám, označíme barevně. (Miovský 2006 s. 211) Zakódovaná data jsem zpracovávala deskriptivním přístupem. Deskripce je prvotní etapou analytické práce a měla by předcházet jakékoliv interpretaci dat. Metoda vytváření trsů nám zajišťuje

shromažďování stejných dat, které nám vytváří základní jednotky kategorizace, za jejichž pomoc odvodíme obecnější jednotky. (Miovský 2006 s. 221) Závěrečná zpráva z výzkumu by měla obsahovat mimo popsanou metodu, čím se výzkum zabýval, základní získaná data, popsaná formou ukázek z rozhovorů, grafy, krátká vyprávění, závěr, ke kterému výzkumník dospěl na základě analýzy. Kapitola s výsledky výzkumu by měla v úvodu obsahovat vztahy témat a položených otázek. V hlavní části popis zpracovaných dat a jejich logickou návaznost, jak jsme dospěli k výsledkům. V závěreční fázi všechny části spojíme a vysvětlíme, čeho jsme dosáhli. Při shrnutí může výzkumník interpretovat výsledky, podělit se o osobní zkušenost. (Hendl 2005 s. 315 – 320)

6.3. POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumný soubor pro získání validních informací, které odpoví na položenou výzkumnou otázku, jsem vybírala ze vzorku všech pracovníků v sociálních službách, kteří jsou zaměstnáni v Paprsku p. o. Velké Opatovice. Ze zaměstnanců jsem získala výzkumný vzorek 10 pracovníků podle následujícího klíče: věk, vzdělání, délka pracovního poměru v Paprsku p. o., pracovní zařazení (pracovníci v sociálních službách přímo obslužná péče, pracovníci v sociálních službách základní výchovná nepedagogická činnost). Dalším proměnou je délka pracovně právního vztahu do 5 let, do 10 let a nad 10 let. U respondentů udávám věk v rozmezí desetiletí. Ve vybraném vzorku se také nachází pracovnice, které si již prošly školením o psychohygieně v rámci vzdělávání pracovníků: „Zvyšování kvality poskytovaných sociálních služeb v Paprsku p. o.“, které se v zařízení uskutečnilo a to v termínu 1. 6. 2010 – 31. 5. 2012 a bylo financováno z Evropského sociálního fondu prostřednictvím OP LZZ a státního rozpočtu ČR.

Tabulka č. 2 Respondenti

	Věk respondenta	Délka pracovního poměru	Pracovní zařazení	Dosažené vzdělání	Účast na vzdělání 2010 – 2012
Respondent A	50 – 60 let	Do 5 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Střední odborné, zakončené výučním listem	Ne
Respondent B	50 – 60 let	Do 5 let	Pracovník v sociálních	Střední odborné, zakončené výučním	Ne

			službách, přímo obslužná péče	listem	
Respondent C	30 – 40 let	Do 5 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Středoškolské zakončené státní maturitní zkouškou, dále studující vysokou školu, obor sociální práci,	Ne
Respondent D	30 – 40 let	Do 5 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Střední odborné, zakončené výučním listem	Ano
Respondent E	50 – 60 let	Nad 10 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Střední odborné, zakončené výučním listem	Ano
Respondent G	50 – 60 let	Nad 10 let, v přímo obslužné péči méně do 5 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Střední odborné, zakončené výučním listem	Ne
Respondent H	40 – 50 let	Nad 10 let	Pracovník v sociálních službách, základní výchovná nepedagogická činnost	Střední odborné zakončené maturitní zkouškou	Ano
Respondent I	30 – 40 let	Nad 5 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Vyšší odborné titul Dis	Ano
Respondent J	50 – 60 let	Nad 5 let	Pracovník v sociálních službách, přímo obslužná péče	Základní vzdělání	Ano
Respondent	40 – 50 let	Nad 10 let,	Pracovník	Střední odborné,	Ne

K		v přímo obslužné péči méně do 5 let	v sociálních službách, přímo obslužná péče	zakočené výučním listem	
---	--	---	--	----------------------------	--

Z tabulky vyplývá, že nejvíce respondentů bylo ve věkovém rozmezí 50 – 60 let a to 5. V další věkových rozmezích a to 30 – 40 let a 40 – 50 let bylo vždy po dvou respondentech. Jediný respondent byl ve věkovém rozmezí 20 – 30 let. V proměnné délka pracovního poměru se nejvíce respondentů, a to 6, nacházelo do 5 let. Další respondenti se shodně a to vždy 2, zařadili do období do 10 a nad 10 let. V proměnné pracovní zařazení bylo 9 respondentů zařazeno do přímo obslužné péče a 1 respondent na pozici základní výchovná nepedagogická činnost. Proměnné dosažené vzdělání nejvíce respondentů 6 mělo střední odborné, zakončené výučním listem, 2 respondenti dosáhli středního zakončeného maturitní zkouškou. Respondenti, kteří měli základní vzdělání nebo vyšší odborné, byli vždy po 1. Proměnné účast na vzdělání v letech 2010 – 2012 bylo shodně rozděleno na 5 klientů se účastnilo a 5 klientů ne.

6.4. PRŮBĚH VÝZKUMU

Pro splnění výzkumu jsem provedla 10 rozhovorů s pracovníky v sociálních službách, kteří pracují přímo s klienty. Rozhovory probíhaly v zařízení, v klidné místnosti, kde jsme nebyli rušeni klienty ani personálem. Pro rozhovory bylo důležité zajistit, aby nás nikdo nerušil, nemohl nás poslouchat a dál sdělovat informace, které mi předávaly pracovnice v sociálních službách. Respondentky byly seznámeny s tím, že se bude rozhovor nahrávat, a já si budu psát doplňující informace, které mi mohou pomoci v hodnocení získaných informací. Abych zaručila ochranu respondentům, seznámila jsem je s možností dalšího zakódování při přepisu rozhovorů, kdy nepoužiji popis respondenta, ale fiktivní jména, která nemá ani jedna z pracovnic v sociálních službách v Paprsku p.o. sběr dat probíhal od 16. 2. 2015 do 25. 2. 2015 a rozhovory trvaly v rozmezí 20 - 40 minut. Následně jsem hovory přepisovala a analyzovala je.

6.5. ANALÝZA DAT VÝZKUMU

Získaná data jsem rozdělila do výzkumných oblastí, které odpovídají výzkumným otázkám. Údaje, které odpovídaly na položené výzkumné otázky, jsem zvýraznila. V popisu

dat uvádím i části rozhovorů, které jsou podle mého mínění důležité pro zodpovězení výzkumné otázky.

6.5.1. ZNAJÍ PRACOVNÍCI V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PAPERSEK

P. O. POJEM DUŠEVNÍ HYGIENA?

První z otázek se soustředila přímo na pojem duševní hygiena. Zajímalo mne, jestli pracovníci v sociálních službách vůbec znají toto slovní spojení a co si pod ním představují. Část pracovníků si již prošla školením na téma psychohygiena. Odpovědi se dají shrnout do tří částí.

Jedna se dá spojit do skupiny jako **očista duše; techniky jak se nezbláznit; abych byla v pohodě, vyčištění hlavy**. Tyto odpovědi jsem zaznamenala u 8 z respondentů. Další popis, který pracovnice udávaly, se týkal stresu a duševní hygieny např. **něco proti stresu; bez stresu; když je opravdu velký stres**. Alena na otázku mimo jiné řekla: *„Duševní hygiena je asi to, jak mám zvládat stres, jak si vyčistit hlavu, abych dál mohla fungovat a to nejen v práci, ale i doma. Metoda jak bojovat proti stresu.“*

Další část respondentů si spojovala duševní hygienu již přímo s metodami duševní hygieny, což byla jedna z dalších otázek. **Je to zpověď, cítit se dobře, dělat to, co mi dělá dobře**. Takto odpovědělo 6 z 10 respondentů. Hana: *„...že jsem vyrovnaná, abych se nerozčílila a nic mě nerozčílilo, abych byla spokojená se svým životem, sama se sebou.“*

Poslední část odpovědí se nedá přiřadit k dvěma předchozím okruhům. Jedna z respondentek odpověděla, že duševní hygiena je pro odborníky, psychoterapeuty, další si spojila duševní hygienu s pohodou, ale i s „dobrou karmou“ Helena: *“...dělej a chovej se dobře, vysílej dobré a pozitivní myšlenky do svého okolí a ono se ti to vrátí v dobré karmě. Když děláš zle ostatním, cítíš se i ty zle a osud ti to vrátí.“*

6.5.2. ZNAJÍ PRACOVNÍCI, NĚKTEROU Z METOD DUŠEVNÍ HYGIENY A POUŽÍVAJÍ JE?

Při získávání dat k této výzkumné otázce jsem získala nejvíce odpovědí. Pracovníci popisovali svoje metody, které používají. Často se v datech shodovali a našli se společní činitelé. Respondenti netušili, jaké jsou metody duševní hygieny. Na přímou otázku, zda neznají některou z metod, odpověděli nejčastěji **nevím, žádnou takovou neznám, nic mě nenapadá**. Jednalo se o 8 respondentů z 10, odpovědi byly tak shodné, až mě to překvapilo.

Alena: „...metodu... takovou neznám“. Dita: „...nevím...“ Zita: „...metoda, postup no, to neznám.“ A takto vypadaly i odpovědi dalších 4 respondentů. Pouze jeden respondent z těchto 8 odpověděl přímo metodami duševní hygieny, ale podle závěru odpovědi jsem ho přiřadila k těm, kteří nevěděli. Hana: „...film, seriál, vnoučata, projít se, to pomáhá, ale žádnou duševní hygienu neznám.“ Dva respondenti měli duševní hygienu spojenou spíše s psychoterapií. Elena: „... podělit se o problém, podělit se o trápení, získat radu, spíš ale od odborníka.“ Gita: „Je to tak, jak jsem už řekla, duševní hygienou by se měl zabývat odborník. Lidem s tím pomáhají specialisté, musí se jít do hloubky a to už nezvládne jen tak někdo. Záleží také, v jakém je člověk stadiu, je to spíš o odborné pomoci.“

V této fázi sběru dat jsem vysvětlovala respondentům, co je to pojem duševní hygiena, kdo pracuje s duševní hygienou, že jsme to my sami, kteří si takto pomáháme. Otázky v rozhovoru jsem pokládala tak, abych získala potřebná data pro svůj výzkum. Po vysvětlení pojmu a položení doplňujících otázek jsem získala poměrně velké množství dat, která jdou shrnout do následujícího.

Část pracovníků volí metody psychohygieny, které se zaměřují na **péči o tělo** a to většinou za pomoci aktivního odpočinku. 7 z 10 respondentů odpovědělo: **chození po okolí, práce na zahrádce, fyzická práce, sport, procházky, člověk potřebuje oddech, aktivní dovolená s rodinou.** Dita: „...plavání, to je super, oprostí mě to od všeho, plavu si a odpočívám, v létě doma, v zimě v plavečáku. ... Pak taky procházka do lesa, člověk potřebuje oddech, jdu sama a užívám si to.“ Alena: „Asi něco jako projít se do lesa nebo dělat těžkou práci v lese, to když jdeme tam pracovat, i když jsem pak fyzicky unavená, odpočinu si.“ Dana: „V létě procházky po okolí, prostě příroda, v zimě sport, lyžování, snowboard.“ Helena: „Je to krásné, když ti na zahrádce všechno roste, voní, jdeš si do skleníku pro papriku.“ Táňa: „Věnuji se zahrádce, je to úžasný relax, hlavně na jaře, sluníčko, nabíjí mě ta první zeleň, ta hezká, světlá, tříbím si myšlenky.“ Za relaxaci považovala pracovnice i **sex.** Dana: „Dobrá relaxace je sex. Když se potřebuji odreagovat, je to nejlepší, lepší než vana, pak jsem unavená a dobře se mi usíná. Je to dobré i při konfliktu. Úplně se odreaguji.“ Ne však všechny pracovnice využívají v péči o svoje duševní zdraví sport. Helena: „Jsem strašně líná, u mě to rozhodně není sport, nic takového ... no to už musí být a rodina to slaví jako div světa“ 2 respondenti odpověděli, že proti stresu i v zaměstnání bojují zvýšenou aktivitou: **musím chodit, pohyb, uklízet.** Dana: „Když je v práci velký stres musím jít uklízet, s klienty do zahrady, jít na čerstvý vzduch.“ Dita: „Musím to vychodit, pokud je velké napětí, musím chodit, lítat.“

Protože k duševní hygieně a péči o tělo patří i správná životospráva a správný životní styl, analyzovala jsem i data, která se týkala této oblasti. Dostalo se mi velice rozdílných odpovědí. Respondenti se rozdělili na ty, co se alespoň snaží, což bylo 5 respondentů. Respondenti se snaží dodržovat správný životní styl, životosprávu, ale vždy se najde něco, co je protichůdné: **snažím se zhubnout, nepiji kávu, jím hodně zeleniny, ryby, nepřejídám se.** Helena: „*Snažím se zhubnout, ale nemám moc pevnou vůli, jinak nekouří, snažím se žít správně, ale rozhodně nesportuji, jsem lenoch.*“ Gita: „*Zdraví životní styl nedodržuji, i když sportuji, omezují nezdravé, je to podle situace.*“ Dana: „*Snažím se to dodržovat doma, tchýně používá různé kraviny, sypané čaje, kávu nepijeme. Je hustá, jíme zeleninu, ryby 2x v týdnu, jinak v tabletkách. To vždy tchýně doporučí. To že kouřím, neví. V práci z toho nic nedodržuji a dám si i zabíjačku.*“ Táňa: „*Teď je to pro mě novinka, snažím se hubnout a jde to, to mě těší a dodává sílu, abych šla dál, začátek byl těžký, ale teď jsem spokojená. Na cvičení jsem lajdák. I když ví, že to funguje, když jsem pravidelně jezdila s manželem na kole. Jít ven samotná to mě nebaví.*“ U druhé poloviny respondentů se dá říct, že spíše správný životní styl nedodržují, ale ví, že to není správné. Respondenti odpovídali: **to není nic pro mě, nedodržuji životosprávu, kouřím, to je mizerné.** Alena: „*Se stresem jsem začala kouřit, teď už to neřeším, v práci mám sice určitou pravidelnost ve stravování. Doma nedodržuji životosprávu, nejím pravidelně, nepiju, piju hodně kávy. Musím slevit. Mám v plánu, až budu mít čas, změnit styl.*“ Elena: „*Asi jen dodržuji dostatek spánku a odpočinek. Jinak nesportuji, nechodím na procházky, nečtu.*“ Gita: „*Nemám k tomu, co říct. Zdraví životní styl no... to opravdu ne.*“ Zita: „*Já a správná životospráva to je horší, je to blbé, špatně spávám, sice se nepřejídám, jsem flegmoš.*“ Hana: „*Zdravá životospráva no to je sranda, to není nic pro mě.*“

Další sada dat obsahovala odpovědi, které se dají shrnout do pojmů relaxace a pasivní odpočinek. Nejvíce 7 respondentek se shodlo a použilo v odpovědích termíny: **relaxace, čtení knih, přečtení knížky, relaxace ve vaně.** Dana: „*...ve vaně je to fajn, protože teď nemám koupelnu, chodím k tchýni. Nahoře máme krb a k tomu dobrý film, svařák nebo pivo, to je relaxace!*“ Hana: „*...přečtu si knížku, křížovky, sudoku.*“ Další respondenti se svěřili s **kvalitní spánek, muzika.** Anna: „*...nejvíc mi pomáhá hudba, tu si zapnu, poslouchám, přemýšlím si, relaxuji, úplně vypnu. U muziky i usínám, pustím si hudbu, nastavím vypnutí a jdu spát.*“ Dita: „*... před spaním nesmím na nic myslet.*“ Další používají **rovnání myšlenek, tříbení myšlenek.** Zita: „*Dám si kávu, sedím si, rozebírám si vše, klídek a uvolňuji se, odreagovávám.*“ K péči o duševní zdraví lze považovat i plánování, které je také svým způsobem tříbení myšlenek. Proto i v této výzkumné otázce jsem analyzovala data, která se dotýkala práce s časem. 6 Respondentů lze zařadit do kategorie, kteří pracují s časem:

plánuji; přemýšlím, co budu dělat; jsem plánovač. Elena: „*Přemýšlím, plánuji, potřebuji si vše uspořádat...*“ Alena: „*...musím si hodně věcí naplánovat...*“ Táňa: „*...většinou plánuji, to co udělám dnes, zítra a podle toho se zařídím.*“ Helena: „*Jsem plánovač, pořád plánuji, nesnáším nahodilé změny, nemám je ráda.*“ Část respondentů sice plánuje, ale **nevyjde to, někdy se to nepodaří.** Anna: „*Plánuji, pak to nevyjde, ale tak to má být...*“ Hana: „*Někdy mám den, kdy mi vše vychází, aniž bych si to naplánovala a pak si něco naplánuju a nevyjde to. Pak jsem naštvaná, mrzí mě to, je mi to až líto.*“ 4 respondenti spíše neplánují, ponechávají vše náhodě: **neplánuji; mám ráda změnu; jak to jde, tak to jde; nic neplánovat.** Dita: „*Nic neplánuji, mám ráda změnu...*“ Gita: „*Nic neplánuji, přizpůsobuji se rychle...*“ Dana: „*...lepší je nic neplánovat, lepší je být překvapený. Já vím, že bych to měla dřív hotový, ono plánovat, když nevíš...*“ Zita: „*Jak to jde, tak to jde, co neuděláš dnes, uděláš zítra, jsem flegmoš, přizpůsobím se, když to musí být.*“ Všichni respondenti se shodli, že se reakce na zátěž během života změnila. Vliv povahy a její změny v průběhu života v procesu duševní hygieny a při udržení duševní rovnováhy hodnotili respondenti takto osobnostní růst: **měním se, jiná, ovlivňuje, změnilo, zklidnila.** Elena: „*Když jsem byla mladší, byla jsem zásadovější...*“ Dita: „*S věkem jsem se zklidnila...*“ Zita: „*... změnila jsem se, nejhorší byla doba, když jsem byla nezaměstnaná, teď jsem šťastná...*“ Gita: „*Vybouchnu, začnu brečet, byla jsem zakřiknutá, mluvím otevřeněji, to se změnilo.*“ Další pracovníce odpověděli např. Dana: „*Jsem flegmatický cholerik, podle toho jak se vyspím.*“ Nebo např. Hana: „*Jsem divnej patron, pořád přemýšlím, dřív to bylo jiný než teď, povídám si sama, spoustu věcí neřeším, hodím to za hlavu.*“ Anna: „*...bývala jsem jiná, teď jsem víc průbojná, dokážu si říct svoje...*“

Velká část respondentů používá v oblasti duševní hygieny **sociálních kontaktů** se svým nejbližším okolím. Nejčastěji odpovídali: **napomáhá rodina, popovídání si doma s rodinou, kamarády, pěkné slovo.** Táňa: „*Já mám metodu popovídat si, promluví si s dcerou, je to můj zpovědník.*“ Elena: „*Řeknu to doma, vyventiluju to, někdy se i rozčílím, pak to obrečím.*“ Hana: „*Navštívím děti, povykládám si s manželem, ten mě vyslechne, pochopí to, ale neříká to dál, má pro mě pochopení.*“ Zita: „*Pomáhají mi rodiče, když je mi těžko, zavolám synovi nebo dceři, stačí jen malinko a je mi fajn, někdy je toho moc, ale starosti máme všichni.*“ Gita: „*Manžel je moje velká opora, moje velké plus.*“ Další respondenti sdělovali: **dobře se cítí s děvčaty z práce, mám kamarádku, obklopuji se lidmi, které mám ráda.** Alena: „*Mám kamarádku a té se svěřuji, s ní vše probírám, manžel mi v tomto nerozumí, moc ho to nezajímá.*“ Helena: „*Mám kamarádku, té se svěřuji, vše rozebírám, já vše pořád rozebírám, pořád mluvím a manžela to už nebaví.*“ Jedna z respondentek uvedla, že ji nabíjí **pracovní kolektiv a klienti.** Zita: „*Když jsem dlouho*

doma, padá na mě úzkost, jsem ráda v práci, práce mě nabíjí energií, klienti mě povzbuzují, cítím z nich vnitřní sílu, cítím se dobře se všema holkama, když je člověk sám, schází mu lidi. “ Jedna respondentka využívá **zpověď**. Táňa: *„Jsem věřící a tak mě napadá zpověď. Já sice chodím výjimečně, ale sdělit něco, co tě tíží, je fajn říct, podělit se o trápení se zárukou, že ten dotyčný to neřekne dál, nechá si to pro sebe. Zpověď je dobrá v tom, že potom z toho nejsou drby.*“ Jedna z respondentek uvedla, že jí napomáhá **koníček**. Gita: *„Nikdy jsem si nemyslela, že se budu věnovat tomu, co jsem se učila ve škole, že to budu mít jako svého koníčka, další práci, při které si odpočinu od všeho.*“ 2 respondenti naopak vyhledávají samotu: **jsem raději sama, nechci vidět lidi**. I když i Elena odpověděla, že si využívá kontaktu s rodinou, v jiné části rozhovoru však uvedla: *„Někdy si raděj udělám pohodičku, nechci nikoho vidět, chci být sama.*“ Anna: *„Nemám kamarádky, kterým bych se svěřovala, jsem nejraději sama.*“

6.5.3. CO PRACOVNÍKŮM POMÁHÁ V BOJI PROTI STRESU V PRACOVNÍM PROCESU?

Při této části výzkumu jsem se soustředila na získávání dat, která se týkají přímo zaměstnání a stresů se kterými se pracovníci v sociálních službách setkávají. Zaměřila jsem rozhovor na strategie, které pracovníci používají během pracovního procesu, nebo při příchodu z práce domů. Jak se odreagují v zaměstnání, při intrapersonálních konfliktech, zda mají nějaké rituály v zaměstnání, které jim napomáhají stresové situace zvládat. Udržení duševní rovnováhy je nutné i během pracovního procesu. Část získaných dat po analýze rozhovorů se kryla s uvědomění si **hranic mezi prací a domovem**. 2 respondenti odpověděli: **práci nechávám před barákem, v práci se snažím držet**. Dana: *„Když je v práci blbě, tak zavolám dom, uvaří mi čaj, já přijedu a je hotový. Já nechám práci před barákem, vypínám.*“ Gita: *„Pokud to jde, nenosím si práci dom, to ze zásady...“* Opakem pak byli 2 respondenti, kteří si stres přenáší domů: **nesu si to dom**. Anna: *„Já to v sobě dusím a nesu si to dom, tam pak relaxuji. Když je to opravdu hrozné vybuchnu.*“ Táňa: *„Když přijdu z práce a jsem ve stresu, sednu si sama k televizi, manžel odejde vedle, já si dám nohy nahoru, zklidňuji se, zpomaluji myšlenky a dívám se na to, co mě baví.*“

Další část odpovědí se týkala sociálních vztahů mezi pracovníky. Z analýzy jsem získala následující data. 6 respondentů si to nějakým způsobem musí vykomunikovat. Z nich 2 jdou i do konfliktu: **vyříkám si to, bublám a vypěním**. Táňa: *„V práci se snažím držet, zbytečně nehrotím, ale pak si to vyříkám. Pustím hubu na špacír a je mi jedno, kdo to je.*“

Elena: „*Bublám, bublám a pak záleží, kdo je na službě, najdu odvahu a vypěním. Jinak chci mít klid.*“ 3 respondenti se snaží zjistit příčiny nedorozumění: **povykládat**. Zita: „*Povykládat si o tom s kolegyněmi, nebýt sama, když se svěřím, spadne to ze mě.*“ Hana: „*Povykládat si o tom, z ženskýma na šatně, pomáhají přestávky, doma mi to už nepomůže.*“ 4 respondenti do konfliktu nejdu a hledají jiné možnosti: **Do konfliktu nejdu**. Helena: „*Do konfliktu nejdu, rozhoduji se, jestli to má cenu, jestli se něco vyřeší.*“ Alena: „*Spíš se rozhoduji, jestli půjdu do konfliktu nebo ne, jestli se vyřeší. Někdy je lepší do toho nejít.*“ Dana: „*Když jsem naštvaná nebo ve stresu, tak **jdu kouřit. Počítám do deseti, rozdýchávám to.***“

6.6. DISKUSE

Při plánování rozhovorů a předběžném dotazování pracovníků jsem se setkala s velkými obavami pracovníků z dodržení bezpečí při rozhovorech. Část pracovníků odmítla účast na rozhovorech právě z této obavy. Pro jejich bezpečí při rozhovoru jsem musela zajistit vhodnou místnost, kde by nás nikdo nerušil a to nejen klienti ale zejména personál. Dále aby nás také nikdo neslyšel. Další zabezpečení se týkalo přepisu částí rozhovorů a použití získaných dat z analýzy. To jsem zajistila dalším zakódováním respondentů pod fiktivní jména, která jsem použila při přepisu získaných dat.

Překvapilo mě, že po ujištění, že nikde nebudou figurovat jména pracovníků a nikdo nepozná, co který z nich přesně řekl, jak se pracovníci otevřeli, jak byli sdílní. Soutěžili, kdo z nich hovořil déle a jestli je dost dat z rozhovorů. Ovšem, nesdělovali si, co mi řekli, to si nechali pro sebe. Jedna z pracovnic mi sdělila, že to pro ni, bylo také něco jako očištění od problému, že to bylo velice příjemné, že o svých problémech mohla popovídat. Jsem ráda, že pracovníci, mají ke mně důvěru a sdělovali mi dost osobní a důvěrné informace, které jsem sice ve výzkumu nepoužila a ani v přepise jsem je nezaznamenávala.

Co mi však působilo problémy, bylo to, že se odpovědi na otázky různě prolínaly a působilo mi to těžkosti při analýze dat. V odpovědích na otázky sdělovali i informace, které jsem neměla kam zapracovat, a nebyly k výzkumu. Sdělovali informace, které se ke mně jako k vedoucí běžně nedostávají. A znovu se vraceli k položeným otázkám a vraceli se k již zodpovězeným. I díky tomu věřím, že pracovníci mi sdělovali pravdu a neměli důvod odpovědi měnit a určité informace neříkat.

Výzkum byl určitě ovlivněn atmosférou na pracovišti, na momentální pohodě pracovníka. Na jeho pracovní zátěži, se kterou se ten den musel vyrovnat. Také byl ovlivněn tím, jaký vztah ke mně pracovník má. Zda mi důvěřuje, jsem mu sympatická, je ke mně ve

vztahu přímý podřízený či nikoliv. Máme k sobě bližší vztah či nikoliv. Nelze posoudit, jak by výzkum dopadl, pokud bych se ptala na podobné otázky respondentů, kteří mě neznají, byla bych pro ně cizí osobou.

Při analýze dat jsem zjistila, že většina pracovníků používají metody hygieny, ale vůbec si neuvědomují, že pracují s metodami psychohygieny. Na přímou otázku totiž odpověděli, že neznají metody a v dalších odpovědích vyjmenovávali metody duševní hygieny. Když získaná data srovnávám s literaturou, kterou jsem v rámci vypracování práce přečetla, pracovníci používají popsané metody, tak jak je popsal L. Míček, J. Křivohlavý, E. Badurová. Přesto však o metodách psychohygieny neměli povědomí. Používají je přirozeně, ty metody, které jim vyhovují, jsou jim nejbližší, odpovídají jejich povaze, jejich zkušenostem.

Když se na výzkum dívám zpětně, možná bych nevolila tolik respondentů a odpovědi by se mi tolik neprolínaly. Pokud bych se ptala pouze 5 respondentů. Mohla jsem výzkum zkrátit a použiji jen část odpovědí, ale to mi nepřipadalo správné vůči pracovníkům, kteří mi věnovali svůj čas a odpovídali mi na otázky. Bylo to i časově náročné nejen to, že jsem nějaký čas strávila rozhovory, ale především to, že jsem spoustu času strávila přepisem a zpracováním pro mne velkého množství dat.

6.7. ZÁVĚRY VÝZKUMU

Z analýzy nasbíraných dat jsem získala následující závěry.

- Respondenti na první otázku odpověděli, že psychohygieny je očista duše, boj se stresem, techniky jak se nezbláznit.
- Respondenti neznali žádnou metodu psychohygieny nebo odpověděli, že s psychohygienou pracují pouze odborníci. Při dalším rozboru jsem zjistila, že používají metody, které odpovídají metodám psychohygieny jako relaxace, správná životospráva, aktivní i pasivní odpočinek, sociální kontakty.
- Pracovní proces, z analýzy dat vyplynulo, že část respondentů si vymezila hranice práce a domov, část respondentů tyto hranice nedodrží a práci řeší až doma. Stres v zaměstnání řeší pracovníci, tak jak v běžném životě. Někteří musí být zvýšeně aktivní a zbavit se tak nahromaděného stresu. Další využívají kontaktu s ostatními pracovníky a řeší vše již v zaměstnání a to i konflikty. Někteří respondenti do konfliktu nejdu a neřeší jej nebo použijí jinou metodu, jak konflikt vyřešit např. jdou si zakouřit.

Z výzkumu vyplývá, že pracovníci v sociálních službách Paprsek p.o. přirozeně využívají strategie, které lze přiřadit k metodám psychohygieny. Část těchto postupů používají i v pracovním procesu. Těmito postupy si udržují duševní rovnováhu a zároveň bojují i proti syndromu vyhoření. Ze zjištěných výsledků usuzuji, že by mohlo proběhnout vzdělávání se zaměřením na metody psychohygieny, protože jsem pracovníkům musela vysvětlovat pojem psychohygieny a duševní zdraví, aby v tom nehledali nic odborného. Možná by bylo vhodné vzdělávání na asertivní chování, které žádný respondent nezmínil a je také jednou z metod psychohygieny.

SEZNAM ZKRATEK

IQ intelligence quotient - inteligenční kvocient

p. o. příspěvková organizace

např. například

č. číslo

tj. to je

tzv. tak zvaně

REM rapid eye movemens

NON REM non rapid eye movemens

SEZNAM LITERATURY

Baštecká Bohumila a kol., 2003, Klinická psychologie v praxi, Praha: Portál

Bohumila Baštecká, Petr Goldmann, 2001, Základy klinické psychologie, Praha: Portál

Bedrnová Eva, Daniela Pauknerová, Vladimír Provazník, 1996, Duševní hygiena a sebeřízení, Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze

Disman Miroslav, 2002, Jak se vyrábí sociologická znalost, příručka pro uživatele, Praha: Nakladatelství Karolinum

Eric Emerson, 2008 Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem, Originál: Challenging behaviour: analysis and intervention in people with severe intellectual disabilities

Eric Emerson 2001 překlad Hana Kašparovská Praha: Portál

Hanáková Eva, 2008, Práce a zdraví, rizikové faktory pracovního prostředí, Praha: Výzkumný ústav bezpečnosti práce,

Havrdová Zuzana, Šimová Olga, Šafr Jiří, Štegmannová Ingrid a kol., 2011, Organizační kultura v sociálních službách jako předmět výzkumu, Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních službách a zdravotnických organizacích

Hendl Jan, 2005, Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace, Praha: Portál

Kopřiva Karel, 1997, Lidský vztah jako součást profese, Praha: Portál

Křívohlavý Jaro, 2001, Psychologie zdraví Praha: Portál

Křívohlavý Jaro, Jaroslava Pečenková, 2004, Duševní hygiena zdravotní sestry, Praha: Grada Publishing, a.s.

Mahrová Gabriela, Martina Venglářová, Michaela Čadková – Svejková, Marie Hronová, Oldřich Chytil, Marek Laštovica, ... Pavel Knapp, 2008, Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, Praha: Grada Publishing, a.s.

Maroon Istifan, 2012, Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kauzistiky
Název originálu: Burnout bei Sozialarbeitern. Theorie und Interventionsperspektiven 2008,
přeložila Kateřina Lepičová Praha: Portál

Matoušek Oldřich, Jana Koláčková, Pavla Kodymová (eds.), 2005 Sociální práce s lidmi s mentálním postižením, Hrušková Hedvika, Oldřich Matoušek, Erika Landischová s.111 - 131 , Praha: Portál

Míček Libor, 1984 Duševní hygiena, Praha: Státní pedagogické nakladatelství

Miovský Michal, 2006, Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu, Praha:Grada Publishing, a.s.

Mlčák Zdeněk, 2005, Potencionální zdroje stresu v sociální práci a jejich zvládnání, Sociální práce č. 3, s. 122 - 138

Musil V. Jiří, 2013 Psychologické aspekty vedení a řízení lidí, Praha: Ústav práva a právní vědy o.p.s.

Paprsek příspěvková organizace Velké Opatovice (2014) [on - line] 3. 1. 2015 dostupné z [http. //uspvo.net/](http://uspvo.net/)

Paprsek příspěvková organizace Velké Opatovice (2014) [on - line] 3. 1. 2015 dostupné z [http. //uspvo.net/ historie](http://uspvo.net/historie)

Paprsek příspěvková organizace Velké Opatovice (2014) [on - line] 3. 1. 2015 dostupné z [http. //uspvo.net/ cilova skupina](http://uspvo.net/cilova-skupina)

Paprsek příspěvková organizace Velké Opatovice (2014) [on - line] 3. 1. 2015 dostupné z [http. //uspvo.net/ poslání](http://uspvo.net/poslani)

Plamínek Jiří, 2013, Sebepoznání, sebeřízení a stres, Praktický atlas sebezvládnání, Praha: Grada Publishing, a.s.

Stock Christian, 2010, Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout, Německého originál knihy dr. Christiana Stocka „Burnout“, vydaného nakladatelstvím Haure-Lexware GmbH & Co. KG, Německo, Freiburg, 2010 Překlad Bc. Natalie Vrajová Praha: Grada Publishing, a.s.

Švancarová Iva, 2011, Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče Praha: Portál

Vágnerová Marie, 2008, Psychopatologie pro pomáhající profese, Praha: Portál,

Valenta Milan, Jan Michalík, Martin Lečbych a kolektiv, 2012, Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně – právním kontextu, Praha: Grada Publishing, a.s.

Šiška Jan, 2010, Reflexe deinstitucionalizace – hodnoty, náklady, doporučení, Sociální práce
č. 4, s. 64 – 66

Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb. v účinném znění ke dni 4. 1. 2015

Zákoník práce. Zákon č. 262/2006 Sb. v účinném znění ke dni 4. 1. 2015

PŘÍLOHA Č. 1

OTÁZKY KLADENÉ V POLOSTRUKTUROVANÉM ROZHOVORU

1. Co si představujete pod pojmem duševní hygiena?
2. Jakou metodu psychohygieny znáte?
3. Jakou metodu duševní hygieny používáte?
4. Jak vidíte sebe a správnou životosprávu, zdravý životní styl?
5. Máte nějaké rituály?
6. Jak vám v navození duševní hygieny pomáhá rodina, známí?
7. Jak Vám napomáhá k duševní rovnováze Vaše povaha, změnila se nějak během let?
8. Jak se změnilo Vaše zvládnání stresu, napětí během let?
9. Jak plánujete, hospodaříte s časem, přizpůsobujete se změnám?
10. Jak si pomáháte od napětí např. od konfliktu v práci?
11. Čím se uklidňujete od pracovního napětí, nároků?
12. Jak se uvolníte v práci, když Vás něco štve?

PŘÍLOHA Č. 2

Jiří V. Musil (2013 s. 43)

DESET ZÁSAD ASERTIVNÍHO CHOVÁNÍ

Máte právo sám posuzovat své chování, myšlenky a emoce a nést za ně i za jejich důsledky sám odpovědnost.

Máte právo nenabízet žádné výmluvy či omluvy ospravedlňující vaše chování.

Máte právo sám posoudit, zda a nakolik jste odpovědný za problémy druhých lidí.

Máte právo změnit svůj názor.

Máte právo dělat chyby a bát za ně odpovědný.

Máte právo říci „já nevím“, právo nemít názor.

Máte právo být nezávislý na dobré vůli ostatních.

Máte právo dělat nelogická rozhodnutí.

Máte právo říci „já ti nerozumím“.

Máte právo říci „je mi to jedno“.

ASERTIVNÍ ZÁSADY:

Učíme se kontrolovat své emoce.

Respektujeme práva druhého.

Stručně a upřímně vyjadřujeme své pocity.

Snažíme se vnímat druhého i sebe reálně.

Pokoušíme se zjistit stanovisko druhého.

Naslouchejme druhému a vyslyšíme ho.

Vážíme si názorů druhých a podporujeme je v jejich sdělování.

Nemějme „navrch“ za každou cenu.

Učíme se nacházet kompromis.

Přiznejme svůj vlastní omyl (bez urážky, svalování viny, potřeby zadostiučinění a msty) a snažme se napravit ho.

Uvědomme si zavčas, co vlastně chceme.

(Musil 2013, s. 43)

