

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Diplomová práce

2017

Veronika Jungová

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Veronika Jungová

Prevence syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi
s mentálním postižením

Olomouc 2017

Vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, Ph. D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: „Prevence syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala své vedoucí diplomové práce paní Mgr. Zdeňce Kozákové, Ph. D. za odborné vedení při psaní této práce, zejména za ochotu a průběžné konzultace, které pro mne byly velkým přínosem a inspirací pro další práci na toto téma.

Obsah

Úvod.....	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Syndrom vyhoření	9
1.1 Rizikové faktory při vzniku syndromu vyhoření	11
1.1.1 Rizikové faktory osobnostní	12
1.1.2 Rizikové faktory v zaměstnání.....	13
1.2 Projevy syndromu vyhoření.....	15
1.3 Příbuzné jevy syndromu vyhoření	16
1.4 Fáze procesu syndromu vyhoření.....	17
1.5 Koho nejčastěji syndrom vyhoření postihuje.....	18
1.6 Diagnostické metody zkoumání syndromu vyhoření.....	19
1.7 Prevence syndromu vyhoření.....	20
1.7.1 Interní prevence syndromu vyhoření.....	21
1.7.2 Externí prevence syndromu vyhoření	24
2 Dospělí lidé s mentálním postižením	28
2.1 Terminologie dospělosti a osob s mentálním postižením.....	28
2.2 Specifika osob s mentálním postižením	29
3 Osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením	34
3.1 Nároky kladené na osoby pracující s lidmi s mentálním postižením	34
3.2 Kategorie pracovníků	35
PRAKTICKÁ ČÁST.....	39
4 Metodologická východiska výzkumu.....	40
4.1 Vymezení výzkumného cíle.....	40
4.2 Stanovení hypotéz výzkumu	40
4.3 Metody výzkumu	41
4.4 Metoda statistického zpracování výzkumných dat	41

4.5	Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
5	Vlastní výzkumné šetření	45
5.1	Vyhodnocení a závěry výzkumu	48
5.1.1	Prezentace výsledků hlavního výzkumného cíle	48
5.1.2	Prezentace výsledků dílčího cíle	53
5.1.3	Prezentace výsledků druhého dílčího cíle	54
5.2	Výsledky statistických hypotéz.....	58
	Shrnutí	61
	Závěr	63
	Seznam použitých zkratk	69
	Seznam použité literatury	70
	Seznam tabulek a grafů	73
	Seznam příloh	74

Úvod

Na úvod bych ráda smekla klobouk před všemi, kdo si zvolili práci v pomáhajících profesích, vykonávají ji s nadšením a po dlouhé roky v ní vytrvali. Práce s osobami s mentálním postižením je velmi náročná. Já jsem si tuto dráhu zvolila již na střední škole. Během studia jsem prošla různými zkušenostmi s klienty z různých věkových kategorií i zařízení pro specifické typy lidí. Práce s osobami s mentálním postižením v denním stacionáři mi ukázala jasnou budoucnost.

Nástup do prvního zaměstnání na pozici pracovníka v sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením se zdál ideální. Po roce a půl, aniž bych si to uvědomila jsme prošla téměř všemi fázemi syndromu vyhoření. Byla jsem typický úkaz angažovaného pracovníka a nadšence, který chce vše stíhat, zvládat a dělat spoustu věcí navíc. Dočetla jsem se, že téměř každý autor, který se zajímá o syndrom vyhoření jím sám prošel a možná ani já jsem si toto téma nezvolila náhodou. Věřím v osud, a proto také věřím, že tato práce bude přínosem nejen do budoucna pro mě, ale také pro další pracovníky, kteří se potýkají se stejným problémem.

Vzhledem ke zvolenému tématu „Prevence syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením“ bych ráda pomohla lidem, kteří pracují v těchto profesích si ujasnit a zpřehlednit svoji vizi o možném výskytu syndromu vyhoření. Ráda bych byla nápomocná těm, kteří se mu do budoucna chtějí vyhnout. Vzhledem k tomu, že spousta prací se již zabývala prevencí syndromu vyhoření je na místě uvést, že se tato práce nebude zabývat pouze supervizí, jak tomu často bývá. Jejím výsledkem by měl být jakýsi širší návod pro prevenci syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. S ním přicházím již v teoretické části, která vymezuje interní i externí preventivní opatření.

Hlavním cílem práce je zjistit, jaká preventivní opatření syndromu vyhoření a kterou jejich úroveň využívají osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením a jakou jejich úroveň. Dílčím cílem je porovnat užívaná preventivní opatření a ta, která považují osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením za užitečná v případě možného výskytu syndromu vyhoření. Druhým dílčím cílem je zjistit a porovnat užívaná preventivní opatření u pracovníků sociálních služeb v rámci služeb denního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením, podporovaného bydlení a chráněného bydlení.

Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je nejrozsáhlejší, jelikož se zabývá hlavním tématem práce. Vymezuje syndrom vyhoření, rizikové faktory, které přispívají ke vzniku syndromu, projevy, příbuzné jevy, které je potřeba diferencovat,

popisuje a nabízí diagnostické metody, uvádí fáze procesu syndromu vyhoření a osoby, které nejčastěji postihuje. Poslední část první kapitoly nabízí všechna preventivní opatření na úrovni interní i externí včetně využívaných strategií. Druhá kapitola teoretické části se zabývá definováním dospělých osob s mentálním postižením a specifikací jejich projevů, které poukazují na důvody zvýšeného rizika výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Poslední kapitola se zaměřuje na nároky, kladené na osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením a kategorizování těchto pracovníků dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů pro účely výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Syndrom vyhoření

V této kapitole se diplomová práce zabývá objasněním terminologie, která se vztahuje k problematice syndromu vyhoření. Dnešní literatura nabízí nesčetné množství definic. Jako první odborný termín „burnout“ popsal Herbert J. Freudenberger v polovině 70. let 20. století. Tento termín definoval jako „konečné stadium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“ (in Křivohlavý, 1998, s. 47). Avšak to nebylo poprvé, kdy bylo na tento jev poukázáno. Již v kolébce evropského křesťanství v Bibli v knize zvané Kazatel byl termín popsán jako „marnost nad marností, všechno je marnost“. Dále na syndrom vyhoření poukazuje příběh proroka Eliáše, který pojednává o tom, co znamená dostat se na dno životní energie. V dílech starověkého Řecka se v této souvislosti dočteme o pověsti Sysifa, která popisuje stav totálního vyčerpání (Křivohlavý, 1998).

Termín syndrom vyhoření původně pochází z anglosaské fyzikálně-technické terminologie. V překladu je znám jako vyhoření či pohoření kabelů, žárovek nebo pojistek. V psychologickém vymezení jej překládáme z anglického slova „burnout syndrome“. Opakem je „to burn“ - „hořet“, v přeneseném významu překládáme jako „být pro něco zapálený“. *Burnout* znamená vypálit, vyhořet, vyhasnout, vyčerpat. V českých zemích se nejvíce uplatňuje termín „vyhoření“, ale můžeme se také setkat s pojmy „syndrom vyhaslosti“ či „syndrom vypálení“ (Baštecká, 2003, s. 138, Pešek, Praško 2016).

Původně byl termín burnout spojován s označením lidí, kteří propadli alkoholu a ztratili o vše zájem. Později se rozšířil i na toxikomany, pro jejich lhostejnost k čemukoliv a jednostranný zájem o drogu. Následně se tento termín začal užívat také pro lidi, které nezajímalo nic jiného než jejich práce, kterou byli úplně pohlceni. Ty nazýváme workoholiky (Křivohlavý, 1998).

Pojem vyhoření se do psychologické literatury zařadil po roce 1970, do dnešní doby se stále autorům nepodařilo shodnout na jednotné definici (Poschkamp, 2013).

Klinická psychologie a s ní hlavní představitel Freudenberger, hodnotí tento jev „na pozadí osobních rysů v životě jednotlivců, z tohoto zorného úhlu je vyhoření vnitřní duševní reakcí“. Sociální psychologie, zastoupená především Christinou Maslachovou nahlíží na syndrom vyhoření jako na „důsledek působení vnějších vlivů, hlavně práce a pracovního prostředí“ (Maroon, 2012, s. 15).

V psychologickém slovníku najdeme definován syndrom vyhoření (burn-out syndrome) jako „ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z

pomáhajících profesí“. Tento pojem je spojován s pojmy syndrom vypálení nebo vyprahlosti (Hartl, Hartlová, 2000, s. 586).

Křivohlavý (1998, s. 7) jej popisuje „fyzicky, emocionálně a mentálně se zcela vyčerpat“.

Rush (2003, s. 7) definuje syndrom vyhoření jako „druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky“.

Poschkamp (2013, s. 10-11) vysvětluje vyhoření jako „proces extrémního emočního a fyzického vyčerpání se současným cynickým, distancovaným postojem a sníženým výkonem jako následkem chronické emoční a mezilidské zátěže při intenzivním nasazení pro jiné lidi“.

Matoušek (2013, s. 52) popisuje tento stav jako „soubor příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu“.

V neposlední řadě je třeba uvést definování syndromu vyhoření dle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2001), který nalezneme pod kódem Z73.0. Tato kategorie je řazena mezi problémy spojené s obtížemi při vedení života. Zde se užívá termínu „vyhasnutí“, který je definován jako „stav životního vyčerpání“.

Maroon (2012) charakterizoval společné prvky definic:

- syndrom vyhoření probíhá individuálně,
- vyhoření je vnitřní duševní proces, jehož průběh je charakterizován určitými pocity, způsoby chování, motivy a očekáváními
- pro jedince je to negativní zkušenost spojená s citovým tlakem, nelibostí a narušeným fungováním
- většina definic popisuje nejen fyzické, ale především psychické emocionální vyčerpání, po němž se dostavuje pocit lhostejnosti a nedostatek důvěry
- negativní pocity pomáhajícího časem nabudou na intenzitě a vůči klientovi se projeví odosobněním, chová se k němu pohrdavě či nepřiměřeně
- pomáhající projevuje negativní postoj vůči sobě i svým výkonům. Trpí temnými náladami, depresí a vyhýbá se odpovědnosti. Ztrácí tvořivost a nedaří se mu poradit si s problémy.
- přestože pojem vyhoření se stále spojuje především s nároky na pracovišti, má také vliv na emocionální napětí mimo pracovní prostředí, například na vztah k rodině a přátelům.

- vyhoření je chronické. Většina odborníků rozlišuje mezi trvalou, neustupující ochablostí a dočasnými projevy únavy, které se dají překonat odpočinkem a dovolenou.
- vyhoření není nemoc, ale rizikový faktor pro vznik řady nemocí
- vyhoření je zrcadlo odrážející zásadní problémy západních společností, jako je individualismus, soutěž a orientace na výkon, snaha o seberealizaci a hledání smyslu života, ale také sociální odcizení a nedostatečná soudržnost rodiny a společenství.

Všechny definice se shodují na tom, že syndrom vyhoření nastává v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu, kdy u člověka nastane takový psychický stav, který je charakterizován vyčerpáním a snížením pracovní výkonnosti. Vyskytuje se hlavně u osob, jež pracují s lidmi. Tyto osoby dále nazýváme pracovníky pomáhajících profesích (Pešek, Praško, 2016).

1.1 Rizikové faktory při vzniku syndromu vyhoření

Po definování syndromu vyhoření je důležité popsat rizikové faktory, které mohou být důsledkem výskytu tohoto syndromu. Většina autorů se přiklání k názoru, že syndrom vyhoření je výsledkem střetu určitých osobnostních (psychických) i fyzických dispozic jedince, úrovně jeho sociability, sociální opory, schopnosti čelit a zvládat stresové podmínky (Bartošíková, 2006).

Psychologické studie zabývající se syndromem vyhoření uvádějí přehled nejčastějších příčin, které vedou k výskytu tohoto stavu nebo jeho zhoršení (Křivohlavý, 2012). Matoušek (2013) tato rizika uvedl u pracovníků v sociálních službách. Hlavní riziko výskytu přináší dlouhodobý styk s lidmi. Sociální pracovníci se dostávají do intenzivního kontaktu s klientelou, u které jsou potřeby akcentované, psychický stav je v nerovnováze a představa o přiměřené pomoci není vždy reálná. Proto mezi časté příčiny patří dlouhodobé neúspěšné jednání s těmito lidmi. Dlouhodobý kontakt s klienty vyžaduje ze strany pracovníka v sociálních službách vysokou míru odolnosti a schopnosti průběžně a efektivně vyrovnávat se s pracovním stresem. Dále příčinu nacházíme v dlouhodobém pracovním přetížení zaměstnanců, v příliš strohém a diktátorském pracovním režimu.

Rizikové faktory vyhoření nalézáme v osobnostních charakteristikách a konkrétních pracovních podmínkách. Ty budou rozlišeny v následujících podkapitolách (Bartošiková, 2006; Stock, 2010; Matoušek, 2013).

1.1.1 Rizikové faktory osobnostní

K výskytu syndromu vyhoření v oblasti osobní přispívá chování a jednání pracovníků, které dle výzkumu popsali Friedmann a Rosenman. Jejich poháněcí mechanismy neboli motivátory, vědomí souvztažnosti, snížená odolnost vůči zátěži a angažovanost.

Meyer Friedmann a Bay H. Rosenman zkoumali vztah mezi výskytem různých chorob srdečních a krevního oběhu s určitými *formami chování a jednání lidí*. Dle výzkumu začali rozlišovat dvě skupiny lidí. První nazvali „typ A chování“, která měla poměrně vysoký výskyt infarktu myokardu, druhou s poměrně malým výskytem nazvali „typ B chování“. Skupina A dle výzkumem stanovené charakteristiky jednala rychle, někdy až příliš, s mimořádnou energií, členové se chovali se soupeřivě, obvykle vykonávali několik věcí najednou. V práci byli pilní, často v ní zůstávali přesčas, měli vysoké cíle a za jejich splněním tvrdě šli někdy až bezohledně. Osoby ze skupiny B byly pravým opakem v chování. Za těmito lidmi byly vidět velké výkony, ale nemuseli za každou cenu splnit cíl. Dovedli nejen výkonně pracovat, ale také odpočívat. Spektrum jejich zájmů bylo větší (Křivohlavý, 1998). Friedmann a Rosenman se shodli na tom, že u osob skupiny A je dvakrát vyšší riziko vzniku infarktu než u ostatních lidí. Tito lidé bývali zpočátku úspěšní, kvůli konfliktnosti se stali izolovanými. Měli pocit, že musí vše zvládnout sami. Více a častěji se vystavovali několika stresorům zároveň. Nedokázali sami objektivně hodnotit situaci splnění úkolů. Výsledkem byla nerovnováha mezi aktivitou a odpočinkem. Tito lidé často bývali workoholiky, kteří nepocítovali žádné zdravotní potíže. Tímto způsobem lze žít pouze určitou dobu. Po letech vyčerpají svou energii, hromadí se jim neúspěchy, začnou si uvědomovat fyzické procesy, které jim tělo vysílalo a dochází k vyhoření (Stock, 2010).

Bartošiková (2006) zmiňuje tzv. „syndrom pomahače“ či „spasitelský syndrom“. Pomáhání druhým se stává nutkavou potřebou. Oba tyto syndromy se vážou na temperamentové vlastnosti pracovníků a zvyšují výskyt vyhoření.

Stock (2010) dále jako možné příčiny syndromu vyhoření v rámci osobnostních předpokladů uvádí *poháněcí mechanismy, vědomí souvztažnosti, resilienci a schopnosti zvládat zátěž každého jedince*. Pokud má pracovník výše uvedené schopnosti, stává se odolným, a i přes neúspěchy dokáže zachovat duševní rovnováhu a dále ji rozvíjet. Je důležité, aby se pracovníci k problémům naučili přistupovat ofenzivně, nevyhledávali

zbytečná rizika, ale z krizových situací vycházeli jako vítězové, dokázali si přiznat porážku a ponaučit se z ní. Poháněcí mechanismy chápeme ve smyslu motivátorů, které vychází z transakční analýzy. Řadí mezi ně: Buď silný!, Buď dokonalý!, Buď se všemi zadobře!, Buď rychlý!, Zaber!. Tyto mechanismy fungují bez našeho vědomí a u jedinců s rizikem výskytu syndromu vyhoření vedou k přílišnému sebevědomí, perfekcionismu, upozaďování vlastních zájmů, neschopnosti se jednoznačně vymezit, upřednostňování práce pod časovým tlakem, sklonům nabírat na sebe víc povinností, než je dotyčný schopen zvládnout.

Velmi důležitá je samotná *odolnost vůči zátěži* neboli *resilience* dle Stocka (2010). Každý z nás reaguje v krizových situacích individuálně. Naše reakce závisí na dané zátěži, na objektivním vyhodnocení míry závažnosti situace, na zkušenostech s danou zátěží, na psychických i fyzických zdrojích, které máme, na současném zdravotním stavu. Dále se odolnost odvíjí od osobnostních vlastností jedince, do kterých řadíme schopnost „empatie, míry asertivity, určitou míru „tvrdosti“, dobré zvládací mechanismy, schopnost relaxace, emocionální stabilita, přiměřené sebehodnocení a nepřítomnost hostility“ (Notová in Bartošiková, 2010, s. 27).

1.1.2 Rizikové faktory v zaměstnání

V této podkapitole budou uvedeny psychosociální rizika týkající se negativních psychologických, fyzických a sociálních důsledků, které vyplývají z nevhodné organizace a řízení na pracovišti, jakož i špatných sociálních podmínek při práci, jejichž dlouhodobé působení na zaměstnance se stává důsledkem vzniku syndromu vyhoření. Pro vymezení těchto faktorů byla vybrána Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví (dále jen EU OSHA) (2013), která vydala v roce 2014-2015 brožuru, která se stala hlavním průvodcem kampaní „Zdravé pracoviště zvládne i stres“. Dále autoři jako Stock (2010), Křivohlavý (2012) nebo Matoušek (2013) popsali podmínky vzniku syndromu vyhoření v zaměstnání.

Mezi první rizika patří *zvýšená pracovní zátěž*, ta představuje vyšší nároky na zaměstnance ze strany zaměstnavatele, kteří musí zpracovávat kvanta informací, nejrůznějších dat, formulářů a oficiálních zpráv. Také přichází vyšší nároky ze strany zákazníků na kvalitu, rychlost a flexibilitu poskytované služby. Křivohlavý (2012) vyšší míru zátěže shledává v nedostatku personálu a času na výkon. Matoušek (2013) ji vyjadřuje počtem klientů, kteří spadají na jednoho pracovníka. Pracovník nemá prostor k odpočinku a regeneraci sil. Pracovní podmínky mu neumožňují tvořivé rozvinutí schopností a uplatnění dovedností. EU OSHA souhlasí s výše uvedenými riziky a dále upozorňuje na rozporuplné požadavky a nedostatečně jasně vymezené úlohy pracovníků, nesoulad mezi nároky na vykonávanou práci

a kvalifikací pracovníka. Stock (2010) mezi zvýšenou pracovní zátěží řadí *působení vnějších rušivých elementů*, které neumožňují plné soustředění na jeden zadaný úkol, ale tříští síly na dalších několik úkolů.

Další rizikový faktor Stock (2010) označuje jako *nedostatek samostatnosti* ze strany zaměstnavatele. Zaměstnanec nemá kontrolu nad svou prací, má omezené rozhodovací pravomoci, nemá možnost ovlivnit své pracovní prostředí, nemůže se svobodně realizovat, neustále podléhá kontrole a nadměrnému dohledu. Matoušek (2013) upozorňuje na silnou byrokratickou kontrolu chování personálu případně i klientů.

Rizikové prostředí je také to, kde *nejsou dobré vztahy mezi kolegy nebo s nadřízenými*. V zaměstnání trávíme nejvíce času, proto je fungování vztahů na pracovišti velmi důležité. Bohužel v kolektivu často vládne nevraživost, nekolegiálnost, závist mezi pracovníky, vzájemná neúcta. Tato charakteristika skupin výrazně snižuje výkonnost a může být zdrojem ohrožení a vyvolávat stresovou reakci. EU OSHA v této oblasti uvádí znevažující nebo zstrašující chování nadřízených či kolegů vůči zaměstnanci nebo skupině zaměstnanců a neefektivní komunikaci mezi nimi. Ve vztahu s nadřízeným se můžeme setkat s nespravedlivým přístupem, nadřizování jednotlivcům, nespravedlivé jednání při rozdělování práce, udělování odměn, povyšování nebo poskytování kariérních příležitostí. To vše lze chápat jako ponížení a může být zdrojem psychické zátěže zaměstnance.

Výzkumy ukazují, že *nedostatek kladného ocenění práce, motivace a chybějící respekt* jsou dalšími faktory, které vedou ke zklamání a brzy se může dostavit syndrom vyhoření.

Vyššímu výskytu syndromu vyhoření podléhají ti pracovníci, kteří se *neztotožnili s hodnotami*, které jsou uznávané v zaměstnání. Důsledkem toho je pracovníkovo jednání v rozporu s jeho přesvědčením. Pokud se musí své práci přizpůsobit očekáváním i postoji, můžeme čekat rychlé odcizení, pocit bezvýznamnosti či zbytečnosti.

Matoušek (2013) dále specifikuje, že k rozvoji syndromu vyhoření přispívá pracoviště, kde není věnována pozornost potřebám personálu, noví členové nejsou zacvičeni zkušeným personálem, kde neexistují plány osobního rozvoje a chybí supervize. EU OSHA řadí problémy spojené s kombinováním povinností v práci a v rodině.

Poschkamp (2013) vidí problém na úrovni organizace v *nejednotné úrovni znalostí*. Dle jeho názoru schází povinná a opakující se psychoedukace, která by informovala o příčinách syndromu vyhoření, o možnosti řešení a pomoci v této problematice. Dále poukazuje na další problém zaměstnavatelů, kteří *nepřikládají výskytu syndromu vyhoření u svým zaměstnanců dostatečný význam, úplně popírají tuto problematiku*.

1.2 Projevy syndromu vyhoření

Projevy neboli příznaky syndromu vyhoření jsou u každé osoby velmi individuální a jejich škála je široká. Některé osoby mohou reagovat více tělesně, jiné spíše emočně. Syndrom vyhoření se projevuje jak ve sféře osobní, tak také pracovní, kde dochází ke zhoršení kvality práce s lidmi. Bartošíková (2006, s. 29) popisuje zasaženou osobu syndromem vyhoření jako tu, která „chodí do práce s nechutí, ztrácí schopnost empatického přijetí pacienta, má tendenci se vyhýbat kontaktu s pacienty, často je vidí jen jako obtížné, nárokové, nevděčné“.

Stock (2010) uvádí tři základní symptomy syndromu vyhoření, mezi které řadí vyčerpání fyzické a emoční, odcizení a pokles výkonnosti.

Emoční vyčerpání charakterizuje souborem projevů: sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání, pocitu strachu, pocit prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení.

Fyzické vyčerpání se projevuje nedostatkem energie, slabostí, chronickou únavou; svalovým napětím, bolestmi zad, náchylností k infekčním onemocněním, poruchy spánku, funkční poruchy (kardiovaskulární a zažívací potíže), poruchy paměti a soustředění, náchylnosti k nehodám.

Dalším symptomem je zmíněné *odcizení*, chápáno jako postupná ztráta idealismu, cílevědomosti a zájmu. Ohrožený zaměstnanec má ke své práci i svému okolí téměř lhostejný postoj. U sociálních pracovníků se klienti stávají přítěží a k odcizení dochází také vůči kolegům a nadřízeným. Zvláštním projevem je přezíravý postoj, který může přerůst v pohrdavé, sarkastické až agresivní chování vůči svému okolí. K odcizení nedochází pouze v pracovní sféře vyhořelého pracovníka, ale také v té soukromé sféře. Tito lidé bývají více podráždění nebo apatičtí, v extrémních případech může docházet k narušení vazeb a izolaci ohroženého. Mezi časté projevy odcizení patří ztráta sebeúcty, ztráta navázat a udržet společenský vztah, pocit vlastní nedostatečnosti, méněcennosti.

Mezi poslední ze tří hlavních příznaků Stock (2010) řadí *pokles výkonnosti*, a to především z důvodu ztráty ve vlastní schopnosti ohroženého jedince. Tyto osoby potřebují více času a energie pro splnění zadaného úkolu, jsou nerozhodní, ztratili nadšení pro práci i motivaci, mají pocit vlastního selhání. Tento příznak Křivohlavý (2009) nazývá jako objektivní, jelikož je tato okolnost zjištělná rodinou, kolegy v práci i klienty.

Křivohlavý (2009) kromě objektivních příznaků vymezuje také příznaky subjektivní, kam řadí velkou únavu, problémy s koncentrací, snadné podráždění, negativismus, snížené sebecenění a sebehodnocení, které vyplývá z pocitů snížení své profesní kompetence. Takový pracovník se dostává do stavu, kdy je jakákoliv činnost nad jeho síly, nadměrně jej zatěžuje. Ztrácí všechny iluze, naděje, plány a žije v neustálém napětí.

Typické projevy syndromu vyhoření u pracovníků sociálních služeb charakterizuje Matoušek (2013) v knize Řízení a metody sociální práce. Řadí mezi ně: neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi; lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, ztráta schopnosti tvořivě přistupovat k práci; práci je věnováno nutné minimum energie, pracovník se výrazně více než v práci angažuje v mimopracovních aktivitách; preference administrativních činností a činností směřujících ven z vlastní instituce před činnostmi, jež vyžadují kontakt s klienty; důraz na pracovní pozici, na služební postup, na formální pravomoci, na mzdu, na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání; v úvahách o účinnosti služby, příp. i o budoucnosti klientů převládá skepse; časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno, někdy i těhotenství; omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi; pocity depersonalizace, vyčerpání; v ojedinělých případech i zneužívání klientů.

1.3 Příbuzné jevy syndromu vyhoření

Téměř každý pracující v sociálních službách, který si přečte projevy syndromu vyhoření může souhlasit s jejím výskytem u jeho osoby. Ale ne vždy tomu tak musí být. Syndrom vyhoření může být zaměněn s příbuznými jevy jako je únava, stres, frustrace, deprese apod., se kterými má podobné projevy. V případě, že se pracující sám diagnostikuje dle testové metody syndromu vyhoření je nutné zohlednit i možnost výskytu těchto příbuzných variant.

Únava je jednou z hlavních příznaků syndromu vyhoření. Obecně má ale bližší vztah k fyzické zátěži. U burnout syndromu jde o únava negativní, tíživou, spojenou s pocitem selhání či marnosti. Kdežto fyzická únava je spojená často s kladnými pocity a lze jí odstranit odpočinkem (Křivohlavý, 1998).

Bartošíková (2006, s. 7) definuje *stres* jako „psychický a somatický stav, který znamená v určitém okamžiku nebo časovém úseku déletrvajícím nebo silnější odchylku od obvyklé úrovně excitace“. Stres je dále definován jako „vztah mezi dvěma silami, které působí protikladně“. Ty nazýváme stresory. Zatěžují nás a negativně na nás působí. Protipólem jsou salutory, které nám pomáhají zvládat těžkosti. Důležité je, aby tyto síly byly

vyrovnané nebo pokud je to možné, aby síly salutorů byly vyšší. V opačném případě dochází ke stresu. Pokud tento nepoměr přesahuje určitou možnou hranici, jedná se o distres, který na jedince patologicky působí (Křivohlavý, 1998). Distres chápeme jako „negativně prožívaný stres“ (Křivohlavý, 2009, s. 17). Rozdíl mezi stresem a syndromem vyhoření je jednoduchý, ale ne vždy jde lehce rozlišit. Stres bývá příčinou, kdežto vyhoření je důsledkem. Což znamená, že příčinou výskytu syndromu vyhoření je dlouhodobá dysbalance mezi zátěží a fází klidu - chronický stres (Stock, 2010). Bartošíková (2006) nahlíží na stres jako na běžnou součást života. Vyhoření klasifikuje až jako poslední fázi stresové odpovědi organismu.

Frustrace je situace, která člověku znemožňuje dosáhnout saturaci subjektivní důležité potřeby, kterou očekáváme. Frustrace je spojená s pocitem zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnaní nepříznivé situace (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

V neposlední řadě uvádíme jako příbuzný jev *depresi*. Řada autorů pokládá vyhoření za zvláštní formu deprese. Vše nasvědčuje tomu, že burnout syndrom představuje daleko složitější problém, který je charakteristický vyčerpáním, kdežto deprese se vyznačuje stavy sklíčenosti, čímž je lze od sebe odlišit (Stock, 2010). Syndrom vyhoření je na rozdíl od deprese vázaný na emoce spojené se zaměstnáním. V době odpočinku od zaměstnání příznaky vyhoření mizí, kdežto deprese je všudypřítomná (Bartošíková, 2006). Deprese může být vedlejším příznakem syndromu vyhoření, ale také se může vyskytovat samostatně (Křivohlavý, 1998).

1.4 Fáze procesu syndromu vyhoření

Po definování syndromu vyhoření, riziku výskytu na straně osobních i v zaměstnání, projevů a možným příbuzným jevům je třeba se zaměřit na samotný proces. Syndrom vyhoření je chápán jako dlouhodobý proces, který probíhá v určitém časovém období. Není jevem statickým, má začátek, průběh i konec. Modelů vývoje syndromu vyhoření je nesčetně mnoho. Nejjednodušší dohledatelný model se skládá ze tří fází. Ten nejsložitější jich má dvanáct, které se vzájemně překrývají a nelze je jednoznačně ohraničit. Jedinec ohrožený syndromem vyhoření postupně prochází fázemi, které je možné alespoň do určité míry přeskočit (Stock, 2010).

Z možného množství modelů byl vybrán ten od autorů Edelwiche a Brodského, a to z toho důvodu, to lze krásně přenést na proces v sociální práci. Především na počínající pracovníky, kteří plní nadšení přichází do zaměstnání, postupně času a vlivem rizikových faktorů se začínají projevovat určité symptomy, které naznačují výskyt syndromu vyhoření. Pokud

nejsme dostatečně informováni nemusíme si být tohoto stavu vědomi. Edelwich a Brodský popisují fáze v souvislosti s projevy a pocity postiženého syndromem vyhoření.

Edelwich a Brodský (in Stock, 2010, Jeklová, Reitmayerová, 2006) popsali vývoj syndromu vyhoření ve čtyřech fázích:

- **Idealistické nadšení** – v počáteční fázi nacházíme začínající pracovníky, kteří srší nadšením, elánem, velkými ideály, pracují s nadprůměrným nasazením a přeceňují své síly. Práce se pro jedince stává nejdůležitější součástí života, momentálně jej naplňuje, ztotožňuje se s ní, dobrovolně se přepracovává, zanedbává své okolí i aktivity dříve konané.
- **Stagnace** - v této fázi začíná prvotní nadšení upadat, pracovník vnímá reálné podmínky pro svou práci. Zjišťuje, že musí určité své ideály přehodnotit. Již zažil několikrát zklamání a přestává žít pouze prací, vrací se ke svým zálibám.
- **Frustrace** – tato fáze představuje překážky, se kterými se pracovník setkává. Přibývají problémy s vedením, nespolupracujícími klienty, nedostatečným uznáním z obou stran. Pracovník si uvědomuje své omezené možnosti a bezmoc. Zpochybňuje význam a smysl své práce. Objevují se první fyzické i psychické potíže a problémy ve vztazích.
- **Apatie** – po dlouhodobější frustraci nastává fáze apatie, která je obrannou reakcí pracovníka. Nakonec nastupuje vnitřní rezignace, pracovník vykonává pouze nezbytně nutné úkoly, vyhýbá se těm náročným i kontaktu s klienty, není přístupný jakýmkoliv inovacím.

Poslední fází, která nastupuje po apatii je syndrom vyhoření.

1.5 Koho nejčastěji syndrom vyhoření postihuje

Syndrom vyhoření není pouze výsadou sociálních pracovníků nebo pomáhajících profesí, jak by se mohlo zdát. Dle výzkumů se právě u těchto profesí vyskytuje nejvíce a dříve nebo později se u pracovníků manifestují určité charakteristické projevy. Nejčastěji se objevuje u „angažovaných pomahačů“, kteří se dostávají do neustálého mezilidského kontaktu a jsou na něm závislí. Riziko výskytu syndromu se také zvyšuje u pracovníků, kteří řeší problémy druhých a snažím se je emočně podpořit (Jeklová, Reimenová, 2006). Další častý výskyt nastává u pracovníků v prvních letech zaměstnání, kteří jsou příliš angažovaní a mají velké ideály ke změnám na pracovišti (Kebza a Štolcová, 2003).

Kebza a Štolcová (2003) uvádí přehled profesí s rizikem vzniku syndromu vyhoření. S mírnými nuancemi s nimi souhlasí Křivohlavý (2012). Na prvním místě uvádí lékaře, druhé místo získává zdravotnický personál (sestry, ošetřovatelky, laboranti...). Třetí místo obsazují psychologové a psychoterapeuti a na čtvrtém shledáváme sociální pracovníky a pracovnice ve všech oborech. Poslední, kteří budou uvedeni v souvislosti s pomáhající profesí jsou učitelé na všech stupních škol. Lze tedy uvést jako nejvíce ohrožené pracovníky ty, kteří se nachází v oblasti zdravotnictví, sociální péče a sociálních služeb a školství.

Všechna uvedená zaměstnání mají jedno společné. Je to práce s lidmi, kteří bývají často negativní, nespolupracují a kvůli nim ztrácí pracovníci své pracovní ideály.

1.6 Diagnostické metody zkoumání syndromu vyhoření

Z předchozích kapitol víme, že syndrom vyhoření nemusí být vždy jednoduché rozpoznat. Diagnostikujeme jej dle souboru příznaků, které tvoří ucelený obraz stavu psychického vyhoření, z prožitků těchto příznaků, a především za pomoci speciálních psychologických metod, které nám výskyt mohou lépe potvrdit, aniž by se jednalo o příbuzné jevy výše popsané (Křivohlavý, 1998; Kebza a Štolcová, 2003).

K diagnostikování jevu vyhoření se užívá řada různých dotazníků. Některé jsou orientační, samoobslužné. Ty si může vyhodnotit sám respondent, jiné jsou specifické odborné dotazníky, jež může vyhodnotit pouze psycholog či jiný odborný pracovník. Nejběžnějšími metodami jsou dotazníky speciálně zaměřené *na celou šíři problematiky vyhoření*. Zde řadíme **Orientační dotazník** od čtveřice autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. Tento je vhodný pro každého, kdo si chce sám vyhodnotit svou situaci. Syndrom vyhoření je v něm chápán jako proces nikoli momentálního stavu a z tohoto důvodu umožňuje včasné rozpoznání procesu. Samotný respondent odpovídá „ano“ nebo „ne“ na 24 otázek souvisejících s jejich fyzickými i psychickými projevy v posledních dnech. Pokud převládají odpovědi typu ano, lze uvažovat o možnosti zrodu syndromu vyhoření (Křivohlavý, 1998). České znění najdeme v publikaci Křivohlavý 1998 s. 33-34 nebo v příloze pod číslem 1.

Další diagnostická metoda je zaměřená na tři nejvýraznější aspekty syndromu vyhoření. Je to fyzické, emocionální a psychické (duševní) vyčerpání. K této diagnostice slouží **dotazník Burnout Measure (BM)**, který vytvořila autorská dvojice Ayaly Pinesová a Elliott Aronson (1980). Dotazník je dle studií velmi reliabilní a to i po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. Vysoká míra shody byla zjištěna také mezi sebehodnocením a hodnocením ze strany

spolupracovníků, členů rodiny apod. Dotazník se skládá z 21 otázek, které jsou posuzovány na sedmibodové škále v souvislosti s intervaly četnosti daných pocitů s rozpětím od „nikdy“ po „vždy“. Výsledek lze interpretovat za předpokladu upřímného postoje vyplňujícího z hlediska psychologie zdraví (Křivohlavý, 2012). Dotazník i s výpočtem a interpretací výsledku naleznete v publikaci Křivohlavého z roku 2012 na straně 50 nebo v příloze č. 2.

Mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření patří metoda **Maslach Burnout Inventory** neboli MBI. Autory jsou Ch. Maslachová a Jackson, do českého jazyka jej přeložila Iva Šolcová. Tato metoda zjišťuje tři faktory – emocionální vyčerpání (EE), depersonalizaci (DP) a snížený pracovní výkon (PA). Faktor EE zkoumá, do jaké míry je respondent emocionálně vyčerpán svou prací. DP se zabývá mírou neosobního a necitlivého chování vůči klientům. Tyto tři složky procesu vyhoření se projevují postupně. Nejprve přichází emocionální vyčerpání, které odpovídá mimořádným požadavkům okolí. Následná zvýšená míra vyčerpání vede automaticky k depersonalizaci. V dotazníku se nachází 22 výroků zaměřených na zjištění tří faktorů výše uvedených. U každého výroku respondent přiřazuje četnost výskytu na sedmibodové škále od „nikdy“ až po „každý den“ a intenzitu pocitů na osmibodové škále od „vůbec“ až po „velmi silně“. V praxi je vhodnější varianta používat pouze jeden z ukazatelů. Od hodnocení intenzity se upustilo a užívá se varianta s četností výskytu. Každý faktor může být zkoumán samostatně, vyplnění dotazníku zabere 10-15 minut. Vyhodnocení spočívá v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých subškálách. MBI ve výsledku měří úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný a nízký. Při interpretaci výsledku odpovídá vyšší skóre vyšší míře pocitu vyhaslosti (Křivohlavý 2012). Dotazník s výpočtem a interpretací výsledku naleznete v publikaci Křivohlavého z roku 2012 na straně 54 - 56 nebo v příloze č. 3.

1.7 Prevence syndromu vyhoření

Pokud jsme již obeznámeni s faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření, v tomto okamžiku je možné nalézt opatření jimiž s tímto stavem můžeme vyvarovat nebo se mu bránit. Mnozí autoři popisují preventivní opatření syndromu vyhoření a také strategie, které poukazují na konkrétní možnosti předcházení tomuto stavu. Pro tuto práci bylo zvoleno nejvhodnější variantou prokládat obě možnosti v jedné kapitole.

Na počátku je třeba vymezit samotný termín prevence. Průcha, Walterová a Mareš v Pedagogickém slovníku (2009, s. 178) shledávají prevenci „souborem opatření zaměřeným

na předcházení nežádoucím jevům, zejména onemocnění nežádoucím jevům, sociálněpatologickým jevům“.

Křivohlavý (1998), který vychází ze zkušeností svých studií, které zkoumaly vlivy faktorů ovlivňující zrod a vývoj syndromu vyhoření vymezil preventivní aktivity zaměřené na dvě oblasti. První oblastí je oblast individuální, která se týká jednotlivých lidí, kteří se mohou stát obětmi syndromu vyhoření. Tuto oblast nazývá interní či individuální možnosti prevence. Druhou oblastí je soubor negativních vlivů prostředí, kde tito lidé pracují či žijí, zvaná také jako externí vlivy v prevenci.

Bartošíková (2006) i Poschkamp (2013) se shodují na možnosti preventivního opatření na úrovni organizační a osobní. Bartošíková popisuje prevenci na straně jedince, které dosáhne osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnutí stresu a jednak na straně zaměstnavatele, a to změnou jeho organizace a kultury.

Poschkamp (2013) přidává třetí úroveň prevence. K předešlým dvěma dodává úroveň vztahovou a podotýká, že je třeba vykonat preventivní opatření na všech rovinách jinak nemá slibné vyhlídky na úspěch. Dále prevenci a zotavení popisuje jako „dlouhodobý proces podobně jako vyhoření, které potřebují příležitostnou kontrolu a doladění“ (Poschkamp, 2013, s. 96).

Z možných dělení prevence dle různých autorů bylo vybráno dělení na interní a externí úrovni. Prevence na úrovni jednatelce a organizace není vhodná vzhledem k popisu opatření externí úrovně. Tato prevence nemusí probíhat pouze v organizaci, preventivně působí také vnější okolí.

Ač je vyhoření velmi bolestivou zkušeností lze na ni nahlížet jako na zkušenost, která vede ke zlepšení sebevědomí a osobnímu rozvoji pracovníka (Tutrone in Maroon, 2012). Díky této zkušenosti nalézáme možná řešení a učíme se je správně používat své zdroje při řešení symptomů syndromu vyhoření (Casey, Le Blanc, Prins a kol in Maroon).

Bartošíková (2006) doporučuje držet se těchto strategií a opatření, které se nám osvědčily.

1.7.1 Interní prevence syndromu vyhoření

Při prevenci interní pojednáváme současně o prevenci syndromu vyhoření na úrovni jednatelce či úrovni osobní, individuální. Většina autorů zde řadí smysluplnost žití, stresory, osobnostní charakteristiky a další.

Maroon (2012) vymezuje jako první strategii *určení přesných důvodů vyhoření*. Je potřeba vědět, zda se původ nachází v pracovním prostředí nebo vyplývá z hodnot či zájmů pracovníka. Pokud zjistíme příčinu můžeme lépe nalézt řešení.

Bartošíková (2006) vidí smysl prevence na osobní úrovni ve vytváření si vlastního **zdravého systému sebedopory**. Má namysli postarání se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího. Právě pro vznik sebedopory popsala několik strategií, které slouží k ochraně člověka před výskytem syndromu vyhoření. Doporučuje *péči o sebe* v podobě odměn, kterou nám může být odpočinek, masáž, koupel, návštěva u kadeřníka, nebo jakákoliv odměna, která nám udělá radost. Pro některé se mohou stát odpočinkem a přinášet uvolnění jeho zájmy, které nesouvisí s prací. Bartošíková (2006, s. 45) cituje pravidlo, kterého by se měl každý držet „udělat si čas na svůj život, na své lidi, na své koníčky“. Často se na počátku kariéry setkáváme s přílišným zapálením do pracovního procesu, které po jistou dobu může saturovat všechny naše potřeby. Přesto bychom neměli zapomínat na svůj osobní život. Důležité jsou zmíněné zájmy, které obohacují náš život. Kvůli nedostatku času, který nám bere práce, bychom se jich neměli vzdát. „Samá práce a žádná zábava jednoho dne skončí vyhořením!“ (Rush, 2003, s. 11).

Pro vymezení toho času nám Bartošíková (2006) uvádí další strategii, a to *nenosit si práci domů*. Dobrým pomocníkem je zvolit si rituál, kterým zahájíme, ale i ukončíme pracovní proces.

Mezi vznik zdravého systému sebedopory neodmyslitelně patří **udržení se v dobré tělesné kondici**, kam spadá zdravá životospráva, jakákoliv pohybová aktivita, dostatek spánku. Znamená to odpočívat, když jsme unavení, naslouchat potřebám svého těla, odložit práci a dopřát si odpočinek, pokud cítíme že jej potřebujeme. Bez dodržování těchto doporučení při větší zátěži snadno podlehneme syndromu vyhoření. Pro milovníky pohybu je dobré k uvolnění využívat *fyzickou aktivitu*, která snižuje důsledky stresu, umožňuje ventilovat nahromaděné napětí, zvyšuje endorfíny, což přináší pocit štěstí (Stock, 2010). Na doporučení Bartošíkové (2006) by fyzická aktivita měla trvat minimálně 20 minut a věnovat bychom se jí měli 2-3x týdně. Stock (2010) doporučuje vytrvalostní disciplíny jako plavání nebo nordic walking alespoň 1x týdně a 1x týdně relaxačním cvičením.

Relaxační techniky řadíme mezi důležité strategie prevence syndromu vyhoření. Relaxace nám pomáhá rychle navodit stav tělesného i psychického uvolnění. Vhodná je jóga, autogenní trénink, Jacobsonova metoda uvolňování svalů, dechová cvičení, poslech relaxační hudby a další. Vhodné je, aby člověk relaxaci prováděl pravidelně po delší dobu, což umožní dlouhodobější účinek uzdravení a má uvolňující efekt (Stoc, 2010). Křivohlavý (2012) uvádí

mezi nejlepší relaxační metody humor a smích, které jsou silným prostředkem proti stresu. Doporučuje nebát se smát upřímně a opravdově.

Mezi další preventivní opatření řadí **umět si říci o pomoc, pokud naše síly nestačí**. Zvláště pracovníci v pomáhajících profesích, kteří jsou často vystaveni psychické zátěži by měli znát své schopnosti, reakce na různé situace, možnosti ale i hranice. Pokud máme pocit, že vlastní síly na vyřešení problému nestačí, máme možnost vyhledat pomoc mezi odborníky. Zde se nabízí možnost *psychoterapie*, která může pomoci v rozpoznání problémů, porozumění jim a našim pocitům, může být nápomocná při zmapování příčin a hledání možného řešení (Maroon, 2012).

Bartošíková (2006) jako jedna z mála autorů poukazuje na stanovení a udržení si **hranic** na pracovišti. Jejich nejasné vymezení, přílišný soucit s druhými a přílišné prožívání všeho mohou brzy působit na člověka, který snadno vyhoří. Při stanovení hranic jde o neustálý proces hledání optimální blízkosti a vzdálenosti, ale právě ony nám preventivně pomáhají. Mít jasné hranice, respektovat je u sebe i druhých znamená být dobrým pomocníkem a průvodcem. Z praxe víme, že obzvláště při práci s osobami s mentálním postižením je toto preventivní opatření dlouhodobou a velmi náročnou záležitostí.

K tomu, abychom předcházeli syndromu vyhoření, je potřeba se trvale zajímat o rovnováhu mezi tím, co nás zatěžuje a tím, co nám dodává sílu. Musíme *najít rovnováhu mezi výdejem a ziskem*. Stresory se nám v životě objevují sami, ale o to, co nám bude vyrovnávat nezdary a dodávat sílu se musíme postarat my (Bartošková, 2006). Proto pokud se v našem životě nachází více stresorů, můžeme ubrat některé z aktivit nebo můžeme část naší práce delegovat anebo je potřeba zvyšovat salutory, mezi které je možné řadit relaxaci, relaxační cvičení, posílení vlastní nezdolnosti a další (Křivohlavý 2012). Poslední možností, jak se vymanit z aktivit, které nás vedou k postihnutí syndromem vyhoření, je opuštění zaměstnání (Bartošíková, 2006).

Křivohlavý (2012) popisuje důležitost **smysluplnosti bytí**, která přispívá k interní prevenci syndromu vyhoření. Smysluplností bytí rozumí existenci různých cílových hodnot, hierarchie těchto hodnot a naše směřování k nim. S tím souvisí také důležitost stanovení vlastních krátkodobých a dlouhodobých cílů, které by si měl každý občas zhodnotit. Vyhoření člověka často postihuje z důvodu ztracených ideálů a zklamáných ambicí. Důležitým krokem k udržení rovnováhy v životě přispívá dle Myrona Rushe (2003) udělat si čas na změny. V tomto čase by si měl každý přehodnotit své cíle a priority. Mělo by k tomu docházet pravidelně.

Proto, abychom se mohli věnovat svým zájmům, nepřepínat se v práci a nebrat si ji domů, je důležité se naučit lépe si organizovat čas. Díky efektivnímu time managementu můžeme mít svou práci pod kontrolou. V time managementu jde o to odhalit ve svém harmonogramu aktivity, které jsou žroutem času a co nejvíce je omezit. Důležité je nejprve najít všechny aktivity a poté určit jejich priority (Stock, 2010). Maroon (2012) doporučuje naplánovat si den, naučit se určovat priority, naučit se odříct některé činnosti a delegovat je na spolupracovníky, důležité je úkoly rozdělit a definovat, zpracovat úkoly krok za krokem, udržet si pořádek na svém pracovním místě, abychom vždy věděli, co kde hledat.

1.7.2 Externí prevence syndromu vyhoření

Jak již bylo zmíněno výše, externí prevence se nevyužívá pouze na pracovišti, ačkoli převládají opatření právě taková, která pomáhají v pracovních podmínkách. Můžeme sem řadit jakékoliv vnější podmínky, které napomáhají ke snížení rizika propuknutí syndromu vyhoření. Právě takovým faktorem je sociální opora, zkušenosti lidí, kteří sami na sobě pocítili syndrom vyhoření nebo i těch, kteří měli odpovědnost za lidi nacházející se v tomto nebezpečí. Etzinová a Pinesová (in Maroon, 2012) se zabývaly vyrovnávacími strategiemi v pomáhajících profesích. Z výzkumů zjistili, že syndrom vyhoření je třeba řešit v rámci celého pracoviště, zásluhu má především pracovní atmosféra, dále pracovní podmínky, které je třeba zlepšit, obohacovat role a vytvořit podpůrný sociální rámec, jelikož není možné, aby jedinec zátěž nesl sám.

Výzkum Ayaly Pinesové a Elliota Aronsona (1989) poukázala na důležitost sociální opory jako preventivního opatření v životě lidí ohrožených syndromem vyhoření. Ukázalo se, že čím lepší vztah daný člověk k druhým lidem má, tím je nižší riziko výskytu příznaků syndromu vyhoření. Dále výzkum prokázal, že lidé ohrožení emocionálním vyhořením si sociální opory váží více. Gerald Caplan definuje sociální oporu jako „trvajících mezilidských spojení a vztahy daného člověka na lidi ve skupině, na které se tento člověk může spolehnout a kteří mu mohou poskytnout emocionální podporu, asistenci a potřebné zdroje ve chvílích, kdy je potřebuje“ (in Křivohlavý, 2012, s. 120). Z toho všeho vyplývá, že dobrá sociální síť má ochranný a záchranný charakter. Autoři mezi strategie předcházení vyhoření doporučují vypěstovat si podpůrný kruh přátel a pečovat o něj (Maroon, 2012). Těm, kteří jsou individualisté, zvyklí na samotu bez sociální opory, navrhuje vstřícnost a otevřenost vůči přátelům, navázání kontaktů s lidmi, se kterými se setkávali, plánovat si chvíle s rodinou či přáteli. Důležité je předem zvážit, které vztahy je dobré oživit, které nám prospějí (Stock, 2010, Křivohlavý, 2012).

Sociální opora nespadá pouze do osobního života člověka, Bartošiková (2006) uvádí důležitost sociální opory jako vlivu na týmovou práci, kterou by měl zajišťovat vedoucí pracovník jako preventivní opatření proti výskytu syndromu vyhoření. Sociální práce se přirozeně pojí se stresem, proto má velký význam podpora ze strany kolegů (Maroon, 2012). ***Týmová spolupráce*** je považována za jednu ze základních podmínek efektivní práce, která podporuje úspěšnost a produktivitu pracovníků, vede ke kolektivní důvěrné atmosféře, pocitu sounáležitosti, je zdrojem motivace celého týmu. Charakteristikou týmové práce je angažovanost pro věc a nadšení ke spolupráci. Není nutné osobní přátelství, ale ochota a schopnost spolupráce v týmu. Takový tým by měl sdílet společnou vizi a být loajální k poslání a rozhodnutí týmu, měla by v něm panovat důvěra a respekt, otevřená komunikace o všem, co se týká pracovních záležitostí, každý v něm by měl mít pocit svého místa a přínosu v týmu, měli by mít jasně stanovené pravomoci a zodpovědnost (Bartošiková, 2006, Stock, 2010). Podpůrná sociální síť na pracovišti je zvláště důležitá pro mladé začínající pracovníky, kteří potřebují emocionálně podpořit, motivovat, nabídnout partnerství a techniku pomoci (Maroon, 2012).

Autoři se shodují na preventivním opatření v podobě ***supervize***. Výzkumy potvrzují že nedostatek supervize může vést k rigiditě a zaujímání obranné pozice, což vede k syndromu vyhoření (Hawkins a Shohet, 2004). Maroon (2012) shledává supervizi pro sociální práci nejvýznamnějším procesem, jelikož supervidovaný poskytuje pracovníkům určité vědomosti a schopnosti. Při supervizi jde především o zjišťování, ověřování, uvědomování si procesu a především vztahů (Vodáčková, 2012). Hawkins a Shohet (2004) definuje supervizi jako „velmi důležitou součást péče o sebe, která umožňuje zůstat otevřený novému učení a je také nepostradatelnou součástí neustálého vývoje pomáhajícího, jeho sebeuvědomění a odhodlání dále se vyvíjet.“ Supervize v pomáhajících profesích je chápána jako „organizovaná příležitost k reflexi, která se zaměřuje na různé aspekty pracovní situace s cílem zkvalitnit práci a podpořit profesní růst pracovníka“ (Bartošiková, 2006, s. 61).

Studie zaměřené na poznání faktorů, které jsou podmínkou vzniku syndromu vyhoření, doporučili mezi preventivní opatření ***jednání vedoucích pracovníků s podřízenými***. Mezi tato jednání řadí pravidelný styk mezi nadřízeným a podřízeným, již dříve zmiňované harmonizování vztahů na pracovišti, upřímnost vedoucích pracovníků, jednání na rovinu, bez podezřívání podřízených, sdělování dlouhodobých záměrů a seznamování s plány vedení. Preventivně působí, pokud je vedoucí vzorem morálních zásad a pouze je nevyžaduje (Křivohlavý, 2012). Vedení by mělo být přesvědčeno, že pracovníci jsou pro ně tou nejlepší investicí, a proto by se měli zajímat o jejich potřeby, problémy, ambice i starosti. Vedoucí

pracovníci by měli vědět, jak rozvíjet potenciál pracovníků a tím napomáhat k dobré pracovní atmosféře. Měla by jim být nabídnuta možnost regenerace formou regeneračních programů, racionální rozpis služeb (Bartošíková, 2006).

V neposlední řadě je důležité, aby byla zaměstnancům projevována úcta a váženost za jejich odvedenou práci. Takovým opatřením je **kladné hodnocení zaměstnanců**, které souvisí s evalvací, tedy pocitem obohacení, poctění, zvyšování důvěry v sebe samotného. Uznání všemožnými prostředky nejen finančními, ale také slovním ohodnocením, zvláštními odměnami, pracovním postupem a dalšími, vede k větší míře spokojenosti s prací (Křivohlavý, 2012). Stock (2010) uvádí, že pokud naši práci nikdo neocení, měli bychom se to naučit sami, posílíme si tak své sebevědomí.

Pokud by se zaměstnavatelům podařilo motivovat nebo zaměstnávat dobře motivované pracovníky, dalším preventivním opatřením je **zajištění podmínek pro práci**. Právě tyto pracovní podmínky byly výsledkem studií, které se zabývaly otázkou různé úrovně psychického vyhoření na pracovištích mezi pracovníky. Mezi tyto podmínky patří *výchova a výcvik*, který by měl být zaměřený na minimalizování psychického vyčerpání (Pinesová, Aronson, 1988). Opatřením máme na mysli kurzy, které by seznamovaly s problematikou stresu a burnout, s tím co obnáší, čím jsou ovlivňovány, rozeznání počínajících příznaků, jak těmto nežádoucím stavům předcházet a to nejen u sebe, ale i u ostatních a další. Křivohlavý (2012) dodává, že čím vyšší vzdělání se pro dané povolání vyžaduje, tím více by se mělo dbát na tento druh výchovy. Souvisí to s tím, že tyto osoby nastupují do práce s velkou motivací a při zaměstnávání hledají seberealizaci a dělají podstatně více než jim bylo uloženo. Pochkamp (2013) chápe potřebu podpory a vzdělání nejen zaměstnanců, ale i zaměstnavatelů, která by měla vést k humanizaci pracovních podmínek.

Abychom předcházeli možnému výskytu syndromu vyhoření, nestačí pouze mít o něm povědomí, ale je nutné věnovat čas prevenci v rámci *organizace práce*. Mezi takové prevence řadíme *znalost svých povinností v zaměstnání a očekávání*, která budou na pracovní pozici kladeny. Na zaměstnance by měli být kladeny *přiměřené nároky* požadované práce a kompetence vzhledem k možnostem realizace, aby nedocházelo k přetěžování. Bartošíková (2006, s. 48) poukazuje na *časový stres*, který nastává, pokud máme vykonat příliš mnoho práce v krátkém čase. V rámci sociální práce bývají zaměstnanci často přetíženi velkým počtem klientů, kteří jsou často nemotivovaní (Maroon, 2012). Myron D. Rush (2003) ve své publikaci „Syndrom vyhoření“ popisuje několik strategií, jimiž lze předejít syndromu vyhoření. První krok k navrácení rovnováhy nazval *Pamatuj na svá omezení*, kde poukazuje na limity pracovníků. Rush (2003) uvádí *pravidlo 80/20*, které nám

pomáhá k redukci každodenních činností, které ubírají čas a nepřinášejí téměř žádný výsledek. Autor se domnívá, že 80 procent úspěchu vychází z 20 procent aktivity člověka, proto bychom měli a můžeme upustit od činností, které nám mnoho nepřinášejí. Stock (2010) uvádí *ochranné prostředky*, mezi které patří zvyšování schopnosti nést zátěž prostřednictvím kondičního cvičení, vyváženosti a využití podpory okolí. Dále poukazuje na to, že zmírnit zátěž lze rozhovorem s nadřízeným, po kterém může požadovat změnu pracovní náplně, pracovní pozice nebo se uchránit před syndromem vyhoření podáním výpovědi. Další strategií v případě ohrožení syndromem vyhoření může být *flexibilita ze strany organizace* při respektování specifických potřeb pracovníků, při pracovních postupech a při změně pracovní pozice v rámci organizace. Flexibilita v tomto případě znamená ochotu naslouchat a umožnění změn v případě nutnosti, aby míra spokojenosti podřízených byla co nejvyšší (Křivohlavý, 2012). Maroon (2012) poukazuje na flexibilitu, která v sociální práci spočívá v možném výběru klientů i intervenčních strategií.

Křivohlavý (2012) dále vymezuje konkrétní **úpravy pracovních podmínek**, které je dobré zohlednit při preventivním opatření proti syndromu vyhoření. Patří sem například *uvolnění z centra napětí*, zde můžeme mluvit o mimořádné dovolené na zotavení či zvláštní místnosti na pracovišti, která by sloužila jako útočiště proti zátěži pracovníků. *Oproštění od administrativního a byrokratického balastu*, vedoucí k zabránění tzv. administrativní únavě. *Zjednodušení příliš složitých pracovních postupů, obohacení práce*, ve smyslu zpestření jednotvárné práce, umožnění vyšší míry společenského soužití, začlenění humoru a veselí do monotónní práce.

Úprava prostředí je dalším preventivním opatřením, které je důležité k vytvoření příjemné atmosféry na pracovišti. Pracoviště hraje velkou roli při zrodu stresu a vyčerpání a podporuje pracovníky k naplňování individuálních cílů. V tomto případě se zaměřujeme na *vhodnou velikost prostoru a jeho členění, privátnost prostředí, hlučnost, světelné* (příliš málo osvětlení či oslňující osvětlení) *i tepelné podmínky* (tzv. suchou i vlhkou teplotu, tepelné záření a proudění vzduchu). Dále zde můžeme začlenit *klid a individuální úpravu pracoviště*, každého pracovníka dle svého vkusu (Křivohlavý 2012, Maroon, 2012).

2 Dospělí lidé s mentálním postižením

Vzhledem k cíli diplomové práce se tato kapitola zabývá pouze definováním terminologie dospělých osob s mentálním postižením a specifikací jejich projevů. Pro její účel není stěžejní vymezení etiologie či klasifikace těchto osob, jelikož se zaměřuje spíše na osoby pracující s lidmi s mentálním postižením a jejich prevenci syndromu vyhoření. Důležité je získat povědomí o tom, proč činnost s těmito osobami přináší zvýšené riziko syndromu vyhoření.

2.1 Terminologie dospělosti a osob s mentálním postižením

Terminologie související s osobami s mentálním postižením se potýká s nejasnostmi, nejednotností a mnohočetnými definovanými pojmy. Problém se nachází v samotném charakteru mentálního postižení a nahlížení společnosti na tyto jedince. Neustálá potřeba revidování této terminologie je záležitostí společnosti, která osoby mentálně postižené shledává postavami komickými a z termínů dlouhodobě tvořených dělá postupem času pojmy společensky nepřijatelné, pejorativní. S humanizací vědních oborů se postupně terminologie i pohled na tyto osoby změnila, ale hledání nových termínů neustalo. V některých anglicky mluvících zemích pojem mentální retardace nahrazuje termín „learning difficulty“, který spíše indikuje poruchy učení. Ve Velké Británii usilují o úplné vyřazení pojmu „mentální retardace“. V České republice se tento termín stále používá, ale při jeho definování dochází k nejednotnosti a velkému množství definic (Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Mezinárodní klasifikace nemocí revize 10. (2014, s. 242) mentální retardaci definuje jako „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“.

DSM – IV neboli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth Edition, American Psychiatric Association diagnostikuje mentální retardaci u „jedince s inteligencí sníženou pod arbitrovanou úroveň, a to v době před dosažením dospělosti. Adaptabilita takového jedince je snížena v mnoha oblastech“ (in Valenta, 2013).

Autoři se při definování mentální retardace shodují na celkovém snížení intelektových schopností v odlišném vývoji některých psychických vlastností, v nástupu diagnózy před dosažením 18. roku věku a v poruchách adaptačních schopností (Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012; Švarcové, 2011, s. 28).

Z mnoha termínů se již upustilo. V dnešní době se doporučuje užívat označení osoby s mentálním postižením. Mentální postižení vymezuje slovník Špeciálna pedagogika (1994) jako zastřešující pojem mentální retardace, který označuje jedince s IQ pod 85, tedy osoby, které se v dnešní době potýkají s oslabením kognitivního výkonu neboli osoby nacházející se v hraničním pásmu.

Jelikož jsou předmětem práce dospělé osoby s mentálním postižením, je nutné vymezit toto věkové období.

Vágnerová (2012, s. 183) definuje dospělost jako „období svobody rozhodování spojené s odpovědností za svá rozhodnutí a schopností získat a plnit příslušné role“.

V oblasti psychopedické andragogiky lze na dospělost nahlížet z různých úhlů pohledů.

Biologický pohled jej chápe jako fyzickou zralost. Z právního hlediska se dosahuje dospělosti nabytím plných práv a povinností. Z psychologického hlediska se v dospělosti stabilizuje chování, myšlení, prožívání i osobnost. Samotná speciálněpedagogická disciplína nahlíží na dospělého člověka jako na toho, kdo ukončil vzdělání a převzal sociální role dospělého, anebo neukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému, ale převzal některé sociální role dospělého (Valenta, 2013).

V dospělosti by každý měl dosáhnout profesní, partnerské a rodičovské role. Osoby s mentálním postižením nejsou vždy schopny dosáhnout všech požadavků dospělosti. Často zůstávají závislími, nesoběstačnými, s neschopností nést za svá rozhodnutí zodpovědnost (Vágnerová, 2012).

Obecné andragogika kategorizuje dospělost na čtyři stádia od raného věku dospělosti, který začíná v 16 – 18 letech až po věk starého dospělého člověka, který končí v 70- 80 letech (Valenta, 2013).

2.2 Specifika osob s mentálním postižením

Každá osoba s mentálním postižením je velmi individuální s vlastními charakteristickými osobnostními rysy. Nelze je jednoduše a jednoznačně charakterizovat, ale lze popsat jejich společné znaky, specifika. Ty se liší v závislosti na typu a stupni mentálního postižení a na postižení složek psychiky. Důležité je rozlišit duševní vývoj, který může být postižen rovnoměrně nebo mohou být zasáhnuty některé ze složek výrazněji (Švarcová, 2011).

Primárním specifíkem, na kterém se shodují mnozí autoři, jsou kognitivní procesy, které stejně jako profesor Valenta (2013) dělíme na poznávání bezprostřední, pod které spadá smyslová percepce a zprostředkované, do kterého se řadí myšlení a řeč.

Bezprostřední vnímání je výběrové na základě individuální zkušenosti. Vytváření těchto zkušeností u osob s mentálním postižením probíhá s určitými odchylkami. Hlavním problémem je pomalý proces. Rubinštejnová (1973 in Lečbých 2008; Valenta, 2013) v oblasti *smyslové percepce* uvádí společné znaky osob s mentálním postižením zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání, který stěžuje orientaci v novém prostředí. Dále uvádí problém s nediferencovanými počitky a vjemy (tvarů, předmětů a barev), kam spadá narušená diskriminace figur a pozadí. Nejzávažnějším problémem bývá uváděno narušené vnímání všech detailů tzv. intaktní vnímání a s tím spojené nedostatečné prostorové i časové vnímání. Mimo zrakovou percepci dochází ke snížení citlivosti hmatových vjemů, ke zhoršené koordinaci pohybů, k opožděné diferenciaci fonémů, které způsobují opoždění v utváření řeči.

Myšlení je dalším specifickým projevem, který ovlivňuje jednání jedince. Je nedůsledná, stereotypní, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné. Charakteristická je konkrétnost a schopnost logicky operovat pouze se známým a konkrétním materiálem. Jedinec nebývá schopný vyšší abstrakce a generalizace, převažuje konkrétní myšlení na úrovni názorných obrazů, objevuje se také nepřesnost a chyby v analýze a syntéze. Řídící úloha myšlení je nízká, tyto osoby nejsou schopny domýšlet svá jednání nebo předvídat jejich důsledky. Postoj k řešení problémů je pasivní, spíše očekávají pomoc od druhých. Dále se projevují neschopností nadhledu, která má za následek sníženou kritičnost a vyšší míru sugestibility (Lečbých, 2008; Švarcová, 2011; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbých, 2012; Vágnerová 2012).

Myšlení je úzce spojováno s *řečí*, která je u osob s mentálním postižením narušená a často se vyvíjí deformovaně. Deficit se nachází ve všech složkách řečové komunikace a to motorické, jazykové i kognitivní. Verbální výkony jsou u každé osoby velmi individuální, závisí na stupni postižení. Někteří mohou mít řečové schopnosti snížené, jiní omezené či zpomalené. Vývoj řeči u těchto jedinců nikdy nedosáhne normy. Hlavním problémem je narušený obsah sdělení, který je charakteristický nedostatečnou schopností porozumět, hodnotit, rozhodovat a programovat řeč. Velký rozdíl se nachází v aktivní i pasivní slovní zásobě. Pasivní slovní zásoba je rozvinutější. Řeč se vyznačuje malou slovní zásobou, což je ovlivněno sníženým stupněm intelektu, dysgramatickou stavbou vět a vyjadřováním v jednoduchých větách. Z toho vyplývají potíže v pochopení celkového kontextu. Jedinci nejsou schopni chápat složitější slovní obraty, žerty, ironii či metafory. Často dochází

k postižení artikulace, která je způsobena nedostatky v motorické koordinaci mluvidel nebo zhoršenou sluchovou diferenciací. U těchto osob se může objevit přidružená dyslálie, rhionálie, tumulus sermonis, balbuties, dysartrie a další (Lečbych, 2008; Švarcová, 2011; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012; Vágnerová 2012).

Podmínka psychického vývoje jedince se nachází v *učení*, jehož schopnost je u osob s mentálním postižením omezená. Učení je převážně mechanické, rigidní, založené na stereotypech. Jakákoliv změna návyků nebo přizpůsobení se novým situacím činí těmto osobám problémy. Velmi důležitá je motivace k učení, ke které přispívá materiální odměna, pochvala, podpora jiného člověka (Vágnerová 2012).

Paměť je další zasaženou oblastí, která vyjadřuje určitá specifika. Je charakteristická pomalým tempem při osvojování nových poznatků. K zapamatování je nutné neustálé memorování. Dalším specifikem je problém v uchování informací a v nepřesnosti jejich vybavení (Lečbych, 2008; Švarcová, 2011; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Pozornost je dalším činitelem, který je vyjádřen určitými odchylkami. Pozornost lze členit na bezděčnou a záměrnou. Záměrná pozornost vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost, unavitelnost, sníženou schopnost distribuce pozornosti na více činností. Osoby s mentálním postižením nedokáží záměrnou pozornost udržet po delší dobu. Po soustředění je potřeba možnost relaxace (Lečbych, 2008; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Vzhledem k narušení kognitivních schopností a omezení v sociálním poznávání u osob s mentálním postižením dochází k odchylkám v oblasti *emocí*. Tyto osoby mají sníženou schopnost adaptability k prostředí, poruchy přizpůsobení, emoční poruchy, trpí vysokou úzkostí, depresí i emoční labilitou, s častým střídáním nálad. Nejsou schopni kontrolovat, tlumit nebo přehodnocovat své emoce. Jedinci oplývají zvláštnostmi emocionální sféry, do které spadá neadekvátnost dynamiky pocitů a intenzity k podnětům. Bývají velmi citově otevření a spontánně projevují své emoce. Tito jedinci jsou zvýšeně citliví na emoční podněty z okolí, snadněji se u nich rozvíjí úzkostné reakce. Schopnost kontroly emocí u těchto osob klesá úměrně s věkem (Lečbych, 2008; Rubištejnová, 1973; Švarcová, 2011; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Dalším specifikem jsou odlišnosti ve *volních projevech*, které jsou jednou z nejdůležitějších rysů osobnosti. Vůlí rozumíme schopnost člověka uvědomit si vlastní potřeby, rozhodnout se pro určitý cíl a vybrat si prostředky k jejich dosažení. U osob s mentálním postižením je patrná zvýšená sugestibilita, která se projevuje nekritickým

přijímáním rad a pokynů od okolí, neschopnosti ověřit si a srovnat vlastní zájmy a zkušenosti, dále citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita ale také úzkostnost a pasivita. Mnozí autoři upozorňují na nesamostatnost osob s mentálním postižením, neschopnost řídit vlastní jednání a překonávat překážky, tedy na nedostatek vůle tzv. *abulie*. Protipólem je hyperbulie, při níž je zvýšená iniciativa a aktivita způsobem, který narušuje sociální přizpůsobení. Jedinci se dokáží velmi rychle rozhodnout, ale často u rozhodnutí nezůstanou, rychle jej dokáží změnit. (Švarcová, 2011; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

V neposlední řadě se osoby s mentálním postižením liší specifickou *aspirací*. Rozumíme tím „vědomé stanovování vlastních životních cílů, tvorbu životního plánu a usilování o jeho naplňování“ (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012, s. 236). U těchto osob dochází ke kolísání aspirace pod vlivem okamžitého nápadu a k problému v realitě vytyčeného cíle. Mluvíme zde o dvou protipólech, které závisí nejen na vnitřním hodnocení, ale také na hodnocení sociálního prostředí. Na jedné straně jedinec inklinuje k podhodnocování (nižší aspiraci) na straně druhé naopak nereálné aspiraci (nadhodnocování) (Švarcová, 2011; Valenta, 2013; Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

V návaznosti na popsaná specifika osob s mentálním postižením nelze říci, že by šlo pouze o narušený intelekt. Mentální postižení doslova prostupuje celou osobností daného člověka. A stejně jako jejich specifické projevy je specifická i práce s nimi. Již kapitola 1.1. poukazuje na rizika vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách, ve kterých Matoušek (2013) popisuje hlavní riziko výskytu intenzivní kontakt s klientelou, u které jsou potřeby akcentované, psychický stav je v nerovnováze a jejich představa o přiměřené pomoci není vždy reálná, proto mezi časté příčiny patří dlouhodobé neúspěšné jednání s těmito lidmi.

Pokud budeme vyhledávat specifika práce s osobami s mentálním postižením, najdeme mezi prvními složitost v komunikaci, která je pro každého jedince tou nejdůležitější. V případě, že se s člověkem nejde dorozumět je velmi složité například saturovat jeho potřeby, může tak dojít k frustraci a problémovému chování jedinců, do kterého spadá častá agrese. Komunikace je základ, ale u osob s mentálním postižením tvoří prvotní problém. Již zde vidím složitost pro pracovníky a vyčerpání velkého množství energie na dorozumění, využití těch správných slov, neustálé doptávání, pomalé tempo, učení se nějaké alternativní či augumentativní komunikace.

Pörtner (2009) poukazuje na zvláštní péči, kterou vyžadují osoby s mentálním postižením. Pojednává o pracovnících, kteří pro klienty v sociálních službách představují rodinu. Vytváří si velmi osobní vztahy s klienty a stanovují si více, než mohou kdy splnit.

Mnohdy brzy vyhoří, musí si hledat novou práci a osoby s mentálním postižením cítí velké zklamání a dostává se jim pouze zážitků spojených s opouštěním “rodiny“. Nakonec se snaží tomuto zklamání uchránit. V tomto případě se jim naskýtají dvě možnosti. Mohou se příliš upínat na nové pracovníky až extrémně a snažit se, aby nikdy neodešli anebo naopak odmítat jakýkoliv další vztah, který nově příchozí pracovník nabízí. Zde nalézáme velký problém s emocionalitou osob s mentálním postižením a udržení si profesionálního vztahu na straně pracovníka.

A takovýchto střetů bychom našli další spoustu jak v motivaci klientů, která je pro pracovníky náročná, tak v učení nových věcí, které je nutné neustále memorovat či odbourávání problémového chování. Pracovníci jsou nuceni dodržovat spoustu zásad pro každodenní praxi, jak se k osobám chovat, co dělat a co naopak nedělat z důvodu jejich postižení. Ale samozřejmě nelze říci, že by jim tato klientela brala pouze energii a způsobovala vyhoření, každý ví, proč tuto práci vykonává a co mu přináší.

3 Osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením

Osoby pracující s dospělými lidmi s mentální postižením můžeme souhrnně označit za pomáhající profese „jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu tak, aby pomoc mohla být účinnější“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 185)

Slovník sociální práce (2008) je definuje jako ty, které jsou závislé na klientech, protože právě oni ospravedlňují existenci jejich povolání. Vznikla v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a dalších tradičních systémů sociální podpory a jejím cílem je institucionalizované poskytování této podpory. V centru zájmu jsou klienti jako osoby se všemi svými rolami.

Po vymezení termínů osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením a specifikováním těchto samotných osob, zbývá vymezit náročnost této práce a to tím, že budou popsány nároky, které jsou na tuto profesy kladeny.

3.1 Nároky kladené na osoby pracující s lidmi s mentálním postižením

Pro pochopení náročnosti práce s osobami s mentálním postižením a snadného podlehnutí syndromu vyhoření je potřeba si vymezit nároky kladené na tyto pracovníky v kterékoliv pomáhající profese.

Pörtner (2009) vymezuje nepostradatelné předpoklady pro práci s osobami s mentálním postižením. Řadí sem *empatie*, citlivost a zájem o druhé lidi. Tyto předpoklady jsou nezbytné pro pochopení prožívání klientů. Jsou základem pro naučení se brát klienty vážně a nalézat s nimi společnou řeč. Matoušek (2013) řadí empatii mezi komunikační dovednosti, které jsou pro kteréhokoliv pracovníka nezbytné. Jsou základním prostředkem pro navázání vztahu s klientem. Navíc napomáhá k porozumění klientova světa. Proto aby pracovníci klientům umožnili prostor pro vlastní rozhodování a podporovali je v samostatnosti, je zapotřebí nutná dávka *empatické fantazie* ze strany pracovníka, která bude dále klientům umožňovat získání nových zkušeností (Pörtner, 2009).

Požadavkem na pracovníka není pouze empaticnost, ale také *kongruence*, která vychází z jeho osobnosti. Pöter (2009) mezi ni řadí schopnost a ochotu reflektovat sebe a svou práci. Pracovníci by měli být schopni rozpoznat svůj podíl na situaci a mít možnost jej změnit, měli by vnímat a uvědomovat si vlastní představy, sklony, úzkosti, problémy, reakce a zájmy a být schopni je oddělit od představ druhého člověka. Měli by objevovat svá slabá místa, měli by být vyrovnání sami se sebou a v neposlední řadě by si měli umět užívat preventivní opatření, která jim pomohou načerpávat energii.

Mezi další potřebné složky *komunikace* patří fyzická přítomnost pracovníka, schopnost naslouchat a analýza klientových prožitků. Cílem naslouchání je porozumět. Pro toto je třeba oplývat schopností pozorovat a číst klientovo neverbální chování, umět naslouchat a chápat verbální sdělení klienta, sledovat jeho veškeré projevy (Matoušek, 2013).

Pokud bychom měli popsat obecné předpoklady a dovednosti, které jsou vyžadovány u pomáhajících profesí zařadili bychom mezi ně *zdatnost* a *inteligenci*. Američtí autoři se shodují na nezbytnosti fyzické zdatnosti, která je pro pracovníka důležitá včetně umění respektovat své tělo jako příjem energie při těžké a vysilující práci, při pomáhání druhým. Dále se u pracovníků předpokládá stála touha po vzdělání, zvyšování znalostí a dovedností, které může využít v praxi. Kromě toho se poukazuje na *socioemoční dovednosti*, které by měly být na vysoké úrovni a měli by se stát přirozenou složkou osobnosti každého pracovníka pomáhajících profesí (Matoušek, 2013).

Dalším takovým předpokladem je *přitažlivost*. Pracovník by pro klienta měl být přitažlivý, ale nejen pro svůj fyzický vzhled, chování a oblékání, ale také pro jeho odbornost, pověst a jednání s klienty (Matoušek, 2013).

Velmi důležitá je *důvěryhodnost*, kterou pracovník vyzařuje. Mezi složky, které k ní přispívají řadíme předešlé zdroje, které jsou uvedeny u předpokladu přitažlivosti. Dále za ně považujeme diskrétnost, spolehlivost, využívání moci, porozumění (Matoušek, 2013).

Další podmínkou je *flexibilita*, která pracovníkovi umožňuje neulpívat na tom, co již o druhém víme, ale naopak vytváří důvěru v možný vývoj klienta a otevřenost vůči změnám a novým nečekaným způsobům chování (Pörtner, 2003).

Z výše uvedenými nároky se také ztotožňuje Matoušek ve Slovníku sociální práce (2008), který popisuje fyzickou a psychickou zdatnost, inteligenci, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a empatii.

3.2 Kategorie pracovníků

Pro účel této práce je třeba vymezit osoby pracující s dospělými osobami s mentálním postižením. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů v § 115 vymezuje okruh pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách. Patří mezi ně sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Vzhledem k účelu diplomové práce a výzkumu nebude uváděna poslední skupina pracovníků tedy manželští a rodinná poradci a další odborní pracovníci, a to z toho důvodu, že se nevyskytují v zařízení, ve kterém bude prováděn výzkum. Práce je tedy zaměřena na sociální pracovníky za podmínek stanovených v § 109 a 110, pracovníky v sociálních službách, zdravotnické pracovníky a pedagogické pracovníky. Tyto pracovní pozice budou následně popsány.

Sociální pracovník

Předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka uvádí § 110 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Patří sem způsobilost k právním úkonům, kterou občan dosahuje dovršením 18 let věku tj. zletilostí. Dalším předpokladem je bezúhonnost, což znamená, že osoba nebyla pravomocně odsouzena pro úmyslný trestný čin. Bezúhonnost se dokládá výpisem z evidence trestního rejstříku. Žadatel o místo sociálního pracovníka musí předložit lékařský posudek, který prokazuje zdravotní způsobilost, který vydává závodní lékař preventivní péče pro zaměstnance a pro osoby registrující praktický lékař. V neposlední řadě je podmínkou odborná způsobilost, kterou se má na mysli minimálně dokončení vyššího odborného vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost (§ 110 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Náplní sociálního pracovníka je vykonávat sociální šetření, zabezpečovat sociální agendu včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace (§ 109 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Pracovník v sociálních službách

Pracovník v sociálních službách je dle § 116 zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů ten, kdo vykonává přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb. Náplň pracovní činnosti spočívá 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.

Dále pracovníci vykonávají základní výchovnou nepedagogickou činnost, která spočívá 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.

Mimo to poskytují pečovatelskou službu v domácnosti osoby, které vykonávají práce spojené s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence.

Pracovník v sociálních službách není oprávněn k vykonávání určitých samostatných činností. Pouze pod dohledem sociálního pracovníka může vykonávat činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (§ 116, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Podobně jako sociální pracovník i pracovník v sociálních službách musí splnit určité předpoklady pro výkon tohoto povolání. Podmínkou je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona. Odbornou způsobilostí je minimálně základní vzdělání nebo střední a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu (§ 116, odst. 5 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Pedagogický pracovník

Pedagogického pracovníka nevymezuje zákon o sociálních službách, ale zákon č. 379/2015 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon definuje, že pedagogický pracovník vykonává přímou vyučovací, výchovnou i speciálněpedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného. Účelně se tato práce zaměřuje na takového pedagogického pracovníka, který vykonává přímou pedagogickou činnost v zařízení sociálních služeb. Takovýto pracovník je vymezen jako vychovatel nebo vedoucí pedagogický pracovník (§ 2 zákona č. 379/2015 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Předpokladem pro výkon pedagogického pracovníka je stejný jako u předešlých pracovníků. U vychovatelů se liší v odborné způsobilosti, která spočívá v získání odborné kvalifikace minimálně po dokončení středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu vychovatelů nebo pedagogů volného času (§ 3, § 16 zákona č. 379/2015 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Zdravotní pracovník

Podmínky výkonu činnosti zdravotnických pracovníků stanoví zvláštní právní předpisy:

Zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a některých příslušníků jiných států a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony a Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

Stejně jako u předešlých pracovníků i zdravotnický personál musí před nástupem na pracovní pozici prokázat svou zdravotní způsobilost, bezúhonnost a odbornou způsobilost, kterou jedinec získá po dokončení nejméně tříletého bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester (§ 3 zákona č. 18/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Vyhláška č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, definuje všeobecnou sestrou v sociálních službách, kterou se rozumí „všeobecná sestra poskytující zdravotní péči pojištěncům v pobytových zařízeních sociálních služeb a ve zdravotnických zařízeních ústavní péče pojištěncům, kteří jsou v nich umístěni z jiných než zdravotních důvodů“ (příloha 1., kapitola 4, bod 40 vyhlášky č. 134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Metodologická východiska výzkumu

Druhá část diplomové práce se zabývá samotným výzkumem. Blíže popisuje využití výzkumné metod, charakteristiku výzkumného vzorku, metodu statistického zpracování výzkumných dat a samotné výzkumné šetření. Závěrečná práce je věnována vypracování jakéhosi širšího návodu preventivních opatření pro osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením.

4.1 Vymezení výzkumného cíle

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit, jaká preventivní opatření syndromu vyhoření a jakou jejich úroveň využívají osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením.

Dílčím cílem je porovnat užívaná preventivní opatření a ta, která považují osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením za užitečná v případě možného výskytu syndromu vyhoření.

Druhým dílčím cílem je zjistit a porovnat užívaná preventivní opatření u pracovníků sociálních služeb v rámci služeb denního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením, podporovaného bydlení a chráněného bydlení.

4.2 Stanovení hypotéz výzkumu

Na základě studia odborné literatury a zpracované teoretické části diplomové práce byly stanoveny následné hypotézy:

H₁: Pracovníci sociálních služeb užívají méně preventivních opatření, než považují za užitečné.

H₂: Pracovníci sociálních služeb užívají více interních preventivních opatření, tedy osobních než externích.

H₃: Pracovníci sociálních služeb shledávají užitečnějšími preventivní opatření na straně zaměstnavatele, tedy externí než interní.

H₄: Pracovníci sociálních služeb pracující ve dvousměnném provozu užívají více preventivních opatření než ti, kteří pracují ve třisměnném provozu.

H₅: Pracovníci domova pro osoby se zdravotním postižením užívají méně preventivních opatření než ostatní služby (denní stacionář, chráněné bydlením podporované bydlení).

4.3 Metody výzkumu

Vzhledem k tématu diplomové práce byla zvolena kvantitativní metoda dotazníkového šetření s uzavřenými otázkami. Chráska (2007, s. 163) vymezuje dotazník jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“.

Dále Chráska (2007) konstatuje, že položky v dotazníku musí být srozumitelné a jasné všem respondentům, u kterých je šetření prováděno. Je proto důležité přizpůsobit jejich znění cílové skupině. Zároveň musí být jejich formulace zcela jednoznačná a nesmí být sugestivní, tj. naznačovat odpověď na položku. Dotazník by neměl být příliš rozsáhlý a měl by zjišťovat pouze nezbytné údaje. Měl by také vždy obsahovat jasné pokyny k jeho vyplnění.

Pro kvalitu dobrého měření by měl dotazník splňovat základní požadavky. Mezi vlastnosti dobrého dotazníku patří validita, tj. měl by zjišťovat skutečně to, co zjišťovat má, co je výzkumným záměrem. Zároveň by měl zkoumané jevy zachycovat spolehlivě a přesně, měl by být dostatečně reliabilní (Chráska, 2007).

Samotný dotazník pro účel diplomové práce v úvodu obsahuje žádost o vyplnění položek a doplnění informací, které jsou věcné k tématu diplomové práce. Také by měl být v úvodu určen cíl, aby respondenti věděli, k čemu práce směřuje. Dotazník se skládá ze dvou částí. První se zabývá otázkami týkajícími se nynějšího zaměstnání respondentů. Odpovědi slouží k porovnání využívaných preventivních opatření vzhledem k pracovištím, ve kterých se respondenti nachází. Druhá část se zabývá samotným cílem diplomové práce a zjišťuje užívané preventivní opatření a porovnává je s názory o užitečných preventivních opatření respondentů. Jedná se o tabulku s 25 položkami. V levé části tabulky se nachází vyjádření užitečnosti opatření a vpravo měli respondenti zakřížkovat jimi využívané opatření nebo opatření užívané zaměstnavatelem vůči nim viz příloha č. 4. Na konci dotazníku měli možnost pracovníci sdělením své e-mailové adresy obdržet po vyhodnocení výsledků práce.

4.4 Metoda statistického zpracování výzkumných dat

Získaná data byla zpracována pomocí software Microsoft Excel a STATISTICA 12. Nashromážděná data byla vyčištěna a vytříděna pomocí MS Excel, v programu STATISTICA kde byly prováděny všechny statistické výpočty. Na počátku analýzy byl využit test normality, konkrétně Shapiro-Wilův test. Ten stanovil, že výsledky z dotazníků ve většině případů nevykazují znaky normality rozložení dat. Z tohoto důvodu byl pro analýzu dat využit

neparametrický statistický test. Ke statistickému zpracování dat byl použit Znaménkový test, tedy párový test pro závislé proměnné.

Znaménkový test se využívá pro měření ordinálních dat. „Tj. všude tam, kde u opakovaného měření týchž objektů můžeme určit, zda došlo či nedošlo k nějakému posunu (většinou zlepšení)“ (Svoboda, 2012, s. 84). Tento test se využívá pro vyhodnocení párových pokusů, jestliže danou veličinu nemůžeme přesně měřit. Ve výsledné analýze znamená hodnota označená červeně ($p < 0,05$) rozdíl, který je statisticky signifikantní neboli významný.

V rámci lepšího pochopení a interpretace výsledků byl vedle statistické analýzy proveden také rozbor jednotlivých odpovědí. Z důvodu povahy dat (párově závislé dichotomické proměnné) jsme se zaměřili na srovnání relativních četností, které bylo uvedeno v procentech. Aritmetický průměr značí středovou hodnotu vypočítanou ze všech jednotlivých položek (výsledků).

4.5 Charakteristika výzkumného vzorku

K dotazníkovému šetření bylo osloveno celkem 41 pracovníků sociálních služeb z nejmenované organizace v Olomouckém kraji. Toto zařízení bylo vybráno záměrným výběrem, který závisel na volbě výzkumníka. Hlavní kritérium pro výběr výzkumného vzorku bylo, aby výzkum obsahoval zastoupení všech okruhů pracovníků, kteří vykonávají odbornou činnost v sociálních službách dle zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších zákonů. Zvolené zařízení bylo vybráno z důvodu naplnění tohoto kritéria.

Vybraná organizace zřizuje domov pro osoby se zdravotním postižením, denní a týdenní stacionář pro dospělé osoby se střední až hlubokou mentální retardací. Dále poskytuje službu denního stacionáře, chráněného bydlení a podpory samostatného bydlení pro dospělé klientelu s lehkou až těžkou mentální retardací.

Vzhledem k výzkumnému vzorku je potřeba vymezit formy sociálních služeb a zařízení sociální péče dle zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, které poskytuje vybrané zařízení.

Sociální služby organizace v Olomouckém kraji poskytuje formou **pobytovou**, kterou se rozumí služba spojená s ubytováním. Dále je provádí formu **ambulantní**, tj. služba za kterou osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována. Součástí služby není ubytování. V neposlední řadě nabízí služby formou **terénní**, které jsou poskytovány osobě

v jejím přirozeném sociálním prostředí (§ 33, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP) poskytuje pobytovou službu osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§ 48, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Denní stacionář (dále DS) je ambulantní služba, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (§ 46, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Stejně jako v denním stacionáři, také **týdenní stacionář** (dále TS) nabízí službu stejné klientele, rozdíl se nachází ve formě poskytování služby, která je pobytová (§ 47, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Formu pobytové služby také nabízí **chráněné bydlení** (dále CHB) pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení (§ 51, odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Podpora samostatného bydlení (dále PSB) je vymezená v zákonu č. 108/2006, ve znění pozdějších předpisů (§ 43, odst. 1) jako terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Mezi základní poskytované činnosti DOZP, TS a DS patří poskytnutí stravy, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. K základním činnostem pobytových zařízení tedy DOZP a TS patří poskytnutí ubytování. CHB a PSB poskytují místo pomoci při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při zajištění chodu domácnosti. Základní činnosti PSB se dále liší v ubytování a stravě, kterou neposkytují.

Dotazníky byly respondentům rozeslány e-mailovou schránkou a předány zaměstnancům přímo na pracovišti. Návratnost dotazníků byla 100 %. E-mailem byla návratnost 27 % tedy 11 dotazníků. Zbylých 30 dotazníků bylo po 14 dnech od zaměstnanců

osobně sesbíráno. Po následné kontrole správnosti vyplnění nemusel být žádný dotazník vyřazen.

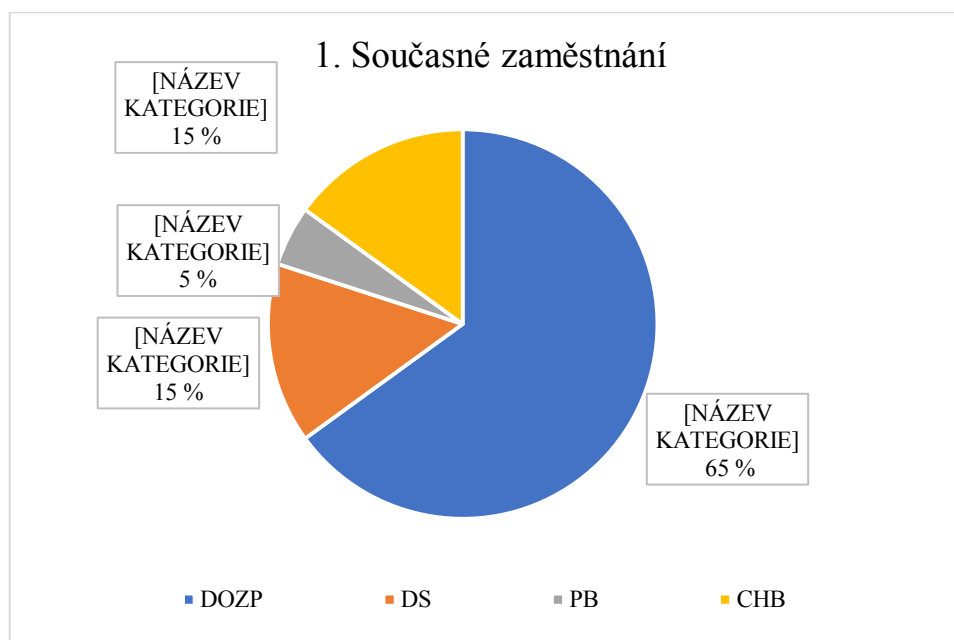
5 Vlastní výzkumné šetření

Následující kapitola bude věnována interpretaci kvantitativních dat získaných prostřednictvím dotazníků s osobami pracujícími s dospělými lidmi s mentálním postižením. Konkrétně se jedná o respondenty z pěti služeb poskytující sociální péče – domov pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionář, týdenní stacionář, chránění bydlení, podpora samostatného bydlení. Data byla vyhodnocena a následně zpracována do tabulek. U prvních třech otázek bylo použito také grafické znázornění.

První část dotazníku zjišťovala, ve kterém **zařízení respondenti v současné době pracují**. Z celkového počtu 41 respondentů byly nejvíce zastoupenou skupinou se 65 % osoby pracující v domově pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP). Ve stejném procentuálním zastoupení 15 % byli respondenti zaměstnaní v denním stacionáři (dále DS) a chráněném bydlení (dále CHB). Nejmenší počet respondentů se nacházel v podpoře samostatného bydlení s 5 %.

Zaměstnání respondenta	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
DOZP	26	65 %
DS	6	15 %
PB	2	5 %
CHB	6	15 %
Celkem	41	100 %

Tabulka 1.: Současné zaměstnání respondentů



Graf 1.: Současné zaměstnání respondentů

Druhá otázka byla zaměřená na **pracovní dobu respondentů**. Z odpovědí vyplynulo, že nejméně respondentů přesněji 10 % pracuje na třísměnný provoz, tedy 8 hodinové směny. 42 % zaměstnanců pracuje ve dvousměnném provozu a v jednosměnném osmihodinovém provozu je zaměstnáno 48 % respondentů.

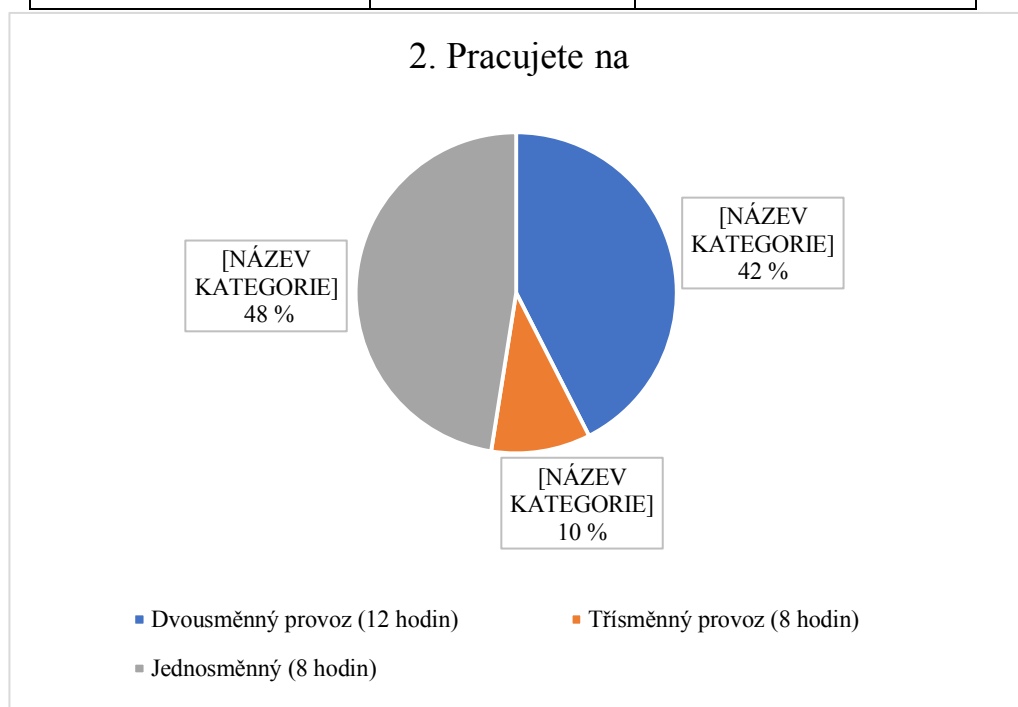
Směnný provoz	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Dvousměnný provoz (12 hodin)	17	42 %
Třísměnný provoz (8 hodin)	4	10 %
Jednosměnný (8 hodin)	19	48 %
Celkem	41	100 %

Tabulka 2.: Směnný provoz respondentů

Graf 2.: Směnný provoz respondentů

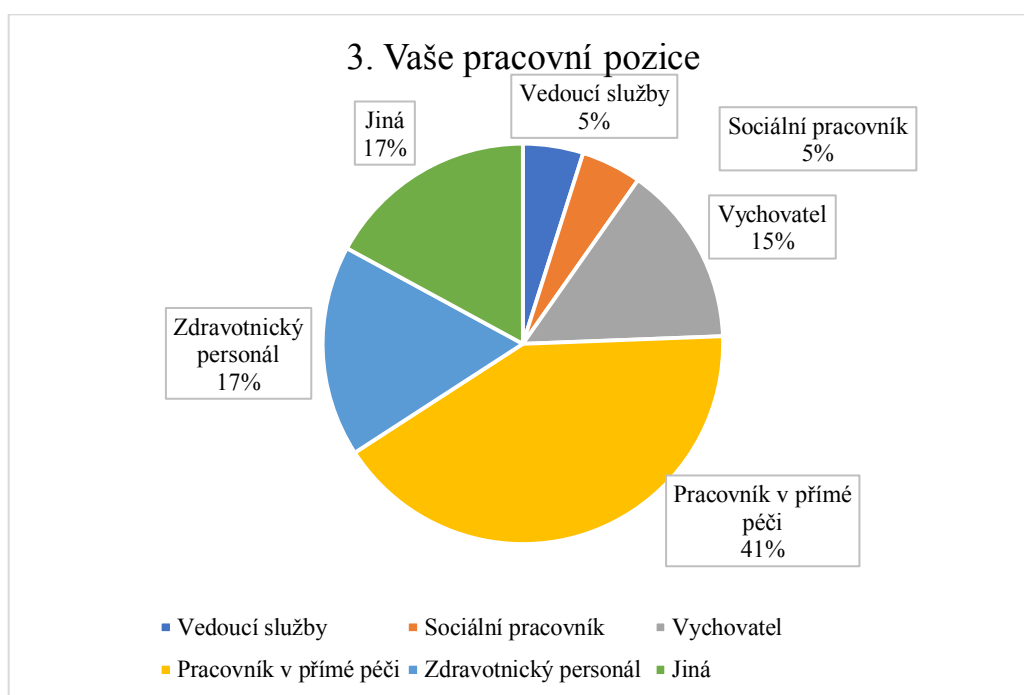
Třetí otázka se zabývala **pracovní pozicí respondentů**. Z analýzy vyplynulo, že nejvíce osob je zaměstnaných na pozici pracovníka v přímé péči 41 %. Zdravotnický personál obsadil druhé místo se 17 % respondenty. Dva pracovníci, tedy 5 % jsou zaměstnaní na pozici vedoucí služby a stejně tak sociální pracovník. Pracovní pozici vychovatel obsadilo 15 % respondentů.

Pracovní pozice	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vedoucí služby	2	5 %
Sociální pracovník	2	5 %
Vychovatel	6	15 %
Pracovník v přímé péči	17	41 %



Zdravotnický personál	7	17 %
Jiná	7	17 %
Celkem	41	100 %

Tabulka 3.: Pracovní pozice respondentů



Graf 3.: Pracovní pozice respondentů

5.1 Vyhodnocení a závěry výzkumu

Tato kapitola se věnuje analýze dat, vyhodnocení stanovených cílů a srovnání výsledků dle proměnných získaných pomocí dotazníku vlastní konstrukce. V rámci lepšího pochopení a interpretace výsledků byl k vyhodnocení výsledků vedle statistické analýzy proveden také rozbor jednotlivých odpovědí. Z důvodu povahy dat (párově závislé dichotomické proměnné) jsme se zaměřili na srovnání relativních četností, které bylo uvedena v procentech.

5.1.1 Prezentace výsledků hlavního výzkumného cíle

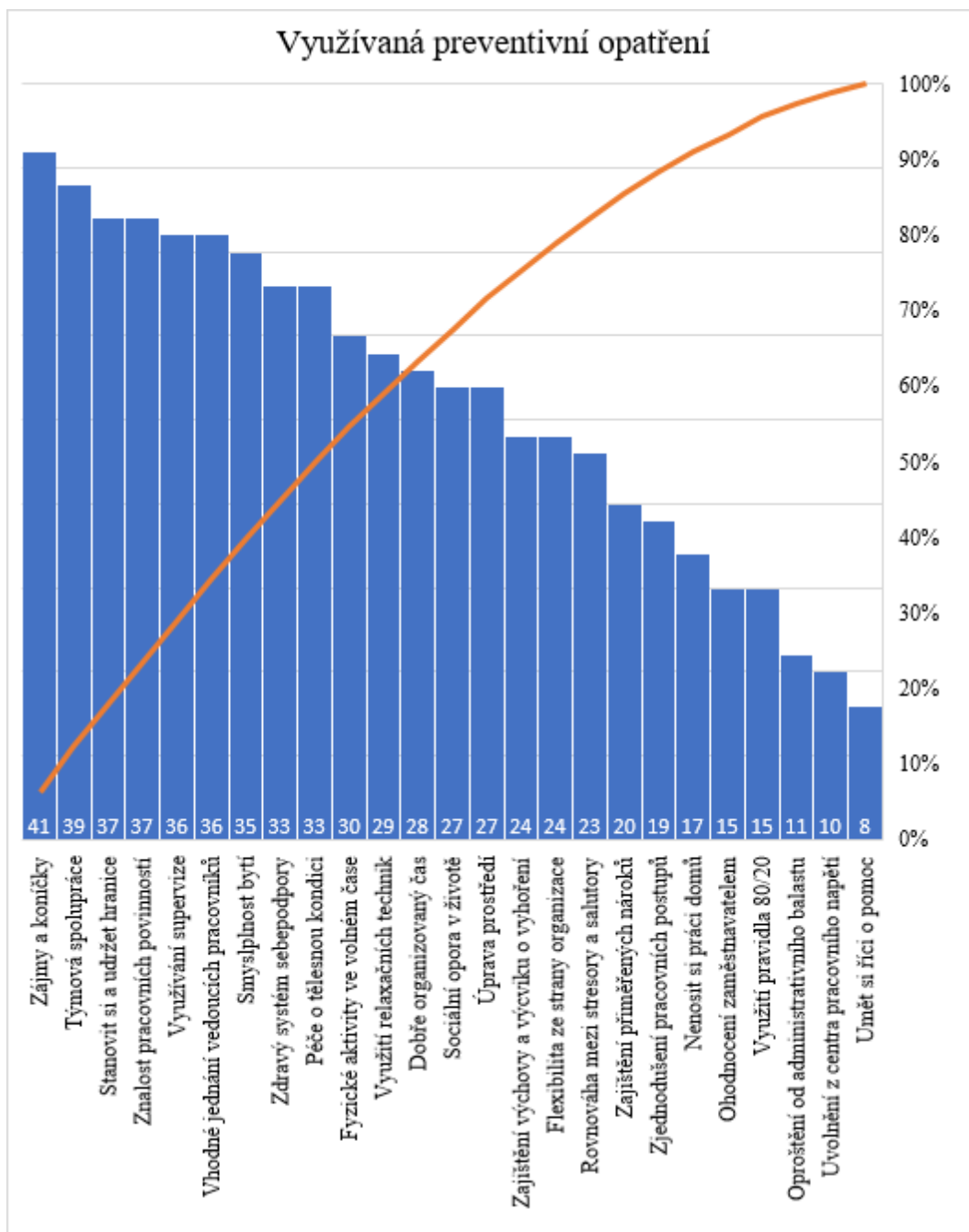
Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká **preventivní opatření syndromu vyhoření a kterou jejich úroveň využívají osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením a jakou jejich úroveň**. Na základě tabulky v dotazníku, která se zaměřovala na využívání preventivních opatření a následné analýzy dat znaménkovým testem bylo porovnáno využití jednotlivých opatření. Výsledek je zřejmý z tabulky pod textem, do které byly vepsány preventivní opatření, jak jsou vymezená v dotazníku. Pro lepší přehled dat byl využit paretův graf, který znázorňuje využívaná preventivní opatření pracovník v sestupném pořadí s kumulativní čarou na vedlejší ose vyjadřující procento celku.

Z analýzy vyplynulo, že 100 % respondentů využívá preventivní opatření, které spadá do osobní úrovně, a to *věnování se vlastním koníčkům/zájům*, které nesouvisí s prací. 95 % respondentů využívá jako prevenci *týmovou spolupráci*. 90 % respondentů se shoduje na využívání *stanovených hranic s klienty na pracovišti* a z externích opatření *znalost pracovních povinností a očekávání*, která budou na pracovní pozici kladeny. Mezi dalšími nejvíce využívanými opatřeními bylo vyhodnoceno využívání *supervize a vhodné jednání vedoucích pracovníků se zaměstnanci*. Na těchto opatřeních se shodlo 88 % respondentů. Na čtvrtém místě se umístila *smysluplnost bytí*, kterou využívá 85 % respondentů. 33 pracovníků tedy 80 % využívá *zdravý systém sebepodpory a péče o tělesnou kondici*. O něco méně pracovníků se zabývá v rámci preventivního opatření *fyzické aktivity ve volném čase, relaxačními metodami, metodě dobře zorganizovaného času v zaměstnání i osobním životě*, využívá *sociální oporu, úpravu prostředí* a další. Z dotazníku vyplynulo, že mezi nejméně využívanými preventivními opatřeními patří *oproštění od administrativního balastu*, které v dotazníku označilo pouze 27 % respondentů (11 zaměstnanců), *uvolnění z centra pracovního napětí* využívá 24 %, *umět si říci o pomoc*. Tímto způsobem se chrání pouze 8 respondentů, tedy 20 %. Zbýlý přehled opatření je možné si přečíst v následující tabulce nebo přehledném grafu.

Druh opatření	Využívám	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Zdravý systém sebepodpory	33	80 %
Zájmy a koníčky	41	100 %
Péče o tělesnou kondici	33	80 %
Fyzické aktivity ve volném čase	30	73 %
Využití relaxačních technik	29	71 %
Nenosit si práci domů	17	41 %
Umět si říci o pomoc	8	20 %
Stanovit si a udržet hranice	37	90 %
Rovnováha mezi stresory a salutory	23	56 %
Smysluplnost bytí	35	85 %
Dobře organizovaný čas	28	68 %

Sociální opora v životě	27	66 %
Týmová spolupráce	39	95 %
Ohodnocení zaměstnavatelem	15	37 %
Využívání supervize	36	88 %
Vhodné jednání vedoucích pracovníků	36	88 %
Zajištění výchovy a výcviku o vyhoření	24	59 %
Znalost pracovních povinností	37	90 %
Zajištění přiměřených nároků	20	49 %
Využití pravidla 80/20	15	37 %
Flexibilita ze strany organizace	24	59 %
Uvolnění z centra pracovního napětí	10	24 %
Oproštění od administrativního balastu	11	27 %
Zjednodušení pracovních postupů	19	46 %
Úprava prostředí	27	66 %

Tabulka 4.: Využívaná preventivní opatření



Graf 4.: Využívaná preventivní opatření

Druhá část hlavního cíle zjišťovala, **jakou úroveň preventivního opatření využívají osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením**. Ta byla zjišťována z dotazníku, ve kterém byla rozlišena interní a externí opatření. Z průměrných hodnot užívaných preventivních opatření vyplynulo, že respondenti *využívají více úroveň interních opatření*.

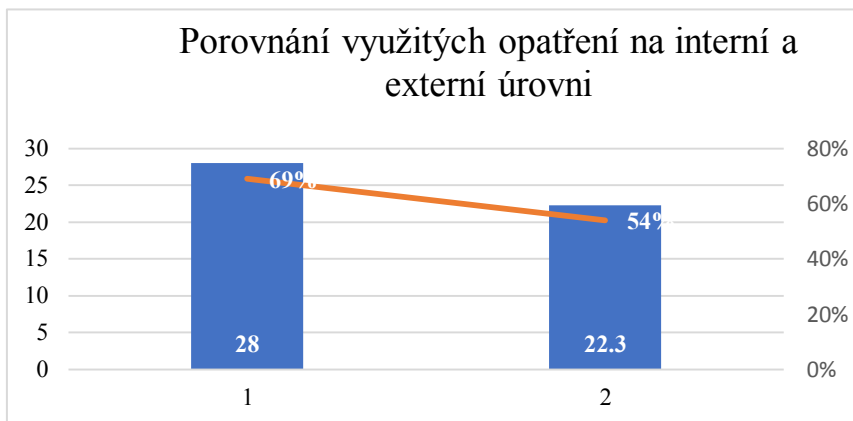
Druh interního opatření	Využívám	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Vlastní zdravý systém sebedopory	33	80 %
Vlastní zájmy a koníčky	41	100 %
Péče o tělesnou kondici	33	80 %
Fyzické aktivity ve volném čase	30	73 %
Využití relaxačních technik	29	71 %
Nenosit si práci domů	17	41 %
Umět si říci o pomoc	8	20 %
Stanovit si a udržet hranice	37	90 %
Rovnováha mezi stresory a salutory	23	56 %
Smyslplnost bytí	35	85 %
Dobře organizovaný čas	28	68 %
Průměr	28	69 %

Druh externího opatření	Využívají	
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %
Sociální opora v životě	27	66 %
Týmová spolupráce	39	95 %
Ohodnocení zaměstnavatelem	15	37 %
Využívání supervize	36	88 %
Vhodné jednání zaměstnavatele	36	88 %
Zajištění výchovy a výcviku o vyhoření	24	59 %
Znalost pracovních povinností	37	90 %
Zajištění přiměřených nároků	20	49 %
Využití pravidla 80/20	15	37 %
Flexibilita ze strany organizace	24	59 %
Uvolnění z centra pracovního napětí	10	24 %
Oproštění od administrativního balastu	11	27 %
Zjednodušení pracovních postupů	19	46 %
Úprava prostředí	27	66 %
Průměr	22,3	54 %

Tabulka 5.: Využívaná interní preventivní opatření pracovníky

Tabulka 6.: Využívaná externí preventivní opatření pracovníky

K lepší viditelnosti rozdílu byl využit sloupcový graf, který zobrazuje průměrné hodnoty. První sloupec (1) ukazuje hodnoty interních opatření a druhý sloupec (2) těch externích.



Graf 5.: Porovnání využitých preventivních opatření na interní a externí úrovni

5.1.2 Prezentace výsledků dílčího cíle

Dílčím cílem bylo **porovnat užívaná preventivní opatření a ta, která považují osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením za užitečná v případě možného výskytu syndromu vyhoření**. Analýza tohoto cíle byla založena na porovnání shledávaných a užitečných opatření v dotazníku. V následující tabulce je možné shlédnout výslednou analýzu. Text nepopisuje veškeré výsledky, ale zaměří se pouze na ty s největší a nejmenší rozdílnou hodnotou. Největší nepoměr mezi shledávaným užitečným a využívaným opatřením vyplynul u opatření *umět si říci o pomoc*. 88 % respondentů shledává toto opatření užitečným, ale pouze 20 % z nich ji využívá. 61 % rozdíl se nachází u *uvolnění z centra pracovního napětí a oproštění od administrativního balastu*. Znamená to, že 35 respondentů shledává užitečné uvolnění z centra napětí, ale pouze 10 z nich ji využívá. Další zajímavou hodnotou je rozdíl 54 % u interního opatření *nenosit si práci domů*. Toto pravidlo shledává 39 (41 %) respondentů užitečným, avšak pouze 17 (41 %) se jím řídí. Můžeme se pouze domnívat z jakého důvodu tomu tak je. Pokud se podíváme na tabulku z druhého úhlu pohledu, z hodnot nám vyplývá, že všichni respondenti (100 %) užívají a shledávají užitečným opatření *věnovat se vlastním zájmům/koníčkům, které nesouvisí s prací*. Pouze 5 % rozdíl se nachází u *týmové spolupráce, znalost pracovních povinností a očekávání, která budou na pracovní pozici kladeny*.

Druhy opatření	Shledávají užitečným		Využívají		Rozdíl
	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	Absolutní četnost	Relativní četnost v %	
Vlastní zdravý systém sebedopory	41	100%	33	80%	20%
Vlastní zájmy a koníčky	41	100%	41	100%	0%
Péče o tělesnou kondici	41	100%	33	80%	20%
Fyzické aktivity ve volném čase	37	90%	30	73%	17%
Využití relaxačních technik	37	90%	29	71%	20%
Nenosit si práci domů	39	95%	17	41%	54%
Umět si říci o pomoc	36	88%	8	20%	68%
Stanovit si a udržet hranice	41	100%	37	90%	10%
Rovnováha mezi stresory a salutory	39	95%	23	56%	39%
Smyslplnost bytí	39	95%	35	85%	10%
Dobře organizovaný čas	40	98%	28	68%	29%
Sociální opora v životě	40	98%	27	66%	32%
Týmová spolupráce	41	100%	39	95%	5%
Ohodnocení zaměstnavatelem	34	83%	15	37%	46%
Využívání supervize	39	95%	36	88%	7%
Vhodné jednání zaměstnavatele	41	100%	36	88%	12%
Zajištění výchovy a výcviku o vyhoření	39	95%	24	59%	37%
Znalost pracovních povinností	39	95%	37	90%	5%
Zajištění přiměřených nároků	39	95%	20	49%	46%
Využití pravidla 80/20	33	80%	15	37%	44%
Flexibilita ze strany organizace	41	100%	24	59%	41%
Uvolnění z centra pracovního napětí	35	85%	10	24%	61%
Oproštění od administrativního balastu	36	88%	11	27%	61%
Zjednodušení pracovních postupů	40	98%	19	46%	51%
Úprava prostředí	37	90%	27	66%	24%
Průměr	39	94%	26	64%	30%

Tabulka 7.: Porovnání využívaných a shledávaných užitečných preventivních opatření pracovníky

5.1.3 Prezentace výsledků druhého dílčího cíle

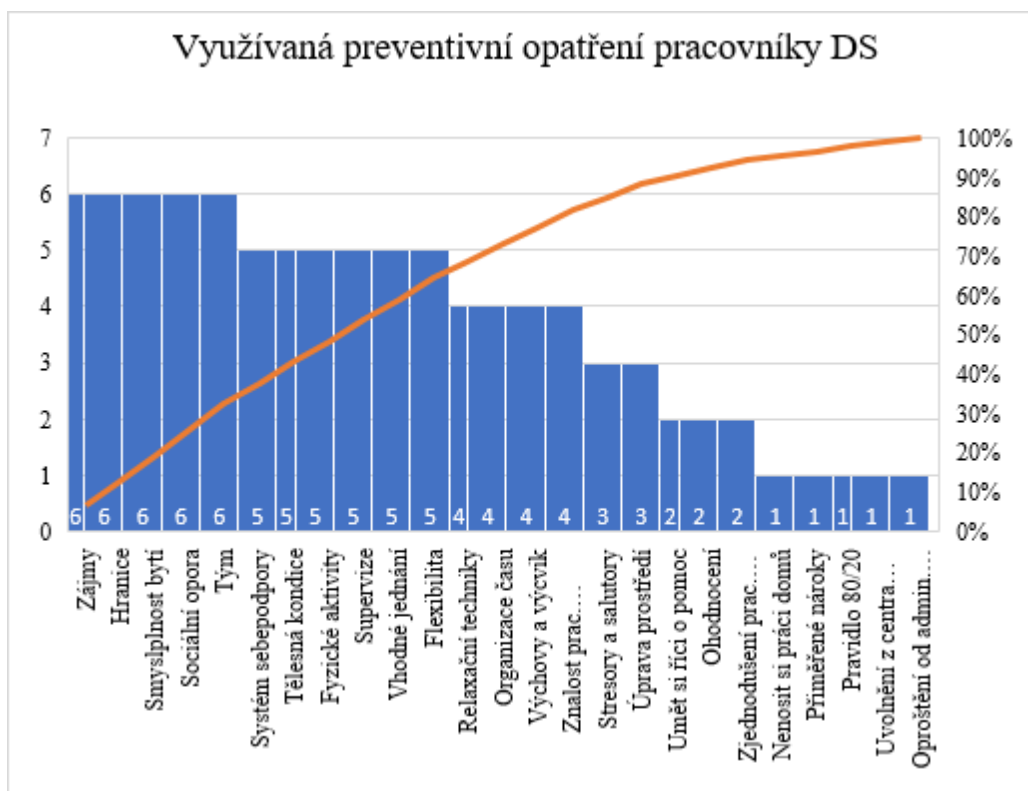
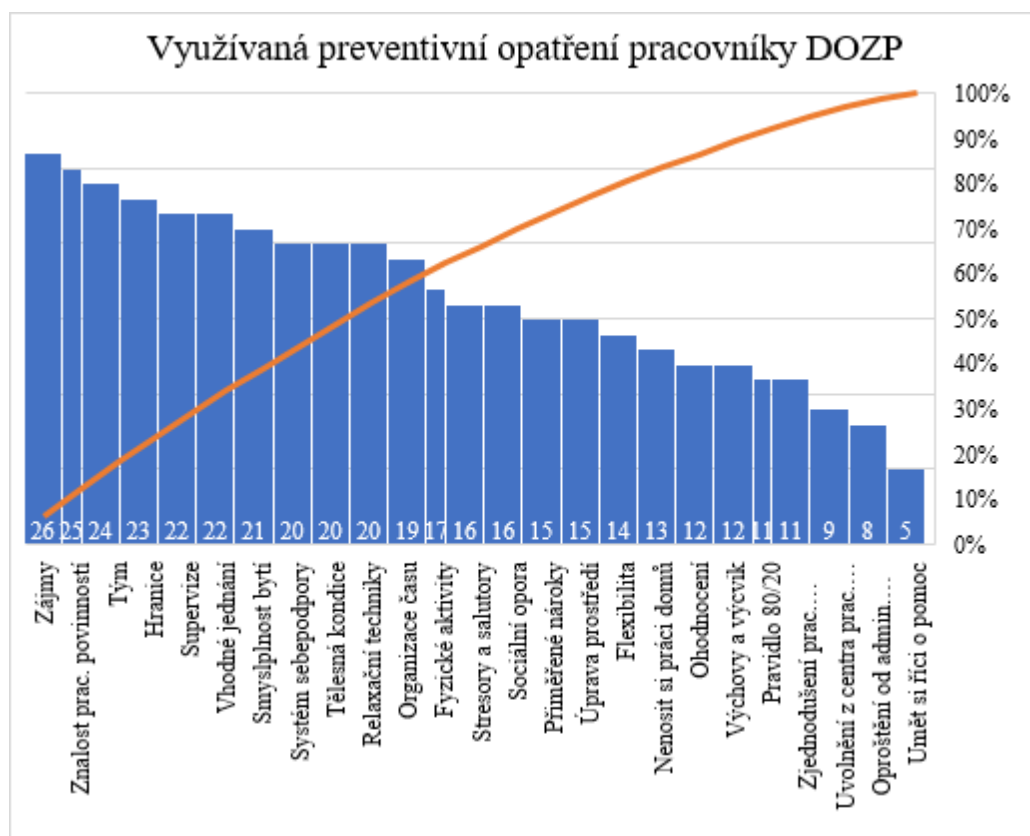
Druhým dílčím cílem bylo **zjistit a porovnat preventivní opatření u pracovníků sociálních služeb v rámci služeb denního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním postižením, podporovaného bydlení a chráněného bydlení**. Tento cíl byl analyzován na základě tabulky v dotazníku, která se zaměřovala na využívaná preventivní opatření. Porovnání proběhlo na základě otázky č. 1, která zjišťovala současné zaměstnání pracovníků a rozdělila je do čtyř služeb. Výsledky jsou zřejmé z tabulky pod textem, do které byla vepsána využívaná preventivní opatření u každé služby zvlášť. Pro lepší přehled dat byl

využit paretův graf, který znázorňuje u jednotlivé služby využívaná preventivní opatření v sestupném pořadí s kumulativní čarou na vedlejší ose vyjadřující procento celku.

Z analýzy vyplynulo, že 100 % pracovníků ve všech službách se v rámci prevence syndromu vyhoření věnuje *vlastním zájmům/koníčkům, které nesouvisí s prací*. Všichni pracovníci služeb DS, PSB a CHB se shodují na *stanovení a udržení si hranic s klienty na pracovišti a týmové spolupráci*. Další výsledky porovnání jsou uvedeny v tabulkách a grafech.

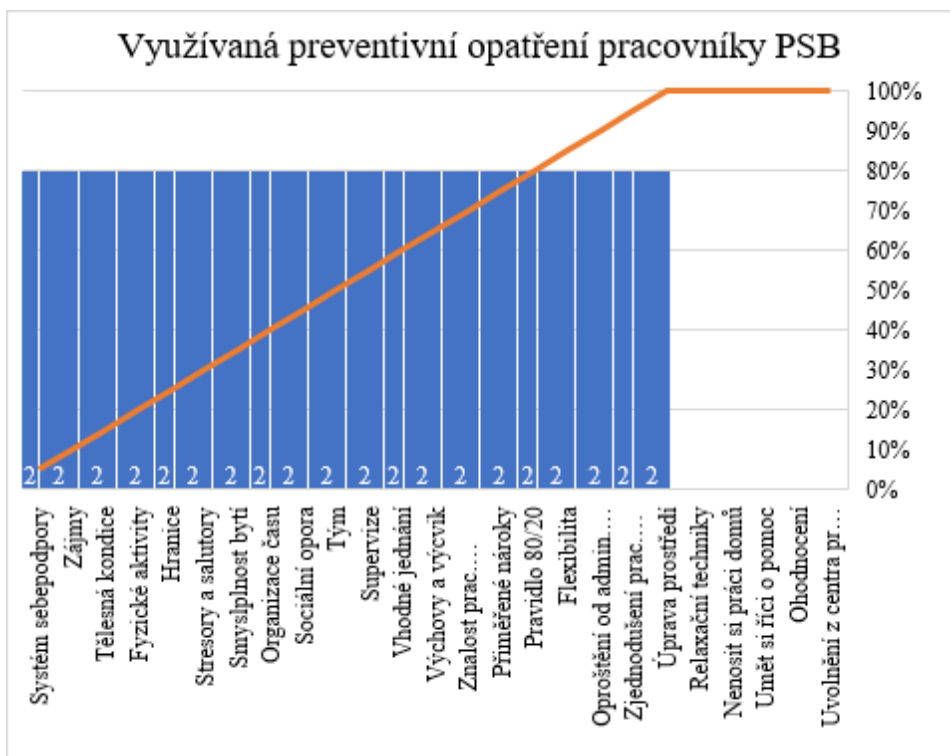
Druh opatření	DOZP		DS		PSB		CHB	
	počet N = 26	relativní četnost v %	počet N = 6	relativní četnost v %	počet N = 2	relativní četnost v %	počet N = 6	relativní četnost v %
Systém sebepodpory	20	77%	5	83%	2	100%	6	100%
Zájmy	26	100%	6	100%	2	100%	6	100%
Tělesná kondice	20	77%	5	83%	2	100%	5	83%
Fyzické aktivity	17	65%	5	83%	2	100%	5	83%
Relaxační techniky	20	77%	4	67%	0	0%	5	83%
Nenosit si práci domů	13	50%	1	17%	0	0%	3	50%
Umět si říci o pomoc	5	19%	2	33%	0	0%	1	17%
Hranice	23	88%	6	100%	2	100%	6	100%
Stresory a salutory	16	62%	3	50%	2	100%	2	33%
Smyslplnost bytí	21	81%	6	100%	2	100%	5	83%
Organizace času	19	73%	4	67%	2	100%	3	50%
Sociální opora	16	62%	6	100%	2	100%	3	50%
Tým	24	92%	6	100%	2	100%	6	100%
Ohodnocení	12	46%	2	33%	0	0%	1	17%
Supervize	22	85%	5	83%	2	100%	6	100%
Vhodné jednání	22	85%	5	83%	2	100%	6	100%
Výchovy a výcvik	12	46%	4	67%	2	100%	5	83%
Znalost prac. povinností	25	96%	4	67%	2	100%	6	100%
Přiměřené nároky	15	58%	1	17%	2	100%	1	17%
Pravidlo 80/20	11	42%	1	17%	2	100%	1	17%
Flexibilita	14	54%	5	83%	2	100%	2	33%
Uvolnění z centra prac. napětí	9	35%	1	17%	0	0%	0	0%
Oproštění od admin. balastu	8	31%	1	17%	2	100%	0	0%
Zjednodušení prac. postupů	11	42%	2	33%	2	100%	4	67%
Úprava prostředí	15	58%	3	50%	2	100%	6	100%

Tabulka 8.: Porovnání využívaných preventivních opatření u jednotlivých služeb



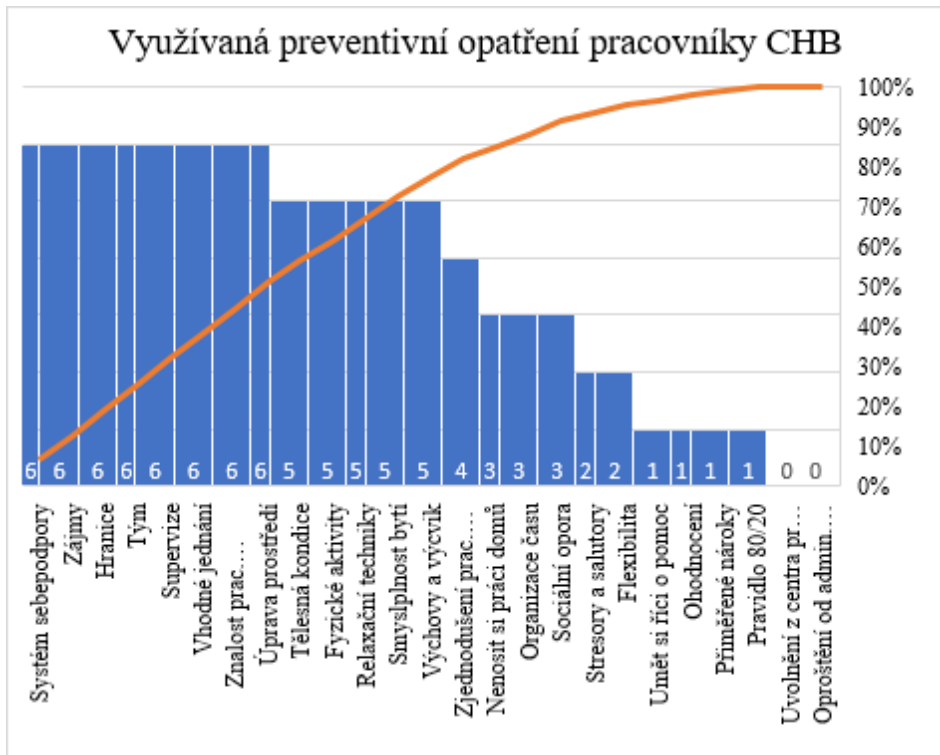
Graf 6.:
Využívaná preventivní opatření pracovníky DOZP

Graf
DS



7.: Využívaná preventivní opatření pracovníky

Graf
PSB



8.: Využívaná preventivní opatření pracovníky

Graf 9.: Využívaná preventivní opatření pracovníky CHB

5.2 Výsledky statistických hypotéz

Na základě studia odborné literatury a zpracované teoretické části diplomové práce byly stanoveny následné hypotézy. K vyhodnocení hypotéz byla využita data z dotazníku, který byl v rámci jedné organizace rozdán osobám pracujícím s dospělými lidmi s mentálním postižením. Nashromážděná data byla vyčištěna a vytříděna pomocí MS Excel, v programu STATISTICA kde byly prováděny všechny statistické výpočty. Ty byly následně vyhodnoceny pomocí Znaménkového testu pro závislé proměnné. Tento test se využívá pro vyhodnocení párových pokusů, jestliže danou veličinu nemůžeme přesně měřit. Ve výsledné analýze znamená hodnota označená červeně ($p < 0,05$) rozdíl, který je statisticky signifikantní neboli významný.

H₁: Pracovníci sociálních služeb užívají méně preventivních opatření, než považují za užitečné. Tato praktická hypotéza byla analyzována na základě porovnání tabulek shledávám užitečným a využívám. Z výzkumu se potvrdilo, že respondenti užívají méně preventivních opatření, než jich shledávají užitečnými. Na základě výsledků použitého znaménkového testu tuto hypotézu **přijímáme**. Skór získaný na škále shledávám x využívám se u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením liší od normy ($v < V = 3,02$, $Z = 17,04$, $p < 0,05000$).

Dvojice proměnných	Znaménkový test (Srovnání užitečnost x reálné využití) Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Počet různých	procent $v < V$	Z	p-hodn.
Shledávám & využívám	331	3,021148	17,03914	0,000000

Tabulka 9.: Srovnání reálného využití a shledávání užitečnosti preventivních opatření

H₂: Pracovníci sociálních služeb užívají více interních preventivních opatření, tedy osobních než externích. Tato hypotéza byla porovnána na základě tabulky dotazníku, která se zaměřovala na užívaná preventivní opatření, která byla rozdělena na interní a externí opatření. Z výzkumu se potvrdilo, že respondenti užívají více interních preventivních opatření než externích. Na základě výsledků použitého znaménkového testu tuto hypotézu **přijímáme**. Skór získaný na škále interní versus externí preventivní opatření se u respondentů liší od normy ($v < V = 41,44$, $Z = 2,23$, $p < 0,05000$).

Dvojice proměnných	Znaménkový test (Využívání externích a interních opatření) Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Počet různých	procent $v < V$	Z	p-hodn.
Interní & externí	181	41,43646	2,229882	0,025755

Tabulka 10.: Srovnání využití více interních preventivních opatření než externích

H₃: Pracovníci sociálních služeb shledávají užitečnějšími preventivní opatření na straně zaměstnavatele, tedy externí než interní. Tato hypotéza byla porovnána na základě tabulky v dotazníku, která se zaměřovala na shledávaná užitečná preventivní opatření, která byla rozdělena na interní a externí opatření. Z výzkumu se nepotvrdilo, že by respondenti shledávali více užitečnými preventivní opatření na straně zaměstnavatele než opatření osobní. Na základě výsledků hypotézu **zamítáme**.

Dvojice proměnných	Znaménkový test (Opatření – zaměstnavatel, zaměstnanec) Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Počet různých	procent $v < V$	Z	p-hodn.
Shledávám_int & shledávám_ext	48	39,58333	1,299038	0,193931

Tabulka 11.: Shledávání užitečnosti více externích preventivních opatření než interních

H₄: Pracovníci sociálních služeb pracující ve dvousměnném provozu užívají více preventivních opatření než ti, kteří pracují ve třísměnném provozu. Tato hypotéza byla porovnána na základě tabulky v dotazníku, která se zaměřovala na užívaná preventivní

opatření osobami pracujícími ve dvousměnném a třisměnném provozu. Z výzkumu se nepotvrdilo, že by jedni z respondentů užívali více preventivních opatření. Na základě výsledků hypotézu **zamítáme**.

Dvojice proměnných	Znaménkový test (Rozdíl mezi směny) Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Počet různých	procent $v < V$	Z	p-hodn.
Třisměnný & dvousměnný	35	54,28571	0,338062	0,735317

Tabulka 12.: Rozdíl při využívání preventivní opatření u různých směn

H₅: Pracovníci domova pro osoby se zdravotním postižením užívají méně preventivních opatření než ostatní služby (denní stacionář, chráněné bydlení podporované bydlení). Tato hypotéza byla porovnána na základě tabulky v dotazníku, která se zaměřovala na užívaná preventivní opatření pracovníky DOZP a ostatními službami. Z výzkumu se nepotvrdilo, že by pracovníci DOZP užívali více preventivních opatření než ostatní respondenti. Na základě výsledků hypotézu **zamítáme**.

Dvojice proměnných	Znaménkový test (Rozdíl mezi pracovními pozicemi) Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$			
	Počet různých	procent $v < V$	Z	p-hodn.
DOZP & ostatní	170	47,64706	0,536875	0,591354

Tabulka 13.: Rozdíl užívaných preventivních opatření u pracovníků jednotlivých služeb

Shrnutí

Diplomová práce pojednává o prevenci syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením. Teoretická část je rozdělena do tří kapitol. První kapitola je nejrozsáhlejší, jelikož se zabývá hlavním tématem práce. Vymezuje pojem syndrom vyhoření, rizikové faktory, které přispívají ke vzniku syndromu, projevy a příbuzné jevy, které je potřeba diferencovat. Popisuje a nabízí diagnostické metody, uvádí fáze procesu syndromu vyhoření a osoby, které nejčastěji postihuje. Poslední část první kapitoly nabízí řadu preventivních opatření na úrovni interní i externí, včetně užívaných strategií, a tím se stala jednou z nejdůležitějších v diplomové práci, jelikož již částečně plní stanovený cíl. Druhá kapitola teoretické části se zabývá definováním dospělých osob s mentálním postižením a specifikací jejich projevů, které poukazují na důvody zvýšeného rizika výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Poslední kapitola se zaměřuje na nároky kladené na osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením a kategorizování těchto pracovníků dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů pro účely výzkumu.

Výzkumná část se zabývá zjišťováním shledávaných užitečných a využívaných preventivních opatření, kterými se osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením chrání před výskytem syndromu vyhoření. Dále porovnává jednotlivá preventivní opatření u pracovníků poskytujících sociální služby dle zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Ke statistickému zpracování dat byl použit párový test pro závislé proměnné, konkrétně Znaménkový test. V rámci lepšího pochopení a interpretace výsledků byl vedle statistické analýzy proveden také rozbor jednotlivých odpovědí. Z důvodu povahy dat (párově závislé dichotomické proměnné) je diplomová práce zaměřena na srovnání relativních četností, které je uvedeno v procentech. Všechna data byla následně zpracována do přehledných tabulek a grafů, které reflektují jednotlivé výsledky výzkumu.

Data byla získána vyhodnocením odpovědí respondentů z dotazníku vlastní konstrukce. Tento vzorek pracovníků byl zvolen záměrným výběrem z důvodu naplnění stanovených kritérií. V souladu s nimi byla vybrána organizace, která poskytuje čtyři zařízení sociálních služeb dospělým osobám s mentálním postižením a zaměstnává pracovníky všech okruhů, které jsou vymezené v zákonu č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

V závěru diplomové práce je vypracován návod preventivních opatření pro osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením.

Závěr

Téma „Prevence syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením“ jsem si zvolila z důvodu vlastního zájmu o danou problematiku. Sama jsem stála na pokraji vyhoření, aniž bych si to uvědomovala. Má záchrana přišla za pět minut dvanáct se změnou pracoviště. Právě proto jsem se rozhodla pomoci lidem pracujícím v této profesi ujasnit si a zpřehlednit vizi o možném výskytu syndromu vyhoření, k čemuž by jim měla dopomoci teoretická část práce. Někteří autoři tvrdí, že jedinou možnou záchranou je změna zaměstnání. Dle mého názoru je však nejlepším možným přístupem chránit se od samého počátku nástupu do zaměstnání. K tomu je nezbytné mít dostatečné informace o fenoménu syndromu vyhoření a také znát nástroje sloužící k jeho předcházení.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaká preventivní opatření syndromu vyhoření a kterou jejich úroveň využívají osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením. Z 25 možných preventivních opatření, která byla respondentům předložena v dotazníku, vyplynulo využití všech, avšak v různé intenzitě. Všichni respondenti se shodli na využívání jediného preventivního opatření, a to věnování se vlastním zájmům/koníčkům, které vykonávají mimo pracovní dobu. Dle mých zkušeností s prací v sociálních službách také souhlasím s důležitostí tohoto opatření, které náležitě využívám. Zájmy jsou velmi vhodným nástrojem pro oproštění se od pracovních povinností. V pořadí dalším nejvyužívanějším opatřením je *týmová spolupráce*, která je důležitá nejen pro pracovníka, ale také pro zaměstnavatele. Ti by ji měli ve vlastním zájmu podporovat pro efektivnější práci a produktivitu pracovníků. Třetí zvolené opatření, na kterém se pracovníci v sociálních službách shodují, je *stanovení hranic s klienty na pracovišti*. Práce s osobami s mentálním postižením je velmi specifická a není jednoduchou záležitostí. Jak uvádí Matoušek (2013) hlavní riziko výskytu syndromu vyhoření přináší dlouhodobý styk s lidmi. Zvláště sociální pracovníci se dostávají do intenzivního kontaktu s klientelou, u které jsou potřeby akcentované, psychický stav je v nerovnováze a představa o přiměřené pomoci není vždy reálná. Nejasné vymezení hranic, přílišný soucit s druhými a přílišné prožívání všeho mohou brzy působit na člověka, který v důsledku toho snadno vyhoří. Při stanovení hranic jde o neustálý proces hledání optimální blízkosti a vzdálenosti. Právě ony nám preventivně pomáhají. Pro udržení si zdravého já a možné dlouhodobé práce s lidmi s mentálním postižením je právě stanovení oné hranice důležitou součástí prevence. Mezi další zvolená opatření, která využívá nejvíce pracovníků, patří *znalost pracovních povinností a očekávání, která budou na pracovní pozici kladeny*. Jedno z nejznámějších opatření, mezi které řadíme

supervizi, se ve využívání umístilo na čtvrtém místě. Dříve nebyla supervize často poskytovaná, změna v tomto ohledu nastala v důsledku uzákonění povinnosti poskytování této služby. Z vlastních zkušeností soudím, že je tato metoda velmi nápomocnou při ochraně proti syndromu vyhoření. Je však třeba podotknout, že není jedinou, jak se často pracovníci v sociálních službách mylně domnívají. Zbývající přehled využívaných preventivních opatření je uveden v sestupném pořadí v kapitole 5.1. V neposlední řadě je vhodné uvést ta opatření, která jsou nejméně využívána. Z dotazníku vyplynulo, že mezi ně patří *oproštění od administrativního balastu*, *uvolnění z centra pracovního napětí a umět si říci o pomoc*. Poslední výše zmíněné opatření užívá pouze 8 respondentů. Druhá část cíle se zaměřila na vyhodnocení více užívané úrovně preventivního opatření. Z analýzy vyplynulo, že většina pracovníků využívá úroveň interní, tedy ta opatření, která si vytváří sama. Toto zjištění si můžete ověřit v přehledném grafu č. 5, který ukazuje sestupné pořadí využívaných opatření. Můžeme se pouze domnívat, proč tomu tak je. Jedná se o zajímavý námět na možný další budoucí výzkum. Ten by mohl probíhat ve více zařízeních a potvrdit či vyvrátit tento výsledek.

Dílčím cílem bylo porovnat užívaná preventivní opatření s těmi, která považují osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením za užitečná v případě možného výskytu syndromu vyhoření. Z analýzy vyplynulo, že průměrně 94 % opatření je pracovníky shledáváno užitečnými, ale pouze 64 % opatření je reálně využíváno. Je zde tedy patrný 30 % rozdíl. Největší nepoměr mezi shledávaným užitečným a využívaným opatřením vyplynul u opatření *umět si říci o pomoc*. 88 % respondentů shledává toto opatření užitečným, ale pouze 20 % z nich ho využívá. Je otázkou, proč se tímto pravidlem neřídí, když jej shledávají užitečným. Odpovědi může být například strach z prosby jiného o pomoc či pocit vlastní slabosti v případě takové prosby. Také je možné, že pracovník v konkrétní situaci neví, na koho se má obrátit. Podobně tomu je u *uvolnění z centra pracovního napětí* a *oproštění od administrativního balastu*, kde se nachází 61 % rozdíl mezi využíváním a shledáváním těchto opatření užitečnými. Další zajímavou hodnotou je rozdíl 54 % u interního opatření *nenosit si práci domů*. I zde se lze pozastavit a zamyslet nad nevyužíváním tohoto opatření. Jde o neumožnění či nechtění? Pokud nahlédneme do příslušné tabulky č. 7 a na výše vypsána opatření, můžeme se domnívat, že většina z nich patří mezi externí opatření. Dozajista by bylo zajímavé se tímto výzkumem zabývat i nadále ve spojitosti s předešlým námětem na další výzkumnou práci.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit a porovnat užívaná preventivní opatření u pracovníků sociálních služeb v rámci služeb denního stacionáře, domova pro osoby se zdravotním

postižením, podporovaného bydlení a chráněného bydlení. Vzhledem k výběru výzkumného vzorku se naskytla příležitost zjistit a porovnat užívaná opatření u různých sociálních služeb a vyzkoumat tak, zda jejich zaměstnanci k ochraně proti syndromu vyhoření využívají rozdílná opatření či nikoliv. Všechna využívaná opatření u pracovníků jednotlivých služeb je možné dohledat v tabulce č. 8. Z výzkumu vyplynula široká škála užívaných opatření. Grafy č. 6 - 9 přehledně ukazují, že čím více zaměstnanců v daném zařízení pracuje, tím se úměrně zvyšuje množství využívaných ochranných prostředků proti syndromu vyhoření.

Na základě studia odborné literatury a zpracované teoretické části diplomové práce byly stanoveny hypotézy, které byly na základě analýzy dat buď potvrzeny či vyvráceny. Výzkum potvrdil, že respondenti užívají méně preventivních opatření, než jich shledávají užitečnými. Také byla potvrzena hypotéza, že pracovníci sociálních služeb užívají více interních preventivních opatření (osobních), než externích. Třetí hypotéza byla vyvrácena. Nepotvrdilo se, že by pracovníci sociálních služeb shledávali užitečnějšími preventivní opatření na straně zaměstnavatele, tedy externí před interními. Stejně tak se nepotvrdilo, že by osoby pracující ve dvousměnném provozu užívaly více preventivních opatření, než osoby pracující ve třisměnném provozu. Také poslední hypotéza, která se zaměřila na méně užívaná preventivní opatření u pracovníků pracujících v DOZP byla na základě statistické analýzy vyvrácena.

Syndromem vyhoření a jeho prevencí se zabývala již řada prací. Ovšem tato práce je specifická v tom, že se zaměřuje na vymezení všech možných preventivních opatření. Ne každý dokáže nalézt spojitost preventivních opatření, která by mohl využít nebo možná dokonce již využívá, s případným možným nástupem vyhoření. Zvláště u pomáhajících profesí je důležité se touto složkou zabývat a nemyslet si, že sem řadíme pouze supervizi, která se zdá mnohým neúčinná. Pro pracovníky všech profesí je důležité si uvědomit, které strategie je možné využít, a to jak v rovině osobní, tak také ty, které může nabídnout zaměstnavatel. Ne všechna externí preventivní opatření může zaměstnanec využít či ovlivnit, ale zaměstnavatel jimi může přispět k lepší pracovní atmosféře. Prevenci syndromu vyhoření tak nelze označit pouze za záležitost pracovníka. Je důležité zaměřit se na ni jako na celek a využívat všechny její nabízené možnosti.

Konečným výsledkem diplomové práce bylo vytvořit jakýsi širší návod pro prevenci syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. Možný návod se nabízí již v teoretické části a dotazníku, který vedl ke zjišťování cíle této práce.

Návod preventivního opatření proti syndromu vyhoření pro zaměstnance.

- Vytvořte si vlastní zdravý systém sebedopory! Naučte se pečovat sám o sebe, odměňte se něčím, co je vám příjemné např. odpočinkem, masáží, koupelí, návštěvou. Udělejte si radost.
- Nezapomínejte na svůj osobní život! Obohacujte jej zájmy/koníčky.
- Udržujte se v dobré tělesné kondici! Odpočívejte, když jste unavený, naslouchejte potřebám svého těla. Pokud cítíte, že potřebujete odpočinek odložte práci a dopřejte si jej.
- Pokud jste milovníkem sportu, sportujte! 20 minut 2-3 x týdně fyzické aktivity snižuje stres, umožňuje ventilovat nahromaděné napětí, zvyšuje endorfiny, které přináší pocit štěstí.
- Relaxujte! Relaxace pomáhá rychle navodit stav tělesného i psychického uvolnění. Vhodná je jóga, autogenní trénink, Jacobsonova metoda uvolňování svalů, dechová cvičení, poslech relaxační hudby a další.
- Humor a smích jsou nejlepší relaxační metodou a silným prostředkem proti stresu!
- Najděte svůj smysl života! Mějte stanovené krátkodobé i dlouhodobé cíle, najděte své priority a občas je přehodnoťte.
- Mějte svou sociální oporu! Podpůrný okruh přátel, na které se můžete spolehnout.
- Nenoste si práci domů! Najděte si rituál, kterým zahájíte a ukončíte pracovní proces.
- Udržujte si své hranice na pracovišti! Mít jasné hranice, respektovat je u sebe i druhých znamená být dobrým pomocníkem a průvodcem.
- Najděte rovnováhu mezi výdejem a ziskem! Uberte některé z aktivit nebo část práce delegujte na druhé. Zvyšujte salutory mezi, které je možné řadit relaxaci, relaxační cvičení, posílení vlastní nezdolnosti a další.
- Zjistěte si své pracovní povinnosti a očekávání, která mohou být na vaši pracovní pozici kladeny!
- Naučte se zorganizovat svůj čas! Určete si své priority!
- Řiďte se pravidlem 80/20! Pomůže vám k redukci každodenních činností, které ubírají čas a nepřinášejí téměř žádný výsledek.
- Pamatujte na svá omezení!
- Podporujte týmovou spolupráci na pracovišti!
- Využívejte možnost nabízené supervize!
- Upravte si pracovní prostředí dle svého vkusu, tak aby vytvářelo příjemnou atmosféru na pracovišti.
- Pokud vaši práci nikdo neocení, naučte se to sami!

- Pokud vaše síly nestačí, řekněte si o pomoc!
- Nebojte se promluvit si s nadřízeným o možné změně!
- Pokud je vaše situace neúnosná nebojte se změny zaměstnání!

Návod pro zaměstnavatele, kteří mohou vymezeným preventivním opatřením přispět k ochraně proti syndromu vyhoření svých zaměstnanců.

- Jednejte vhodně s podřízenými! Pořádejte pravidelné schůze, jednejte se zaměstnanci narovinu, bez podezřívání, sdělujte jim dlouhodobé záměry, seznamujte je s plány. Buďte jejich vzorem morálních zásad.
- Buďte přesvědčeni o tom, že zaměstnanci jsou pro vás tou nejlepší investicí! Zajímejte se o jejich potřeby, problémy, ambice i starosti. Rozvíjejte potenciál pracovníků, nabídněte jim možnost regenerace formou regeneračních programů, racionální rozpis služeb.
- Ohodnoťte práci vašich zaměstnanců! Projevujte zaměstnancům úctu a váženost za jejich odvedenou práci.
- Zajistěte zaměstnancům možnost výchovy a výcviku zaměřený na minimalizování psychického vyčerpání!
- Nabízejte zaměstnancům možnost využití supervize!
- Zaměstnanec by měl znát své povinnosti a očekávání, která budou na jeho pracovní pozici kladeny.
- Na zaměstnance by měli být z vaší strany kladeny přiměřené nároky vzhledem k možnostem jejich realizace.
- Chraňte zaměstnance před administrativní únavou! Oprostěte zaměstnance od příliš mnoho zbytečné administrativní práce.
- Zjednodušte příliš složité pracovní postupy!
- Snažte se být vůči zaměstnancům flexibilní! Naslouchejte jim, v případě nutnosti jim umožněte změnu, aby míra spokojenosti podřízených byla co nejvyšší.
- Občas je potřeba uvolnit zaměstnance z centra napětí! Jedná se o umožnění mimořádné dovolené na zotavení či zvláštní místnosti na pracovišti, která by sloužila jako útočiště proti zátěži pracovníků.
- Podporujte týmovou spolupráci mezi zaměstnanci! Patří k základním podmínkám efektivní práce a podporuje úspěšnost a produktivitu pracovníků.
- Upravte prostředí, tak aby vytvářelo příjemnou atmosféru na pracovišti.

Pokud je nějaký z uvedených bodů nesrozumitelný, stačí přejít do kapitoly 1.7, kde jsou podrobně vysvětleny.

Závěrem bych ráda všem pracovníkům pomáhajících profesí doporučila čas od času se zastavit a zeptat se sám sebe, zda je má práce tím, čemu se chci v životě věnovat a zda mě činí šťastným.

Seznam použitých zkratek

BM Burnout Measure

BMI Maslach Burnout Inventory

DOZP domov pro osoby se zdravotním postižením

DP depersonalizaci

DS denní stacionář

DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders

EE emocionální vyčerpání

EU OSHA Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví

GAS Genereal Adaptation Syndrom

CHB chráněné bydlení

PA snížený pracovní výkon

PSB podpora samostatného bydlení

TS týdenní stacionář

Seznam použité literatury

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV*. 4. ed., 4. print. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1995. ISBN 0890420610.
- BARTOŠÍKOVÁ, Ivana. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. ISBN 8070134399.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003, 420 s. ISBN 80-7178-735-3.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 265 s. ISBN 978-80-247-1369-4.
- CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. ISBN 978-80-7454-553-5.
- HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 9788026208730.
- HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
- JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
- KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 8071695513.
- LEČBYCH, Martin. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-24420714.
- MAROON, Istifan. AUS DEM ENGL. ÜBERS. VON GEORGETTE LIEDTKE. *Burnout bei Sozialarbeitern: Theorie und Interventionsperspektiven*. Hildesheim: Olms, 2008. ISBN 9783487137018.
- MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026201809.

- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073673680.
- Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10: desátá revize : aktualizovaná druhá verze k 1.1.2009*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Bomton Agency, 2008-. ISBN 978-80-904259-0-3.
- PINES, Ayala a Elliot ARONSON. *Career burnout: causes and cures*. New York: Free Press, 1989. ISBN 9780029253533.
- POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. ISBN 9788026601616.
- PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-73675820.
- PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.
- RUSH, Myron. *Burnout: practical help for lives under pressure*. Wheaton: Scripture Press, 1987. ISBN 9780946515974.
- RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 8072550748.
- STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 9788024735535.
- STOCK, Christian. *Burnout erkennen und verhindern*. [Online-Ausg.]. Freiburg, Br: Haufe, 2010. ISBN 9783448101454.
- SVOBODA, Pavel. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3068-3.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-73678890.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-02257.
- VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-73201876.
- VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. Psyché (Grada). ISBN 978-80-24738291.

VAŠEK, Štefan a KOLEKTIV. *Špeciálna pedagogika: terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1994. ISBN 800801217X.

VODÁČKOVÁ, Daniela. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 9788026202127.

Legislativa

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006, o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

ČESKO. Zákon č. 126/2016 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie a některých příslušníků jiných států a o změně některých zákonů (zákon o uznávání odborné kvalifikace), ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

ČESKO. Zákon č. 379/2015 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci, 2013. Průvodce kampaní: Řízení stresu a psychosociálních rizik při práci [online]. Lucemburk: Úřad pro publikace Evropské unie, 2013 [vid. 14. dubna 2017]. ISBN 978-92-9240-396-6. Dostupné z: https://www.healthy-workplaces.eu/cs/campaign-material/introducing-the-campaignguide/te0213252csc_w.pdf

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1.: Současné zaměstnání respondentů	45
Tabulka 2.: Směnný provoz respondentů.....	46
Tabulka 3.: Pracovní pozice respondentů	47
Tabulka 4.: Využívaná preventivní opatření	50
Tabulka 5.: Využívaná interní preventivní opatření pracovníky	52
Tabulka 6.: Využívaná externí preventivní opatření pracovníky	52
Tabulka 7.: Porovnání využívaných a sledovaných užitečných preventivních opatření pracovníky	54
Tabulka 8.: Porovnání využívaných preventivních opatření u jednotlivých služeb	55
Tabulka 9.: Srovnání reálného využití a sledování užitečnosti preventivních opatření.....	58
Tabulka 10.: Srovnání využití více interních preventivních opatření než externích	59
Tabulka 11.: Sledování užitečnosti více externích preventivních opatření než interních	59
Tabulka 12.: Rozdíl při využívání preventivní opatření u různých směn	60
Tabulka 13.: Rozdíl užívaných preventivních opatření u pracovníků jednotlivých služeb	60
Graf 1.: Současné zaměstnání respondentů	45
Graf 2.: Směnný provoz respondentů	46
Graf 3.: Pracovní pozice respondentů	48
Graf 4.: Využívaná preventivní opatření.....	51
Graf 5.: Porovnání využitých preventivních opatření na interní a externí úrovni	53
Graf 6.: Využívaná preventivní opatření pracovníky DOZP	56
Graf 7.: Využívaná preventivní opatření pracovníky DS.....	57
Graf 8.: Využívaná preventivní opatření pracovníky PSB.....	57
Graf 9.: Využívaná preventivní opatření pracovníky CHB.....	58

Seznam příloh

Příloha č. 1: Orientační dotazník

Příloha č. 2: Dotazník Burnout Measure

Příloha č. 3: Metoda Maslach Burnout Inventory

Příloha č. 4: Dotazník

Orientační dotazník

Odpovězte na následující soubor otázek a tvrzení souhlasně („ano“) nebo nesouhlasně („ne“).

1. Stále častěji se nemohu dočkat konce pracovní doby.
2. V poslední době mám pocit, že nedělám nic tak dobře, jak mám.
3. Snáze ztrácím klid než dříve.
4. Častěji pomyslím na změnu práce (pracoviště, zaměstnání apod.)
5. V poslední době mám ke všemu stále cyničtější a negativnější postoj.
6. Bolesti hlavy mě trápí stále častěji nebo déle. Bolí mě v kříži nebo mně není tělesně dobře z jiných důvodů.
7. Často se mi připadá, že lidem kolem mne o nic nejde, a cítím se beznadějně.
8. Abych se cítil lépe a zvládal drobné stresové situace, častěji piji alkohol a (nebo) si беру prášky na spaní, na dobrou náladu či uklidnění.
9. Cítím, že už nemám tolik nadšení a energie jako dříve. Cítím se pořád unavený a vyčerpaný.
10. V práci cítím příliš velkou odpovědnost, tlak a napětí.
11. Má paměť se oproti dřívějšímu zhoršila.
12. Hůře než dříve se soustředím na práci.
13. Moc dobře nespím.
14. V poslední době se mi zhoršila chuť k jídlu, nebo naopak se mi zdá, že jím více než dřív.
15. Cítím, že jsem ztratil iluze – cítím nedostatek podnětů, pro které bych se mohl nadchnout.
16. Práce mi už nejde tak jako dříve. Pracuji méně kvalitně nebo pomaleji.
17. Připadá mi, že nic z toho, co v práci dělám, za moc nestojí.
18. Rozhoduji se obtížněji než dříve.

19. Zjišťuji, že v zaměstnání stihnu méně práce a v nižší kvalitě než dříve.
20. Často si kladu otázku, proč to všechno dělám. Vždyť je všechno k ničemu.
21. Mám pocit, že jsem za práci málo oceňován a odměňován.
22. Cítím se bezmocný a nevím, jak vyřešit problémy, které mám.
23. Ve vztahu k mé práci mi lidé říkají, že jsem idealista – snažím se prý dosáhnout něčeho, co vlastně neexistuje.
24. Domnívám se, že moje kariéra uvázla na mrtvém bodě.

Většina kladných odpovědí naznačuje možný nástup či rozvoj syndromu vyhoření a napovídá, že by se diagnostikovaný měl začít věnovat určitým opatřením. Zdroj: Křivohlavý (1998)

Dotazník Burnout Measure

Upřímně prosím odpovězte na následující otázky a svým odpovědím přiřaďte bodové hodnoty podle následujícího klíče:

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

Jak často míváte následující pocity a zkušenosti?

1. Byl jsem unaven.
2. Byl jsem v depresi.
3. Prožil jsem krásný den.
4. Byl jsem tělesně vyčerpaný.
5. Byl jsem citově vyčerpaný.
6. Byl jsem šťastný.
7. Cítil jsem se vyřízený.
8. Nemohl jsem se vzchopit.
9. Byl jsem nešťastný.
10. Cítil jsem se uhoněný (utahaný).
11. Cítil jsem se jakoby v pasti.
12. Cítil jsem se jako nula.
13. Cítil jsem se utrápený.
14. Tížily mě starosti.
15. Cítil jsem se zklamaný a rozčarovaný.
16. Byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění.
17. Cítil jsem se beznadějně.
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.
19. Cítil jsem se pln optimismu.
20. Cítil jsem se pln energie.
21. Byl jsem plný úzkosti a obav.

Bodové vyhodnocení dotazníku:

Vypočítejte položku A součtem hodnot u otázek číslo:

1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21. 2.

Vypočítejte položku B součtem hodnot, které jste uvedli u otázek číslo:

3, 6, 19 a 20.

Vypočítejte položku C a to tak, že odečtete od hodnoty 32 položku B:

$$C = 32 - B$$

Vypočítejte položku D součtem hodnot A a C

$$D = A + C$$

Vypočítejte celkové skóre BQ a to tak, že položku D vydělíte číslem 21

$$BM = D : 21$$

Vyhodnocení významu bodových hodnot:

$BM \leq 2,0$ dobrý výsledek

$2,0 < BM \leq 3,0$ uspokojivý výsledek

$3,0 < BM \leq 4,0$ doporučuje se zamyslet se nad životem a prací, ujasnit si žebříček hodnot

$4,0 < BM \leq 5,0$ přítomnost syndromu vyhoření je prokázána, doporučuje se podniknout určitá opatření, například obrátit se na psychoterapeuta s kvalifikací pro logoterapii či existencionální terapii

$5,0 < BM$ havarijní signál, který ukazuje výskyt syndromu vyhoření, doporučuje se okamžitě obrátit na klinického psychologa nebo psychoterapeuta.

Zdroj: Křivohlavý (1998)

Metoda Maslach Burnout Inventory

Dotazník obsahuje 22 výroků, ke kterým do vyznačených polí doplňte četnost výskytu těchto pocitů, které prožíváte. Četnost doplňte dle níže uvedené sedmibodové škály.

Četnost pocitů:

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

1	Práce mne citově vysává	
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil	
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a	
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů	
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi	
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.	
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů	
8	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce	
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.	
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem	
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým	
12	Mám stále hodně energie	
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení	
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává	

15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty	
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres	
17	Dovedu u svých klientů vyvolat uvolněnou atmosféru	
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty	
19	Za roky své práce jsem byl úspěšný a udělal/a hodně dobrého	
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil	
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.	
22	Cítím, že klienti mi přičítají některé své problémy	

Vyhodnocení dotazníku

Vyhodnocení spočívání v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách. MBI ve výsledku měří úroveň vyhoření ve třech stupních – vysoký, mírný a nízký. Při interpretaci výsledku odpovídá vyšší skóre vyšší míře pocitu vyhaslosti (Křivohlavý 2012, s. 54-56).

Stupeň emocionálního vyčerpání EE

Nízký 0 - 16

průměrná hodnota = 19,0

Mírný 17 - 26

Vysoký 27 a více = **vyhoření!**

Stupeň depersonalizace DP

Nízký 0 - 6

průměrná hodnota = 6,6

Mírný 7 - 12

Vysoký 13 a více = **vyhoření!**

Stupeň osobního uspokojení PA

Vysoký 39 a více

Mírný 38 - 32

průměrná hodnota = 36,8

Nízký 31 - 0 = **vyhoření!**

Normativní (průměrné) hodnoty uvedené v tabulce jsou získány ze studie:

Publisher, Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, CA 94303 from MBI-Human Services Survey by Christina Maslach and Susan E. Jackson. Copyright 1996 by Consulting Psychologists Press.

Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás tímto oslovila a požádala o pomoc při výzkumu diplomové práce, která se zabývá prevencí syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením.

Výzkumem této práce bych ráda upozornila na nebezpečí výskytu syndromu vyhoření a vytvořila jakýsi širší návod preventivních opatření u pracovníků v sociálních službách. Je na místě uvést, že se tato práce nebude zabývat pouze supervizí, jak tomu často bývá, ale nabídne širší pohled do této důležité oblasti.

Dotazník se skládá ze dvou částí. První část se zabývá otázkami Vašeho nynějšího zaměstnání. Odpovědi budou sloužit k porovnání využívaných preventivních opatření vzhledem k pracovištím, ve kterých se nacházíte. Druhá část se zabývá samotným cílem diplomové práce a zjišťuje Vámi užívaná preventivní opatření, která budou porovnána s Vašimi názory o užitečných preventivních opatřeních.

Ráda bych Vám tímto způsobem pomohla najít taková preventivní opatření, která přispějí k možnosti naplno se věnovat poslání, jež jste si zvolili.

Výsledek výzkumu bude rozeslán v případě zájmu na Vámi zvolenou e-mailovou adresu.

Předem děkuji za Vaši ochotu

Přeji barevné dny

Veronika Jungová

Studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého, nav. Mgr. studia oboru speciální pedagogiky – andragogika

1. Současné zaměstnání
 - a) domov pro osoby se zdravotním postižením
 - b) denní stacionáři
 - c) podporovaném bydlení
 - d) chráněním bydlení

2. Pracujete na
 - a) dvousměnný provoz (12 hodin)
 - b) třisměnný provoz (8 hodin)
 - c) jednosměnný (8 hodin)

3. Vaše pracovní pozice

a) vedoucí služby	b) sociální pracovník	c) vychovatel
d) pracovník v přímé péči	e) zdravotnický personál	f) jiná

Preventivní opatření syndromu vyhoření

Zakřížkujte prosím do příslušných polí, jaká preventivní opatření shledáváte užitečná pro předcházení syndromu vyhoření (tabulka vlevo) a do druhé tabulky (vpravo) označte, která preventivní opatření využíváte vy sami nebo váš zaměstnavatel vůči vám.

Shledávám:			Využívám:	
užitečným	neúžitečným		ano	ne
		vytvářet vlastní zdravý systém sebepodpory péče o sebe (odpočinek, masáže, koupel, návštěva u kadeřníka, jakákoliv odměna, která nám udělá radost...)		
		věnovat se vlastním zájmům/koníčkům, které nesouvisí s prací		

		udržovat se v dobré tělesné kondici (zdravá životospráva, pohybová aktivita, dostatek spánku)		
		věnovat se fyzickým aktivitám ve volném čase (plavání, nordic walking....)		
		využívat relaxační techniky (jóga, dechová cvičení, poslech relaxační hudby, humor, smích...)		
		nenosit si práci domů, stihnout úkoly během pracovní doby		
		umět si říci o pomoc, pokud síly nestačí (vyhledání odborníka např. psychoterapeuta, který mi pomůže v porozumění a rozpoznání problému)		
		stanovit si a udržet hranice s klienty na pracovišti		
		rovnováha mezi výdejem a ziskem/stresory a salutory (pokud se u mě nachází více stresorů, musím ubrat některé aktivity nebo je přenést na někoho jiného a zvyšovat salutory např. relaxací)		
		smysluplnost bytí (mít v životě i zaměstnání stanovené krátkodobé i dlouhodobé cíle a směřovat k nim)		
		dobře zorganizovaný čas v zaměstnání i osobním životě (time management - stanovení prioritních aktivit, plánování dne, odříkat nebo přenášet nedůležitou práci na kolegy)		
		sociální opora v životě (člověk, na kterého se mohu spolehnout, je mou emocionální oporou)		

		týmová spolupráce (dobrý kolektiv, podpora ze strany kolegů, důvěrná atmosféra)		
		supervize poskytovaná zaměstnavatelem		
		vhodné jednání vedoucích pracovníků s podřízenými (pravidelné setkávání, harmonizování vztahů na pracovišti, upřímnost vedoucího pracovníka, sdělování dlouhodobých záměrů...)		
		kladné hodnocení zaměstnanců zaměstnavateli (finanční, slovní, zvláštní odměna, pracovní postup...)		
		zajištění výchovy a výcviku, zaměřené na minimalizování psychického vyčerpání (kurzy o problematice syndromu vyhoření, vzdělávací aktivity)		
		znalost pracovních povinností a očekávání, která budou na pracovní pozici kladeny		
		zajištění přiměřených nároků požadované práce a kompetence vzhledem k možnostem realizace ze strany zaměstnavatele (abychom se vyvarovali přetěžování zaměstnanců)		
		využití pravidla 80/20 (80% úspěchu vychází z 20% aktivity, proto upouštíme od činností, které nám mnoho nepřinášejí)		
		flexibilita ze strany organizace (respektování specifických potřeb, umožnění změny pracovní pozice v případě nutnosti, výběr klientů, práce s nimi....)		

		uvolnění z centra pracovního napětí (mimořádná dovolená, relaxační místnost pro zaměstnance na pracovišti)		
		oproštění od administrativního balastu (příliš mnoho zbytečné administrativní práce)		
		zjednodušení příliš složitých pracovních postupů ze strany zaměstnavatele		
		úprava prostředí (klidné prostředí s vhodnými světelnými, tepelnými podmínkami...)		

Sem prosím doplňte Vaši e-mailovou adresu, v případě, že chcete zaslat výsledek práce.

.....

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Veronika Jungová
Katedra:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková Ph. D.
Rok obhajoby:	2017

Název práce:	Prevence syndromu vyhoření u osob pracujících s dospělými lidmi s mentálním postižením.
Název v angličtině:	Prevention of burnout syndrome at people working with adult people with mental disabilities.
Anotace práce:	<p>Teoretická část diplomové práce je rozdělena do tří kapitol. První kapitola vymezuje syndrom vyhoření, rizikové faktory, které přispívají ke vzniku syndromu, projevy, příbuzné jevy, které je potřeba diferencovat, popisuje a nabízí diagnostické metody, uvádí fáze procesu syndromu vyhoření a osoby, které nejčastěji postihuje. Dále nabízí všechna preventivní opatření na úrovni interní i externí včetně užívaných strategií. Druhá kapitola teoretické části se zabývá definováním dospělých osob s mentálním postižením a specifikací jejich projevů, které poukazují na důvody zvýšeného rizika výskytu syndromu vyhoření u pomáhajících profesí. Poslední kapitola se zaměřuje na nároky, kladené na osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením a kategorizování těchto pracovníků dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů pro účely výzkumu. Druhá část diplomové práce se zabývá samotným výzkumem. Blíže popisuje využití výzkumné metody, charakteristiku výzkumného vzorku, metodu statistického zpracování výzkumných dat a samotné šetření. Závěrečná práce je věnována vypracování jakéhosi širšího návodu preventivních opatření pro osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením.</p>
Klíčová slova:	Syndrom vyhoření, prevence syndromu vyhoření, osoby pracující s dospělými lidmi s mentálním postižením, dospělí lidé s mentálním postižením

Anotace v angličtině:	The theoretical part of the dissertation is divided into three chapters. The first chapter defines burnout syndrome, risk factors that contribute to the development of syndrome, symptoms, related phenomena that need to be differentiated. It also describes and offers diagnostic methods, presents the phases of the burnout syndrome process and the most frequently affected persons. It also offers all internal and external preventive measures, including strategies that are used. The second chapter of the theoretical parts deals with the definition of adults with mental disabilities and the specification of their manifestations which point to the reasons for the increased risk of burnout syndrome in assisting professions. The last chapter deals with the requirements for persons working with adults with mental disabilities and the categorization of these workers according to act No. 108/2006 Coll., About social services, as subsequently amended for research purposes. The second part of the dissertation deals with the research itself. It describes the use of research methods, characteristics of the research sample, methods of statistical processing data from research and the investigation. The final work is devoted to the preparation of various instructions for people working with adult people with mental disabilities.
Klíčová slova v angličtině:	Burnout syndrome, Prevention of burnout syndrome, adults with mental disabilities, adults with mental disabilities.
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1.: Orientační dotazník Příloha č. 2.: Dotazník Burnout Measure Příloha č. 3.: Metoda Maslach Burnout Inventory Příloha č. 4.: Dotazník
Rozsah práce:	72
Jazyk práce:	Český jazyk