

Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta tělesné kultury



Fakulta
tělesné kultury

SYNDROM VYHOŘENÍ U RODIČŮ DĚTÍ S POSTIŽENÍM

Diplomová práce

Autor: Bc. Renáta Kratochvílová

Studijní program: Aplikované pohybové aktivity

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová Ph.D.

Olomouc 2024

Bibliografická identifikace

Jméno autora: Bc. Renáta Kratochvílová
Název práce: Syndrom vyhoření u rodičů dětí s postižením

Vedoucí práce: Mgr. Julie Wittmannová Ph.D.
Pracoviště: Katedra aplikovaných pohybových aktivit
Rok obhajoby: 2024

Abstrakt:

Diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u rodičů dětí s postižením. Cílem práce bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření, a zda faktory (věk dítěte, druh postižení, čas na zájmy, životní spokojenost apod.) mají souvislost se vznikem syndromu vyhoření. Práce je rozdělena na dvě části. První část je teoretická a vymezuje problematiku syndromu vyhoření, a problematiku rodiny s dítětem s postižením. V druhé, praktické části jsou popsány výsledky dotazníkového šetření, kterého se zúčastnilo 204 respondentů. Pro ověření statistické významnosti byl využit Kruskal-Wallisův test a Mann-Whitney U test. Pro výzkum byl použit dotazník Burnout Measure, respondenti byli rozděleni do 5 skupin, které označují míru výskytu syndromu vyhoření podle hodnoty BQ. Hodnoty $BQ < 2$ dosáhlo 11 respondentů, jedná se o dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví. Hodnota $2 < BQ < 3$ dosáhlo 35 osob a je to uspokojivý výsledek z hlediska psychického zdraví. Hodnoty $3 < BQ < 4$ bylo zjištěno u 66 respondentů a je to stav, kdy už by se měli respondenti zamyslet nad způsobem svého života. Hodnoty $4 < BQ < 5$ byly naměřeny u 72 respondentů a je to stav, kdy už považujeme přítomnost syndromu vyhoření za prokázaný. Hodnoty $BQ > 5$, kdy se jedná o akutní stav, byly naměřeny u 20 respondentů.

syndrom vyhoření, děti s postižením, rodiče dětí s postižením, rodina s dítětem s postižením

Souhlasím s půjčováním práce v rámci knihovnických služeb.

Bibliographical identification

Author: Bc. Renáta Kratochvílová
Title: Burnout syndrome in parents of children with disabilities

Supervisor: Mgr. Julie Wittmannová, Ph.D
Department: Department of Adapted Physical Activities
Year: 2024

Abstract:

The diploma thesis deals with the issue of burnout syndrome among parents of children with disabilities. The aim of the work was to determine the incidence rate of burnout syndrome, and whether factors (child's age, type of disability, time for interests, life satisfaction, etc.) are related to the occurrence of burnout syndrome. The work is divided into two parts. The first part is theoretical and defines the issue of burnout syndrome and the issue of a family with a child with a disability. In the second, practical part, the results of the questionnaire survey, in which 204 respondents took part, are described. The Kruskal-Wallis test and the Mann-Whitney U test were used to verify statistical significance. The Burnout Measure questionnaire was used for the research, the respondents were divided into 5 groups, which indicate the degree of occurrence of the burnout syndrome according to the BQ value. 11 respondents achieved BQ values <2 , which is a good result in terms of psychological health. The value $2 < BQ < 3$ was achieved by 35 people and it is a satisfactory result from the point of view of psychological health. Values $3 < BQ < 4$ were found in 66 respondents and it is a state where respondents should think about their way of life. Values of $4 < BQ < 5$ were measured in 72 respondents and it is a condition where we consider the presence of burnout syndrome to be proven. BQ values >5 , when it is an acute condition, were measured in 20 respondents.

Keywords:

burnout syndrome, children with disabilities, parents of children with disabilities, family with a child with a disability

I agree the thesis paper to be lent within the library service.

Prohlašuji, že jsem tuto práci zpracovala samostatně pod vedením Mgr. Julie Wittmannové, Ph. D, uvedla všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky.

V Radíkově dne 28. dubna 2024

.....

Děkuji vedoucí mé diplomové práce, Mgr. Julii Wittmannové, Ph.D. za odborné vedení, rady a ochotu při zpracování práce. Ráda bych poděkovala své rodině za trpělivost a podporu při studiu a také všem respondentům, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a poskytli mi tak cenná data.

OBSAH

Obsah	7
1 Úvod	9
2 Přehled poznatků	10
2.1 Syndrom vyhoření.....	10
2.1.1 Syndrom vyhoření.....	11
2.1.2 Příčiny syndromu vyhoření	12
2.1.3 Příznaky syndromu vyhoření.....	13
2.1.4 Fáze syndromu vyhoření.....	14
2.1.5 Prevence syndromu vyhoření	15
Když už syndromem vyhoření trpíme	17
2.1.6 Diagnostické metody syndromu vyhoření	18
2.2 Rodina.....	19
2.2.1 Funkce rodiny	20
2.2.2 Rodič a dítě	21
2.2.3 Sourozenci dítěte s postižením	22
2.2.4 Rodina a narození dítěte s postižením	24
2.2.5 Reakce rodiny na narození dítěte s postižením	25
2.3 Adaptace rodiny na narození dítěte s postižením	26
2.3.1 Fáze vyrovnání s postižením dítěte.....	27
2.3.2 Faktory ovlivňující přijetí postižení u svého dítěte.....	27
2.3.3 Obranná reakce	28
2.3.4 Copingové strategie	29
3 Cíle práce a výzkumné otázky	31
3.1 Cíle práce	31
3.2 Výzkumné otázky	31
4 Metodika	32
4.1 Výzkumný soubor	32
4.2 Metody sběru dat	34
4.2.1 Dotazník Burnout Measure (BM)	34

4.3	Statistické zpracování dat	35
5	Výsledky.....	36
5.1	Vyhodnocení dotazníku BM	36
5.2	Syndrom vyhoření a vztah mezi jednotlivými jevy	37
5.2.1	Rozdělení dle věku dítěte, o které je pečováno	38
5.2.2	Rozdělení podle toho, zda je postižení vrozené	39
5.2.3	Jednotlivá postižení	40
5.2.4	Rozdělení podle toho, zda respondenti při péči o své dítě s postižením chodí do práce	43
5.2.5	Péče o další děti	44
5.2.6	Využívání sociálních služeb	45
5.2.7	Lázeňství, terapie	47
5.2.8	Pomoc	48
5.2.9	Koníčky a pohybová aktivita	52
5.2.10	Vize a životní spokojenost.....	57
6	Diskuse	61
7	Závěry.....	65
8	Souhrn	67
9	Summary	68
10	Referenční seznam	70
11	Přílohy	74

1 ÚVOD

„Dokud jde o vinu, uzdravení je nemožné. Obviňování sebe sama nebo kohokoli jiného nevede k uzdravení, právě naopak. Nejde o vinu, ale o odpovědnost. Z vězení se dostane jen ten, kdo si to uvědomí.“ (Mirriam Prieß, 2015, p.177)

O syndromu vyhoření už toho bylo napsáno spousta, většinou v souvislosti s prací, s pomáhajícími profesemi. Ale co když to není profese? Co když jde o dlouho trvající, nebo nikdy nekončící péči? Co když jsi rodič pečující o dítě s postižením? Téma své diplomové práce jsem si vybrala, protože jsem těmi to rodiči obklopena neustále. Ať už profesně, nebo v soukromém životě. Diplomová práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou. V teoretické části se zaměřím na definici syndromu vyhoření, a jednotlivé rizikové faktory, které jeho vznik ovlivňují. Konkrétně popíši fáze průběhu syndromu vyhoření. Součástí práce bude přiblížení možností, jak předcházet syndromu vyhoření. V další části se budu věnovat rodině, konkrétně rodině s dítětem s postižením. V praktické části budu interpretovat výsledky dotazníkového šetření u rodičů dětí s postižením. Hlavním cílem diplomové práce bude zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u rodičů dětí s postižením. Dalším cílem bude zjišťování, jak určité faktory ovlivňují výskyt syndromu vyhoření a souvislosti mezi nimi (věk dítěte s postižením, typ postižení, péče o další děti, čas na zájmy, provozování pohybové aktivity trvající alespoň 30 minut, využívání sociálních služeb a životní spokojenost).

2 PŘEHLED POZNATKŮ

2.1 Syndrom vyhoření

Pojem **vyhoření** nebo také **syndrom vyhoření** byl poprvé použit v roce 1974 americkým psychoanalytikem německého původu Hendrichem J. Freudenbergerem v článku, který napsal, aby popsal vyhoření personálu alternativních léčebných zařízení (Staff burnout). Tento článek byl publikován v časopise Journal of Social Issues. Po jeho publikaci se začali psychologové více zajímat o danou problematiku, což vedlo k hlubšímu zkoumání a popisu vývoje, následků a zároveň to vedlo k teoriím, jak syndromu vyhoření předcházet (Křivohlavý, 1998).

Freudenberger, H. (1974) Staff Burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Syndrom vyhoření, je jako plevel. Proto s ním jako s plevelem musíme zacházet. Hlavní je nenechat ho přerůst, proto je potřeba ho likvidovat v samém zárodku. To jde jedinou cestou, a to celoživotní prací sám na sobě (Honzák, 2018, p. 213).

Syndrom vyhoření se vyskytuje především v profesích, kde je častý kontakt s lidmi. Tento syndrom má řadu symptomů, které se objevují v oblasti psychické, fyzické a sociální. Mezi nejčastější příznaky patří pocit únavy, snížená výkonnost a celkové vyčerpání. Syndrom vyhoření se často vyskytuje u lidí, kteří se potýkají se složitými situacemi v osobním i pracovním životě a mají pocit, že již nedokážou situace zvládat. Někdy může být tento pocit doprovázen i strachem (Tošner & Tošnerová, 2002).

Křivohlavý (2012) odkazuje zmínky o fyzickém, psychickém i duchovním vyčerpání, na Bibli. V knize Kazatel je vyjádřen termín vyhoření jako: „Marnost nad marností, všechno je marnost.“ (Křivohlavý, 2012, p. 58).

Vyhoření se datuje také k antickému Řecku, kde podle pověsti slavný Sisyfos byl odsouzen k dovalení balvanu na vysokou horu. Vždy když Sisyfos balvan vytlačil na velikou horu, balvan se mu zase skutálel dolů a Sisyfos musel začít nanovo. Tato pověst je často spojována naší společností jako: „Sisyfovská práce“, která charakterizuje velké utrpení bez konce.

Pojem syndrom vyhoření je označení pro citové vyčerpání, které se projevuje ztrátou pracovního nadšení či celkového zájmu o danou profesi nebo činnost. Důležitými faktory, které zapříčiní spuštění syndromu vyhoření, patří dlouhodobý stres nebo velké citové zatížení daného člověka. Mezi rizikové skupiny patří osoby, jejichž náplní práce je neustálá interakce s lidmi (Ptáček & Raboch, 2015).

Syndrom vyhoření může být způsoben nesplněnými nadějemi, pocitem bezvládní a zklamáním, i když se snažíme situaci zvrátit ve svůj prospěch nebo ji pozměnit dle svých představ. Příčinami syndromu vyhoření jsou příliš vysoké pracovní tempo, časový pres a tlak na výkon a výsledky. Ale nejsou zdaleka příčiny jediné. (Fischerová, Katzerová & Češková Lukášová, 2007).

Podle Stocka (2010) existují lidé, kteří se potýkají s náročnými každodenními životními a pracovními situacemi a jsou na cestě k vyhoření. Tito lidé jsou pod neustálým tlakem obtížných pracovních úkolů a snaží se dosáhnout několika cílů za delší časové období.

Každý z nás se může dostat do situace, kdy jsme vystaveni dlouhodobému stresu a nadměrné zátěži, bez ohledu na to, zda jsme workoholik, manažer nebo máme malé děti. Syndrom vyhoření může postihnout každého z nás, a to bez ohledu na to, zda máme složitou situaci doma nebo v práci. V dnešní době je stále více lidí, kteří se potýkají s těmito problémy v osobním životě i v práci. A to vše má za následek únavu, snížení výkonu a v neposlední řadě i vyčerpání.

Syndrom vyhoření je specifický stav, který se projevuje emoční únavou a citovým vyčerpáním. Tento stav nastává většinou v okamžiku, kdy dochází k vyčerpání určitých psychických rezerv z důsledku chronického stresu a zanedbávání svých potřeb. To znamená, když trvá dlouhodobá nerovnováha mezi zátěží a klidem, mezi aktivitou a relaxací. (Andršová, 2012; Pugnerová et al., 2019).

2.1.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření lze popsat jako duševní stav objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i tělesně unavený. Má pocity bezmocnosti a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření většinou není důsledkem izolovaných, traumatických zážitků, nýbrž objevuje se jako plíživé psychické vyčerpání. (Henning & Keller, 1996, p. 17).

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy“ (Křivohlavý, 1998, p. 50). „Syndrom vyhoření je psychologický a sociální pojem a vyskytuje se především u pomáhajících profesí.“ (Maroon, 2012, p.10) Rush (2004) uvádí, že syndrom vyhoření je stav, který vzniká v důsledku stresu, frustrace a emocionálního úpadku, které pramení z neúspěchu v cestě za životním cílem, do kterého člověk vkládá určité nasazení. Pokud se dlouhodobě nedaří

dosahovat po této stránce posunů a výsledků, hrozí takovému člověku vyhoření. Existuje několik definic, ale všechny se shodují v tom, že se jedná o psychický stav. Postižený jedinec prožívá emoční vyčerpání a fyzické vyčerpání. Vyskytuje se zejména u profesí, kde je stěžejní práce s lidmi, nebo alespoň kontakt s lidmi.

Syndrom vyhoření vyvolal rostoucí zájem mezi odborníky na ochranu zdraví při práci v posledních desetiletích. Od roku 2019 Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizovala syndrom vyhoření jako syndrom vyplývající z chronického, nezvladatelného stresu na pracovišti. Definice syndromu vyhoření podle WHO odpovídá definici v Maslach Burnout Inventory. Maslach Burnout Inventory popisuje syndrom jako nepřekonatelný stresem při práci který zahrnuje příznaky vyčerpání, cynismu a neúčast. Vyčerpání je považováno za jádro syndromu vyhoření. V roce 1981 byl Maslach Burnout Inventory vydán první standardizované kvantitativní měřítko syndromu vyhoření (Bianchi, & Schonfeld, 2023)

2.1.2 Příčiny syndromu vyhoření

Lidé, kteří jsou soutěživí a zaměřeni na výkon, jsou náchylnější k syndromu vyhoření. Tito lidé se vyznačují vysokým pracovním nasazením a jsou připraveni na sebe vzít velkou pracovní zátěž, aby dosáhli vysokých cílů a ocenění. Mají velkou potřebu vyniknout a touží po uznání. Jsou to lidé, kteří neumí delegovat, spoléhají pouze sami na sebe a neřeknou si o pomoc (Maroon, 2012).

Nejčastější příčiny syndromu vyhoření pocházejí z pracovního prostředí, kde jsou náročné pracovní podmínky, rivalita kolegů a soutěživé prostředí, boj o místo. Nepřetržitá kontrola ze strany nadřízených, nespravedlivé nebo nízké hodnocení (Stock, 2010).

Mezi důvody vzniku syndromu vyhoření patří dlouhodobý účinek stresu na pracovníka, který jej nedokáže zvládnout. V osobním životě za vznik syndromu vyhoření mohou osobní každodenní potíže, nenadálé události jako třeba ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby nebo nemoc (Palcák & Tomeček, 2011).

Lidé, kteří mají z počátku velké nadšení pro své zaměstnání, jsou perfekcionisté a kladou na sebe vysoké požadavky, jsou náchylnější k syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření se také objevuje u neasertivních jedinců, u lidí, kteří nejsou schopni relaxace a kteří se dlouhodobě nacházejí v konfliktních vztazích. Syndrom vyhoření se může vyskytnout i u osoby, která pečuje o osobu blízkou s postižením. (Křivohlavý, 1998). Ptáček et al., (2011) uvádí, že syndrom vyhoření může být způsoben také tím, že jedinci nemají dostatek volného času na své koníčky, záliby a rodinu. Podle Matouška (2003) je syndrom vyhoření nejčastější u lidí pracujících v

pomáhajících profesích, kde je práce s lidmi, jako jsou handicapovaní, nebo lidé v některých zařízeních typu vězení, výchovné ústavy, psychiatrické kliniky, nemocnice, hospice a podobně, nejnáročnější.

2.1.3 Příznaky syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření může mít různé projevy, které se na první pohled nemusí zdát jako příznaky tohoto onemocnění. Mezi fyzické příznaky patří bolesti hlavy, zubů nebo kloubů, únava, nespavost a zažívací potíže. Tyto příznaky mohou být běžné i pro jiná onemocnění, tudíž nemusí být transparentní. Mezi příznaky projevující se na psychice patří frustrace, neadekvátní jednání a podrážděnost, apatie, cynismus a celkové psychické vyčerpání. Člověk se může cítit zbytečný a nedoceněný. Pokud na sobě člověk pozoruje některé z těchto příznaků častěji nebo dokonce dlouhodobě, měl by je brát jako výstražný signál a začít se jimi zabývat. Každý člověk zná své tělo a měl by svému tělu naslouchat (Schmidbauer, 2008).

Stock (2010) uvádí, že syndrom vyhoření je určitý typ deprese, který charakterizují tři základní symptomy: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Každou z těchto oblastí charakterizují jisté projevy či příznaky. Vyčerpání znamená v tomto případě fyzickou i psychickou ztrátu sil. Odcizení se projevuje nechutí a lhostejností k vykonané práci i okolí.

Podle zasažených oblastí jsou níže příznaky rozděleny.

Mezi fyzické projevy patří: únava organismu, rychlá unavitelnost, apatie, bolesti (hlavy, žaludku, zubů atd.), nespavost, zvýšený krevní tlak a srdeční potíže, dechové obtíže, svalové napětí, závislostní chování,

Mezi psychické projevy patří: duševní a emocionální vyčerpání, smutek a deprese, útlum v aktivitách, frustrace, ztráta přesvědčení o smyslu života, pocit nedostatku uznání, negativní postoj ke klientům, pracovní nechut až odpor vedoucí k rutinním postupům a plnění nejnütnějších věcí, ztráta motivace.

Mezi sociální vztahy patří: vyhýbání se lidem, nechut k práci, pracovním povinnostem, nízká úroveň angažovanosti, malá, nebo žádná empatie, konflikty s lidmi (Kebza, & Šolcová, 2003, p. 9).

Křivohlavý (1998) kategorizuje příznaky syndromu vyhoření do dvou oblastí: subjektivních a objektivních příznaků. Osobní příznaky člověka jsou charakteristické únavou, vyčerpáním, pocitem bezmocnosti společně s nízkým sebehodnocením, obtížnou koncentrací v práci, silnými pochybnostmi o kvalitě svého pracovního výkonu. Vykonávání pracovních povinností je pro jedince čím dál náročnější, pociťuje, že jeho život ztratil smysl. Naopak objektivní příznaky jsou

dlouhodobějšího charakteru a změny zaznamenávají blízké i široké okolí jedince a pokles jeho pracovní výkonnosti na minimum.

Henning a Keller (1996) přisuzují psychické projevy syndromu vyhoření k rozdílnosti reaktivního a proaktivního postoje k životu. Proaktivní jedinec přijímá svou odpovědnost, aktivně utváří svůj život, k problémům přistupuje zaujatě, snaží se najít jejich řešení a zaměřuje se spíše na přítomnost a budoucnost. Naopak reaktivní člověk svou vlastní odpovědnost přehazuje na druhé, je pasivní vůči událostem dějícím se v jeho životě a problémy ho příliš zatěžují, protože nechce nebo nedokáže najít jejich řešení.

I přes odlišné názory existuje v obecné rovině shoda ohledně symptomů, které predikují výskyt syndromu vyhoření. Ta říká, že vždy záleží na vnějších činitelích, a především na fázi, ve které se zasažený jedinec aktuálně nachází. Maroon (2012) uvádí, že reakce postižených může být jak fyzická, tak emocionální.

Herbert J. Freudenberger, průkopník předmětného odborného bádání a zároveň „otec“ sémantického pojmu „vyhoření“, v řadě svých textů uvádí deset typických příznaků burnout syndromu. Tyto příznaky jsou: vyčerpání, odcizení, pokles výkonnosti, nesoustředěnost, pocit bezmocnosti, nízké sebehodnocení, nechuť k práci, lhostejnost k okolí, silné pochybnosti o kvalitě svého pracovního výkonu, pocit, že život ztratil smysl (Freudenberger & Richelson, 1980).

Tošner a Tošnerová (2002) uvádí, že dlouhodobé vystavení stresu a stresovým situacím, spojené s pochybnostmi o smyslu činnosti v rámci vykonávané pomáhající profese, jsou hlavními „spouštěči“ výše uvedených příznaků. Tyto příznaky mohou vést až ke snížení kvality života, což se následně promítá nejen do pracovní sféry, ale rovněž do osobní roviny zasažené osoby a jejího nejbližšího okolí. Syndrom vyhoření je rizikem nejen pro jednotlivce, ale i pro celý pracovní kolektiv a další sociální skupiny, ve kterých se daná osoba pohybuje. Příznaky syndromu vyhoření lze rozdělit na fyzické, psychické a behaviorální.

2.1.4 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření je dlouhodobý proces, nikdo nevyhoří ze dne na den. Postižený může fázemi procházet postupně, ale může se stát, že některé fáze přeskočí. Model dvojice autorů Edelwiche a Brodského rozděluje syndrom vyhoření do čtyř fází:

1. **Idealistické nadšení:** Jedinec pracuje s nadprůměrným nasazením a extrémně se ztotožňuje se svou prací. Žije tedy jen svým zaměstnáním.
2. **Stagnace:** Jedinec zažil již několik zklamání a práce už pro něj není tak vzrušující jako na začátku. Do popředí zájmu se dostávají věci, které dřív nepovažoval za důležité (plat, možnost

kariérního růstu). V tomto stadiu ještě postižený ani jeho nejbližší okolí nepozorují žádné známky onemocnění.

3. **Frustrace:** Jedinec zjišťuje, jak jsou jeho možnosti v podstatě omezeny a pochybuje o sobě.
4. **Apatie:** Nastupuje rezignace jako obranná reakce. Jedinec dělá jen co je nezbytně nutné a počáteční nadšení je zcela pryč. Nastupuje rezignace a zoufalství (Stock, 2010).

Fáze dle Christiny Maslach

Tento model lze řadit do kategorie jednodušších, avšak podstatu vystihuje velmi výstižně.

Je rozdělen na čtyři fáze, které vypadají následovně:

- idealistické nadšení a přetěžování,
- emocionální a fyzické vyčerpání,
- dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením,
- terminální stádium: stavění se proti všem a všemu. Objevení se syndromu vyprahlosti v celé jeho pestrosti (Křivohlavý, 1998, p. 61).

Fáze podle Kebzy a Šolcové (Kebza & Šolcová, 2003).

- iniciační fáze – představuje původní zapálení pro věc, po které dojde k procitnutí a zjištění, že ideály nejsou plně realizovatelné,
 - první frustrace – jde o zklamání tématem, řešeným problémem, nebo celou profesí. Osoby, se kterými je jedinec v pracovním kontaktu, začíná negativně vnímat,
 - apatie – nastupuje absolutní hostilita vůči klientům a také vůči všemu, co souvisí s profesí nebo vykonávanou činností,
 - fáze úplného vyhoření – jedná se o poslední stádium, ve kterém se objevuje vyčerpání, cynismus, odosobnění a ztráta lidskosti (Kebza & Šolcová, 2003, p. 13).

2.1.5 Prevence syndromu vyhoření

Prevence je velmi důležitá, protože pokud se syndromu snažíme dostupnými prostředky předcházet, je velmi pravděpodobné, že včas rozpoznáme začínající příznaky a začneme pracovat na tom, abychom syndrom svým počínáním neumožnili dále se rozvíjet. Syndrom vyhoření však může postihnout každého pedagoga bez výjimky. Prvním krokem prevence je tedy mít znalosti o jeho projevech, v jakých podmínkách nejčastěji vzniká a jak probíhá, tzn. znát nebezpečí, ohrožení, případně míru ohrožení (Holeček, 2014).

Křivohlavý (1998) uvádí, že u pomáhajících profesí je důležité, vytvořit si zdravý odstup od problémů v zaměstnání. Při příchodu domů, nechat pracovní záležitosti za dveřmi a doma se věnovat pouze rodinným záležitostem.

Duševní hygiena je velmi důležitá pro prevenci somatických a psychických onemocnění. Každý člověk se o svou duševní hygienu stará více či méně. Je však důležité, aby si lidé uvědomili, že jen duševně zdravý člověk, bývá odolnější nejen vůči tělesným nemocem, ale vůči stresu obecně. Toto tvrzení podporuje i Vacínová (2008), který popisuje vzájemné vztahy mezi psychickou rovnováhou a somatickými nemocemi, které se oboustranně pozitivně i negativně ovlivňují. Dobrý stav duše, pomáhá uzdravovat tělo, a naopak nemocná duše, zhoršuje či zpomaluje zdravotní stav člověka.

Velemínský a Studenovský (2008) zařazují relaxaci mezi prostředky hygieny, kterou považují za nejúčelnější metodu při prevenci syndromu vyhoření. Kdy díky řízenému procesu dochází k uvolnění napětí duševního i tělesného.

Psycholožka Moravcová (2019) tvrdí, že pravidelná a vyvážená strava je absolutní základ. Zároveň je důležité přijímat dostatek tekutin. Vedle dostatečného přísunu tekutin pomáhá proti únavě, přísun látek, které podporují mozkovou činnost. Jsou to mastné kyseliny omega – 3 a omega – 6. Zdravá strava znamená jíst všechno, ale ve správném vyváženém množství. Končítíková (2022) v rámci duševní hygieny doporučuje dodržovat pravidlo 8–8–8. 8 hodin spánku, 8 hodin práce a 8 hodin se na život a sebe rozvoj. Najít si čas na životní radosti. Přiměřeně pracovat, přiměřeně si užívat a vydatně spát. Důležitá část dne je i kvalitní jídlo. Další důležitá část dne je pohyb. 30 minut denně na čerstvém vzduchu, venku, v přírodě. Venku na vlastní kůži cítit chlad, teplo, slunce, vítr, déšť. To člověka nutí uvědomovat si sama sebe v daný moment. Vystavovat se chladu. Při otužování posilujete fyziologické procesy v těle. Trénujete vůli, mysl, překonáváte sami sebe. Důležité je akceptovat únavu. Odpočinek brát jako zaslouženou odměnu. Nestresovat se za selhání. Kdo někdy selhal, vždy se o něco snažil, a to je důvod k ocenění, a ne k trestu. I podle Moravcové (2019), proti vyhoření pomáhá pohyb. Každý člověk by si měl alespoň dvakrát až třikrát týdně dát pořádnou fyzickou zátěž aerobního typu. Lidé pravidelně sportující, zažívají pravidelné stavy blažené únavy. Sportem ke zdravému tělu i duši. Stres je příprava na fyzickou akci. V dávných dobách musel člověk buď dohonit jelena, aby měl co jíst, nebo utéct před medvědem, aby vůbec přežil. Moderní člověk se však často snaží stresu vyhnout tím, že si sedne k počítači, což není ideální (Moravcová, 2013, p. 51).

Smích je skvělým způsobem, jak se zbavit stresu. Smích je zároveň s láskou jeden s nezácnějších darů, které jsme dostali. Srdeční smích je jako intenzivní aerobní cvičení. Minuta smíchu, rovná se 10 minut jízdy na rotopedu. Huronský smích prokyslí celý organismus, dochází

k lepšímu prokrvení vnitřních orgánů a také se posiluje oběh lymfatického systému. Organismus se omlazuje. Smích také usnadňuje sociální kontakt a posiluje pečovatelské tendence, díky nimž jsme schopni odpouštět sobě i druhým. Kromě toho smích zlepšuje stav mysli, posiluje sebedůvěru a optimistické postoje. (Honzák, 2018). Za prevenci proti syndromu vyhoření považujeme dostatek zájmů po pracovním nasazení, schopnost rovnoměrně zorganizovat svůj život a rozdělit svůj čas mezi práci, rodinu, přátele a zájmy, nebo koníčky. „Dělám věci, které mě baví a dělám je, protože chci“ (Honzák, 2018, p.205). Za prevenci proti vyhoření považuji rodinu a přátele a také „věřím, že mne Pán bůh má rád. On má rád každého, ale ne každý o tom ví“ (Honzák, 2018 p.207).

Podle Stocka (2010) je důležité věnovat se svým koníčkům, protože prožitky spokojenosti přispívají k celkové regeneraci organismu a psychické pohodě. Tyto prožitky mají obrovský vliv na naši psychiku. Každý z nás má jiné zájmy a potěší nás něco jiného. Například, můžete zajít do divadla, přečíst knihu, zajít do restaurace s přáteli, zahrát si tenis, zaplavat si, věnovat se práci na zahrádce, nebo něco dobrého uvařit či upéct.

Prevence podle (Pugnerové 2019):

Umět uznat, že je něco nad naše síly, snížit své nároky, naučit se říkat ne, nastavit si priority, mluvit o svých pocitech, neodmítat pomoc, podporu, pochválit se, případně si vést deníček úspěchů, vyjádřit svou představu a očekávání, hodně odpočívat, zajímat se o sebe a své zdraví, naučit se pravidla psychohygieny, naučit se relaxační techniky, udělat si čas na své koníčky, udělat si čas na nějakou pohybovou aktivitu (Pugnerová et al., 2019).

Když už syndromem vyhoření trpíme

Veďte dialog sami se sebou, nezlobte se na sebe, zbavte se toho, co vám vadí, zjistěte příčinu svého vyhoření, přijměte odpovědnost, smiřte se s tím, že život nemusí být spravedlivý, vyřešte si minulost, uklidněte se, vraťte se k tomu, co chcete vy, naučte se znovu se na sebe spolehnout, žijte svůj život (Prieß 2015).

2.1.6 Diagnostické metody syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se zjišťuje pomocí sledování jednotlivých symptomů u osob, které se u nich již projevily. Z prožitku postižených osob a ze speciálních psychologických metod, které byly k diagnostice syndromu vytvořeny. Nejčastěji používanými metodami jsou však dotazníky, které jsou založené na hodnotících škálách: jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Maslachové a S. Jacksonové (Maslach & Jackson, 1981) a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho (Bartošíková, 2006). Využívají se v psychologické praxi a výzkumu, který se zabývá danou problematikou (Kebza & Šolcová, 2003)

Nejčastěji používaným dotazníkem pro diagnostiku syndromu vyhoření u zaměstnanců pomáhajících profesí je Maslach Burnout Inventory (MBI), který byl poprvé představen v roce 1981. Jeho autorkami jsou Susan E. Jacksonová a Christine Maslachová. Tento dotazník se skládá z dvaceti výroků, na které jedinec odpovídá na škále 0-7, kdy 0 znamená „nikdy“ a 6 označuje „každý den“. MBI zkoumá faktory syndromu vyhoření, jako je pokles pracovní výkonnosti, vyčerpání po emoční stránce a depersonalizace. Pokles pracovní výkonnosti se vyskytuje převážně u osob s nízkým sebehodnocením, malou sebedůvěrou a u lidí, kteří si necení sami sebe. Vyčerpání po emoční stránce se projevuje nechutí k životu, poklesem pracovní motivace nebo její úplnou ztrátou. Depersonalizace se projevuje tím, že nedostává-li se člověku pozitivní zpětné vazby a odezvy na odvedenou práci, může se mu práce zprotivit a začne se stavět k potížím jiných bez uznání a cynicky (Honzák, 2015; Honzák, et al., 2019; Křivohlavý, 1998).

Podle Švamberk a Šauerové (2018) je dalším dotazníkem pro diagnostiku syndromu vyhoření u testovaných osob Burnout Measure (BM), který vytvořila Pinesová se svými kolegy. BM se skládá z 21 otázek, na které jedinci odpovídají ve formě sedmibodové škály, kde označení jedna představuje „nikdy“ a označení sedm znamená „vždy“ (Křivohlavý, 1998). Často užívaným dotazníkem je dotazník s názvem Beverly A. Potter's Burnout Questionnaire – BPQ, jehož obsahem je pětadvacet tvrzení, jež jedinci vyhodnocují v žebříčku 1 až 5. (Kohout, 2011). Dalšími doplňkovými metodami pro diagnostiku syndromu vyhoření jsou pozorování, anamnestický dotazník, rozhovor a další různé projektivní metody, kresebné nástroje (Švamberk & Šauerová, 2018).

2.2 Rodina

Rodina je základním stavebním kamenem společnosti a představuje primární přirozenou instituci. Vztahy mezi jejími členy jsou bezprostřední a členové se navzájem podporují a prezentují jako "my". Rodina má zásadní význam při socializaci člověka, a proto představuje mimořádně důležitý fenomén (Janovský, 2003).

Rodina je nejdůležitější sociální skupinou pro vývoj dětské osobnosti. Dítě zde získává první informace o okolním světě a rodina je pro něj zdrojem jistoty, bezpečí a informací o něm samém. Rodina dítě vychovává a tím stimuluje jeho schopnosti a dovednosti, prezentuje mu určitý hodnotový systém. Jednotliví členové rodiny a vztahy mezi nimi slouží jako model, který dítě napodobuje, případně se s ním identifikuje. Pro dítě je rodina důležitým zdrojem informací, které zobecňuje a očekává, že se stejným způsobem budou chovat všichni lidé. Uspořádání rodinného systému a pozice, jakou v něm dítě zaujímá, také ovlivňují jeho další vývoj a adaptaci na jiné sociální prostředí (Vágnerová, 2004). Rodina je pro nemocného člověka nezbytnou sociální skupinou, která mu umožňuje zvládnout sociální integraci a poskytuje mu potřebné emoční zázemí a podporu. V případě těžkého onemocnění je rodina, případně nejbližší přátelé, jedinou alternativou sociální izolace. Rodina je jediným prostředím, kde nemocnému zůstávají individuálně specifické role a kde není anonymní (Vágnerová, 2004). Rodina je centrální podpůrná struktura. Rodina má pro jedince naprosto výjimečné postavení. Jsou to lidé, kteří se o sebe navzájem starají, po materiální i citové stránce, především však v době krize. Rodina chrání fyzické i mentální zdraví a respektuje osobnost každého člena rodiny (Maroon, 2012).

Další perspektiva na rodinu je, že z hlediska fungování je chápána jako "strukturovaný systém", jehož úkolem je vytvářet relativně bezpečné a stabilní prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí (Pláňová, 2000). Rodina představuje ojedinělý typ sociální skupiny, která poskytuje nenahraditelné klima a prostředí pro sebe rozvoj jedince. Rodina se vyznačuje vysokou mírou intimity s formálním účinkem a platí pro ni všechny zákonitosti jako pro každou jinou malou sociální skupinu (Řezáč, 1998). Podle Průchy (2003) je rodina nejstarší společenskou institucí. Ovlivňuje emocionální klima, interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Pomáhá uspokojovat základní potřeby a začleňovat jedince do sociální struktury.

Rodina je základní jednotka společnosti a přirozené prostředí pro růst a blaho všech svých členů a zejména dětí, musí mít nárok na potřebnou ochranu a takovou pomoc, aby mohla beze zbytku plnit svou úlohu ve společnosti. V zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti musí dítě vyrůstat v rodinném prostředí, v atmosféře štěstí, lásky a porozumění. Dítě musí být plně připraveno žít ve společnosti vlastním životem a vychováno v duchu ideálů prohlášených v

Chartě Spojených národů, a to zejména v duchu míru, důstojnosti, snášenlivosti, svobody, rovnosti a solidarity (104/1991 Sb.) (Úmluva o právech dítěte).

2.2.1 Funkce rodiny

Význam rodiny pro vývoj dítěte má zásadní význam. Dítě se do rodiny rodí a od svých rodičů dostává genetickou výbavu která má rozhodující vliv na rozvoj osobnosti, v oblasti tělesné, duševní i sociální. Proces socializace probíhá v rodině. Prostřednictvím rodiny získáváme sociální status a místo ve společnosti (Kočová.2023).

Podle Reichel (2008) je rodina **klíčovým prostředím**, kde se jedinec učí a přijímá kulturní normy, hodnoty a dovednosti. Tato socializační role rodiny je významná, ale rodina má také další úkoly, jako je péče o členy, ekonomická podpora a udržování kontinuity kulturního dědictví.

Kraus (2008) uvádí **funkci výchovně-vzdělávací** jako jednu z hlavních funkcí rodiny. Rodina je první sociální skupinou, která dítě naučí žít ve společnosti. Rodina pomáhá dítěti získat základní návyky a běžné způsoby chování. Cílem výchovně-vzdělávací funkce rodiny je připravit děti a mladistvé na praktický život během socializace. Kraus a Poláčková (2001, s. 80-82) tvrdí, že rodina ovlivňuje své členy v různých oblastech, jako jsou ekonomika, sociální vztahy, kultura, morálka, estetika i zdraví. Dítě dostává od rodiny mnoho informací, které pak sám zpracovává. Zpracování informací závisí na přirozených schopnostech, biologických a psychických potřebách dítěte, ale také na zkušenostech, hodnotách a vzorech, které jsou pro dítě obvykle rodiče a starší sourozenci.

Dokoupilová, et al. (2017) uvádí **funkci ekonomickou** jako jednu z důležitých funkcí rodiny. Tato funkce spočívá hlavně v tom, že rodina uspokojuje a chrání potřeby svých členů od materiálních po existenční. Reichel (2008) mezi tyto potřeby řadí například stravu, bydlení, oblečení, ale také náklady na vzdělání a záliby členů rodiny. Rodina plní funkci ekonomickou nejen vůči svým novým členům, kteří přišli, narodili se nebo založili rodinu, ale někdy i vůči širší rodině.

Kraus (2008) zdůrazňuje **funkci emocionální** jako nejdůležitější a nenahraditelnou funkci rodiny. Rodina je jediná instituce, která dokáže dítěti poskytnout takové citové prostředí, kde se cítí milováno, bezpečné a jisté, což je velmi důležité. Tato funkce má neměnnou podstatu a smysl. Emocionální funkce by měla být dostupná všem členům rodiny, v kvalitním prostředí a spravedlivě, aby to nebylo na úkor ostatních. Emocionální funkce znamená, že rodina dává svým

členům citovou oporu, pocit bezpečí a jistoty. Toto je podle Dokoupilové et al. (2017) základní funkce rodiny.

Reichel (2008) uvádí **funkci obrannou** jako jednu z tradičních a nezbytných funkcí rodiny. Tato funkce spočívá v tom, že rodina chrání své členy před vnějšími hrozbami. V dnešní době je tato funkce často převzata institucemi moderního státu. V naší společnosti se rodinná obrana projevuje spíše symbolicky, například ve formě podpory nebo zastoupení.

Michalík et al. (2010) uvádí, že **reprodukční funkce rodiny** souvisí s uspokojováním jednoho z nejzákladnějších lidských pudů. V současné společnosti je rodina stále považována za nejčastější místo reprodukčního chování. V některých společnostech se však tato pozice rodiny mění a reprodukce probíhá mimo tradiční rodinnou instituci. Reprodukční funkce neznamená jen zrození dítěte, ale také jeho zabezpečení pro život a rozvoj.

2.2.2 Rodič a dítě

Dítě pro svou tělesnou a duševní nezralost potřebuje zvláštní záruky, péči a odpovídající právní ochranu před narozením i po něm (104/1991 Sb.) (Úmluva o právech dítěte).

Dítětem se rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve (104/1991 Sb.) (Úmluva o právech dítěte).

Rodič(e) nebo jiné osoby, které se o dítě starají, nesou v rámci svých schopností a finančních možností základní odpovědnost za zabezpečení životních podmínek nezbytných pro rozvoj dítěte (104/1991 Sb.) (Úmluva o právech dítěte).

Cílem rodičovské péče je tělesné blaho dítěte, rozvoj a socializace, tedy začlenění do společnosti. To, co se dítě naučí ve vztahu k rodičům, to potom uplatňuje v životě ve vztazích s širším okruhem osob i institucí (Říčan, 2013).

Být rodičem dítěte se zdravotním postižením s sebou nese zvláštní zátěž, např. mimořádnou pečovatelské povinnosti, které mohou mít negativní dopad na jiné oblasti života a pohodu rodičů obecně. (Tokič, et al., 2023).

Subsystém rodič – dítě se tvoří už od početí dítěte. Tím se rozšiřuje původní manželský subsystém. Narození dítěte je pro rodiče velkou životní zkušeností, která přináší štěstí, ale také může způsobit životní krize. Pozdější problémy v subsystému rodič – dítě ukazují na nestabilitu rodiny (Sobotková, 2001).

Nemoc dítěte má dopad na další vývoj rodinných vztahů. Tato zátěž může vztahy poškodit tak, že rodina se rozpadne. V některých případech je ale chápána jako společná výzva, která rodinnou jednotu posílí. Rodiče se s postižením dítěte vyrovnávají různě rychle a různě silně, což může způsobovat neshody při řešení situací. Nemoc dítěte může také ovlivnit osobnost rodičů,

kteří mohou být více vzdávající či více agresivní. Rovněž může dojít k prohloubení pocitu své odlišnosti od rodin se zdravými dětmi, což také ovlivňuje rozvoj rodinných vztahů (Vágnerová, 2004). Postižení dítěte, může mít vliv i zdravotní stav rodičů. Rodiče pečující o dítě se zdravotním postižením mají vyšší pravděpodobnost, že mu budou diagnostikovány poruchy pohybového aparátu, deprese, úzkosti, poruchy spánku nebo migrény než rodiče dětí bez postižení. (Brekke, & Alecu, 2023). O tom, že zdravotní postižení dítěte má vliv na zdraví rodinných příslušníků, především rodičů, svědčí i výsledky studie provedené v Chorvatsku, podle níž rodiče dětí s vývojovým postižením vykazují horší zdravotní stav ve všech oblastech zdraví, ve srovnání s rodiči zdravých dětí (Vukičević, et al. 2023).

2.2.3 Sourozenci dítěte s postižením

V sourozeneckém subsystému se dítě učí spolupracovat, soutěžit, podporovat se navzájem, učí se najít kompromisy. Zkušenosti a dovednosti, získané v sourozeneckém vztahu, dítě využívá i v jiných sociálních skupinách s jinými dětmi (Sobotková, 2001).

Sourozenecká role postiženého dítěte je těžší a znamená určitou zátěž. Vědomí odlišnosti rodiny nějak ovlivňuje postoje a chování zdravého dítěte. Může to být kladně i záporně. Zdravé dítě může cítit, že jeho postižený sourozenec má více výhod, i když to s vadou nespojuje. Zdravé dítě si brzy všimne rozdílu v přístupu rodičů. Na jedné straně se u zdravých sourozenců rozvíjí ochota pomoci slabšímu, na straně druhé mohou být některé požadavky považovány za nespravedlivé, a tím mohou být prožívány jako zátěž (Vágnerová, 2004). Starší sourozenec je pro postižené dítě často přínosem, stává se jeho oporou a někdy i pečovatelem. Ochraňuje svého postiženého bratra nebo sestru před útoky jiných dětí a pomáhá mu zapojit se do širšího sociálního prostředí. Skrtic a kol. (1984) a Prevendárová(1998) shodně tvrdí, že sourozenci dětí s postižením bývají často na svůj věk více zodpovědní, tolerantnější a jsou více ochotní pomáhat druhým. Sourozenec s postižením může být přímým zdrojem stresu. Sourozenecký vztah závisí na druhu postižení. Každé postižení přináší jiný druh stresu pro zdravého sourozence. Může se chovat neadekvátně a nepřiměřeně svému věku, nesrozumitelně, nečitelně pro sourozence. Další zátěž můžou způsobovat rodičovské požadavky (Vágnerová, 2014) Sourozenci dítěte s postižením potřebují pocítit, že i oni sami nejsou diskriminováni. Je důležité, aby byly seznámeni s problémy svého postiženého sourozence, protože často čelí poznámkám od ostatních dětí. Je zásadní, aby pochopili, že neznamena že díky diagnóze má právo sourozenec zlobit. Tyto děti často zažívají pocit, že jsou rodičům na obtíž. (Bartoňová et al. 2006)

Sourozenci dětí s postižením jsou v nelehké situaci. Mohou často rodičům pomoci, ale také mohou pociťovat žárlivost. Pozornost je často zaměřena na postižené dítě, a to může způsobit, že se zdravý sourozenec cítí opomíjený. Zdravý sourozenec se musí často vyrovnávat s odlišnými očekáváními od rodičů.

Zdravé dítě si uvědomuje, že jeho sourozenec s postižením potřebuje zvláštní péči. Pochopí, že nemůže zvládnout stejné věci jako oni, a proto je třeba mu poskytnout větší pozornost. Tím se u zdravého sourozence rozvíjí ohleduplnost a ochota pomoci slabšímu.

Zdravý sourozenec může přijmout dominantní a ochrannou roli vůči postiženému dítěti. Může se naučit být citlivější a tolerantnější k jeho potřebám. Nicméně tato situace může mít i svá negativa. Sourozenci se často stávají soupeři, ačkoli dítě s postižením nemůže být skutečným soupeřem, protože jeho kompetence jsou odlišné. Vytvoření skutečné vztahové symetrie mezi sourozenci je náročnější, ale důležité pro jejich vzájemný vztah (Vágnerová, 2008).

Sourozenec dítěte s postižením může procházet celou řadou emocí, které jsou ovlivněny situací v rodině. Tady je příklad některých emocionálních reakcí:

1. **Láska a oddanost** – často vytvořené hluboké a pevné pouto. Láska a oddanost svému sourozenci s postižením.
2. **Stres a obavy** – mohou prožívat obavy o budoucnost svého sourozence s postižením a rodiny jako takové. Mohou mít strach o jeho zdraví, bezpečí. Mohou se obávat, že nebudou schopni poskytnout potřebnou oporu a pomoc.
3. **Závist** – mohou pociťovat závist vůči svému sourozenci s postižením, kvůli nedostatečné pozornosti ke své osobě, kvůli péči, která jim se nedostává
4. **Vina** – mohou pociťovat i vinu, že jsou zdraví, zatímco jejich sourozenec není. Mohou mít pocit, že musí něco udělat.
5. **Odpovědnost** – mohou pociťovat odpovědnost za svého sourozence s postižením
6. **Pocit izolace** – sourozenci mohou zažívat pocity izolace nebo osamělosti, protože jejich zkušenosti nejsou pochopeny nebo je nemohou sdílet s ostatními. Mohou také mít méně pozornosti od rodičů, kvůli péči o postiženého sourozence.

Je důležité poskytnout sourozencům prostor pro vyjádření svých emocí. Poskytnout jim podporu, porozumění. Rodiče mohou hledat podpůrné služby a skupiny pro sourozence dětí s postižením, kde by mohli sdílet zkušeností s lidmi s podobnými zkušenostmi (Novotná, 2020).

2.2.4 Rodina a narození dítěte s postižením

Pro většinu zdravých lidí je nemyslitelné, že by měli nemocné nebo handicapované dítě. Pro většinu matek je zdravé dítěte jednou z nejdůležitějších hodnot. Proto je pro rodinu velkým šokem a změnou, když se dozví o závažné diagnóze dítěte. Rodina se musí přizpůsobit a změnit svůj životní styl podle možností a potřeb dítěte s postižením. To také znamená častou změnu hodnotového žebříčku, která je spojená s větším nadhledem na běžné problémy, s uvědoměním lidské zranitelnosti a poměrnosti zdraví, s důrazem na nemateriální zdroje štěstí a někdy i s větším důrazem na přítomnost a na život, který právě žijí (Vágnerová, 2009).

Dítě s postižením má stejné základní potřeby jako jeho zdraví vrstevníci, ale často potřebuje individuální péči, aby se tyto potřeby naplnily (Renotiérová et al., 2006).

Narození dítěte s postižením znamená pro rodinu mnoho změn ve fungování a v rituálech. Adaptace rodiny je velice náročná. Je potřeba aby byly uspokojeny potřeby všech členů rodiny, nejen dítěte s postižením. Proto aby se to povedlo má rodina specifické potřeby. Mezi základní potřeby patří:

- Vhodná informovanost – rodina potřebuje všechny dostupné informace o postižení dítěte a jeho možnostech
- Emocionální podpora – může být poskytnuta specialisty
- Finanční a sociální podpora – je důležitá hlavně v praktické části života

Příchod dítěte s postižením do rodiny znamená pro celou rodinu změnu v jejich právech, povinnostech ale i změnu v jejich časovém rozvrhu (Bartoňová et al., 2007).

Flenik et al. (2023) popisuje ve svém článku jaký vliv může mít péče o dítě s PAS na rodinu. Mít dítě s diagnózou PAS může mít dopad na několik dimenzí fungování rodiny a změnit rodinnou rutinu. Rodinné vztahy jsou životně důležité pro duševní zdraví dětí. Rodiče také zažívají různou úroveň stresu v důsledku diagnóz jejich dítěte. Rodiny a opatrovníci dětí s PAS vykazují vyšší úroveň obav o jejich blahobyt v době, když již nebudou schopni zabezpečit potřeby svého dítěte. Tyto rodiny se také potýkají s obavami jak a kde budou žít jejich děti, až už nebudou schopni se o ně starat. Rodičovský stres může být umocněn komunikačními obtížemi. Rodiče mohou mít obavy, že to nedělají správně. Že svému dítěti a jeho požadavkům nerozumí správně. Rodiče těchto dětí mají méně času na volnočasové aktivity a většina jejich času padá na zajištění potřeb jejich dítěte.

2.2.5 Reakce rodiny na narození dítěte s postižením

Pro rodiče je narození dítěte s postižením velkou zátěží, která je může zneklidňovat v různých oblastech. Neschopnost mít zdravé dítě snižuje jejich sebeúctu a sebevědomí. Tato velká životní krize výrazně naruší a poté i změní jejich pojetí světa a zasáhne rodičovské představy. Rodiče musí převzít novou roli, což pro ně není vůbec snadné, protože ještě nemají jasnou představu o tom, co to obnáší a jak je to náročné. Vědí jen, že je to k horšímu, jsou pod tlakem negativními změnami i požadavky, které jim tato situace klade a potřebují si na to zvyknout. (Vágnerová, 2009).

Stres, který prožívají rodiče, když se jim narodí dítě s postižením a musí se starat o jeho potřeby, ovlivňuje všechny oblasti života. Je jasné, že tato situace změní atmosféru v rodině a také manželský nebo partnerský vztah. Zvládnutí takové zátěže může posílit vzájemné vazby a oporu, ale také může způsobit jejich rozchod (Vágnerová, 2009)

Jak rodiče reagují na narození dítěte s postižením, jak se s tím vyrovnávají a jaký způsob řešení si zvolí, záleží na různých faktorech. Důležitý je jejich vztah k rodičovství a jejich očekávání od něj. Narození dítěte s postižením je pro rodiče traumatický zážitek, který vyvolává pocity selhání v roli rodiče a viny vůči dítěti. Reakce rodičů na tuto situaci je také ovlivněna společenskými názory, ve kterých žijí. Důležité je, jak se cítí ve své situaci a jak zvládají reakce ostatních lidí. Rodiče se mohou potýkat s negativními postoji svého okolí, zejména pokud jde o vrozené a viditelné postižení, které se nedá snadno vysvětlit. To má za následek, že rodiče se k dítěti chovají jinak, než kdyby bylo zdravé. V nepříznivých podmínkách mohou tyto postoje bránit rozvoji dítěte. Když se rodiče dozví, že jejich dítě je postižené, prochází fází krize rodičovské identity, která může navazovat na fázi nejistoty, kdy si rodiče uvědomují, že jejich dítě je jiné, má jiný vzhled nebo chování, ale ještě neznají jeho diagnózu (Vágnerová, 2004; Vágnerová, 2014). Počáteční šok je silnou emoční reakcí rodičů na zprávu, že se jim narodilo dítě s postižením. Tato iracionální reakce je vyvolána neočekávanou realitou, které rodina čelí. Rodiče prožívají deziluzi a hluboké zklamání, místo aby se setkali s očekávaným naplněním svých snů. V zoufalství hledají odpovědi na otázku, proč právě oni byli postižení tímto tajemným osudem, že právě jim se narodilo dítě s postižením. Nalézt uspokojivou odpověď je patrně nemožné, reakce mohou být tedy zcela nepřiměřené (Jankovský, 2006). Rodina, která má postižené dítě, se od standardní rodiny liší a nese s sebou jinou sociální identitu. Tato odlišnost, která bývá často negativně vnímána, se stává součástí sebepojetí všech jejích členů – rodičů, prarodičů i zdravých sourozenců. Existence postiženého dítěte vyžaduje změnu životního stylu rodiny, která se musí přizpůsobit možnostem a potřebám tohoto dítěte. Ostatní členové rodiny

se musí podřídit novým okolnostem. Tato situace také ovlivňuje postoje a chování všech zúčastněných lidí, nejen v rámci rodiny, ale i ve vztahu k celé společnosti (Vágnerová, 2014).

Obranný mechanismus, který se projevuje odmítavým postojem, naznačuje, že matka nebyla spokojena s tím, že její dítě s postižením neodpovídá jejím představám o naplnění mateřské role. Nepřijetí dítěte s postižením znamená nepřijetí této role. Matka se tak nikdy nemůže úplně ztotožnit. K odmítnutí dítěte s postižením může dojít i později, zejména pokud vývojové problémy nebyly zřejmé hned na začátku. Na druhou stranu narození dítěte s postižením může stimulovat zvýšenou péči o něj, s cílem ho chránit před dalšími nepříznivými okolnostmi.

2.3 Adaptace rodiny na narození dítěte s postižením

Narození dítěte s postižením zasáhne všechny členy rodiny a je pro ně velmi stresující. Tento stres může ovlivnit i soudržnost rodiny. Je velmi důležité zkoumat rodinný stres u rodiny, která má dítě s tělesným postižením, protože rodina nežije jako ostatní rodiny. Kromě toho je ale také třeba věnovat se i dalším aspektům a podmínkám, které mají vliv na život rodiny (Štěrbová, 2013).

Postoje rodičů k dítěti se nevytváří ze dne na den, ale jsou výsledkem celého předchozího života. Tato postoje jsou odrazem zkušeností a prožitků z dětství, vztah k jejich rodičům, zkušenosti z pozdějšího věku a manželského života. Děti, ať už s postižením nebo bez, vstupují do prostředí, které je připravené hmotně i psychologicky. První uvědomění si, že s dítětem není něco v pořádku, znamená velký otřes v postojích i představách rodičů. Je proto nutné přebudovat systém hodnot, který dosud v rodině platil, a upravit každodenní režim a plánování do budoucna (Matějček, 2001).

Každá rodina, která má dítě se zdravotním postižením, je jedinečná. Na příchod takového dítěte se nelze předem připravit stejně na jakoukoli jinou složitou životní situaci. Každý případ je specifický a vyžaduje individuální přístup a adaptaci na konkrétní okolnosti. Zvládání této situace je vždy osobní a náročné.

Faktory, které ovlivňují celou rodinu, lze uvést materiální situaci a projevy hmotné nouze. Dále je důležité, zda je rodina úplná, vícegenerační, nebo zda se stará jeden rodič sám. Každý z těchto faktorů může ovlivnit vztahy mezi jejími členy (Michalík, 2011).

2.3.1 Fáze vyrovnání s postižením dítěte

Jankovský (2006) uvádí stádií 6:

Pro upřesnění je potřeba ještě uvést, že ještě před prvním stádiem – stádiem šoku, je zde ještě fáze nulitní, kdy si člověk sice uvědomuje možnost narození dítěte s postižením, ale jen v obecné rovině, u sebe si tuto variantu vůbec nepřipouští.

1. **Šok** – silná, emoční reakce rodičů, na sdělení že se jim narodilo dítě s postižením. Deziluze, hluboké zklamání. Hledání odpovědí na otázku, proč. Šok je spojen s pocitem strašlivé ztráty.
2. **Popření** – rodiče zpravidla vše vnímají jako omyl. Musí existovat nějaký lék, řešení. Někdy zde dochází také k vytěsnění reality, přiklání se k esoterickým přístupům.
3. **Agrese** – zlost, nebo zloba – rodiče napadají buď sebe, nebo zdravotnický personál. Bohužel může být předmětem agrese i dítě samotné.
4. **Deprese** – z agrese přecházíme do stádia deprese a úzkosti. Rodiče prožívají hluboký smutek. Smutek střídá pocit viny a selhání. Rodiče mohou situaci milně vyhodnotit jako trest.
5. **Vyrovnaní** – postupné snižování deprese, úzkosti, napětí
6. **Akceptace** – rodiče přijmou dítě takové jaké je a hledají řešení do budoucnosti. Tento proces je spojen s reorganizací hodnotového systému, vztahu s okolím a dosažení rovnováhy. Přijmutí postižení ne jako trestu, ale jako úkolu. Bohužel ke stádiu akceptace nedojdou zdaleka všichni rodiče (p.60,61,62).

Vágnerová (2014) uvádí, že proces vyrovnání s postižením dítěte, má 5 fází. Bartoňová et al. (2007) rovněž uvádí 5 stádií, Michalík (2010) uvádí 4 stádia. Vlastně ve svých popisech uvádí téměř shodné prožívání, liší se jen lehce. Pouze Vágnerová ve svých procesech vyrovnání neuvádí agresi. Všichni ostatní autoři se na této fázi shodují. Některé fáze mohou rodiče prožívat v jiném pořadí a některé současně.

2.3.2 Faktory ovlivňující přijetí postižení u svého dítěte

Lidé se vyrovnávají se strese různými způsoby. Někdy se stane, že příčina stresu sama o sobě zmizí, ale jindy zůstává a my se musíme s ním vypořádat jinak – buď tím, že problém řešíme, nebo tím, že se mu pokusíme uniknout. Stresové zážitky v nás zanechávají vzpomínky na to, jak jsme se s danou situací vypořádali (Křivohlavý, 1994).

Tabulka č. 1*Srovnání obranných reakcí a copingových strategií (Paulík, 2010, p. 78)*

Obranná reakce	Copingová strategie
Obsahují implicitní reakce	Obsahují explicitní reakce
Aktivovány intrapsyckicky	Aktivovány prostředím, okolnostmi
Obtížněji pozorovatelné	Snadněji pozorovatelné
Jedinec si je někdy ani neuvědomuje	Jedinec je ovládá vůlí
Determinovány osobnostními rysy	Determinovány osobnostně i situačně
Základem je instinktivní jednání	Základem jsou kognitivní procesy
Nepředchází zhodnocení situace	Předchází zhodnocení situace i vlastních možností
Výsledkem je automatické chování	Výsledkem je promyšlené chování

2.3.3 Obranná reakce

Neuvědomované obranné reakce mohou být užitečné pro ochranu jedince před emocionálním stresem a konflikty, ale mohou také vést k potlačení emocí a obtížím v mezilidských vztazích. V dlouhodobém horizontu mohou být takové obranné mechanismy překážkou pro psychickou pohodu a osobní rozvoj, protože brání individuálnímu řešení emočních problémů a konfrontaci se svými vlastními neuvědomými konflikty.

Neuvědomované obranné reakce jsou mechanismy, které fungují na nevědomé úrovni a mají za účel chránit jedince před nepříjemnými myšlenkami, emocemi nebo situacemi. Tyto obranné mechanismy často vznikají automaticky a jsou často výsledkem emocionálních a psychických procesů, které jedinec není vědom. Některé z neuvědomovaných obranných reakcí zahrnují:

- **Popření** – je to obranná reakce, kterou se člověk brání před informacemi, které jsou pro něj ohrožující. Tyto informace nepřijímá, nechce o tom mluvit, dělá jakoby nic.
- **Potlačení nebo vytěsnění** – jedinec potlačuje nebo odmítá uvědomit si nepříjemné myšlenky, emoce nebo vzpomínky. Tyto nepříjemné aspekty jsou zahrnuty do nevědomí, což umožňuje jedinci pokračovat v běžných aktivitách.
- **Racionalizace** – Jedinec používá racionální vysvětlení nebo odůvodnění k ospravedlnění nebo minimalizaci nepříjemných událostí nebo chování. To jim pomáhá udržet svou sebeúctu a pohodu.

- **Regrese** – k regresivním projevům dochází většinou se závažným onemocněním, nebo po prožitém traumatu. Odmítání řešení problému, potřeba na pomoci okolí.
- **Identifikace** – zde dochází ke ztotožněním se s někým koho lze obdivovat. Identifikace může posílit sebevědomí, snižuje nejistotu a pocit méněcennosti. Bohužel nemusí mít vždy pozitivní efekt, protože obdivovaný jedinec nebo skupina, může dotyčného vést k nějakému asociálnímu chování, nebo třeba k experimentu s drogami.
- **Substituce** – takzvané hledání náhradního cíle je běžnou reakcí na překážku se jeví jako nepřekonatelná. Dochází tak ke snížení zklamání a situace se stává snesitelnější.
- **Projekce** – jedinec přisuzuje své vlastní nepříjemné myšlenky, emoce nebo motivace jiným lidem. Tímto způsobem se vyhýbá konfrontaci se svými vlastními nevědomými konflikty.
- **Rezignace** – když člověk nic neočekává nemůže být zklamaný. Jedinec se vzdává něčeho, co považuje dlouhou dobu za nedosažitelné. Tato reakce bývá výsledkem po dlouhodobé zátěžové situaci.
- **Izolace** – je obranná reakce, kdy se jedinec stáhne do ústraní a vyhýbá se kontaktu s jinými lidmi, protože mu připomínají nějaký traumatizující zážitek (Vágnerová, 2014).

2.3.4 Copingové strategie

Copingem rozumíme vyrovnávání se se situací, to znamená vědomě převzít kontrolu nad situací, a překonat komplikace. Jedná se tedy o vědomou aktivitu jedince, při řešení situace. Vždy je dobré mít na paměti individuální subjektivní vnímání stresu a odolnost vůči stresu. Stres se nám stává nebezpečný až ve chvíli, kdy jsme přesvědčeni, že ho nemůžeme zvládnout.

Významným faktorem při zvládnání stresové situace jsou vnější i vnitřní podmínky. Mezi vnější podmínky řadíme například zdravotní stav, přístup jedince k řešení problému, charakterové vlastnosti, pohled na život.

Mezi významné vnitřní podmínky řadíme sociální zázemí, jako je rodina, přátelé, kolegové, nebo také schopnost a možnost vyhledat odbornou pomoc, jako je terapeut, psycholog, poradce.

Podle Stocka (2010) je coping způsob chování, kterým daný jedinec zvládá mimořádně obtížné situace. Rozlišuje při tom tři základní copingové strategie:

1. Strategie orientovaná na problém – tady e jedná o odstranění samotného stresujícího jevu. Jedná se například o otevřený rozhovor s člověkem, se kterým nesouhlasíte. Tento přístup vyžaduje osobní aktivitu a určitou míru asertivity.

2. Strategie orientovaná na emoce – tady se stresor neodstraňuje, ale posiluje odolnost vůči němu. Patří sem schopnost zklidnit se, prostřednictvím relaxace, meditace, procházkou nebo sportovní aktivitou.
3. Neefektivní postupy – pasivní forma copingu. Popíráme stresující situaci, ignoruje ji vyhýbá se jí. Odkládání nepříjemných povinností. Daná stresová situace však nezmizí a důsledky se mohou projevit později a razantněji. Způsob řešení situace přejímáme od svých nejbližších, rodičů, sourozenců a podobně.

12 pravidel pro zachování výkonosti a zdraví od Mirriam Prieß (2015)

1. Snaha o dialog v šesti oblastech života – rodina, práce, zdravý/ fyzická kondice, koníčky, sociální kontakty, víra
2. Cílená fyzická i duševní relaxace, odpočinek
3. Neřešit všechny úkoly najednou, stanovit si priority
4. Nevyhýbat se nezbytným konfliktním situacím
5. Dbát na to, aby se jedna komplikace, nerozvinula v druhou
6. Neodkládat problémy, hledat řešení a odpovědi
7. Zdravý životní styl, vyvážená zdravá strava
8. Čas jen pro sebe
9. Dostatek spánku a odpočinku
10. Pravidelné volno
11. Naučit se říkat NE
12. Vyžadovat zpětnou vazbu od nejbližších, nebo od člověka, kterému nejvíce důvěřujeme.

3 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Cíle práce

Hlavním cílem předkládané diplomové práce je analyzovat výskyt syndromu vyhoření u rodičů pečujících o dítě, nebo děti s postižením. Dalším cílem, bylo zjistit jaké námi vybrané faktory ovlivňují výskyt syndromu vyhoření a souvislosti mezi nimi.

Výzkum probíhal v termínu od 27. února 2024 do 11. března 2024. formou online dotazníku. Celkem se dotazníku zúčastnilo 204 rodičů, pečujících o dítě, nebo děti s postižením.

3.2 Výzkumné otázky

- 1) Má věk dítěte vliv na míru výskyt syndromu vyhoření u pečujících rodičů?
- 2) Má typ postižení vliv na míru výskytu syndromu vyhoření?
- 3) Má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření, to že rodiče chodí do práce?
- 4) Má vliv na míru výskytu vyhoření péče o další děti?
- 5) Má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření využívání sociálních služeb?
- 6) Má vliv na míru syndromu vyhoření to, zda se mají rodiče na koho obrátit?
- 7) Má vliv na míru výskytu vyhoření to, zda partner(ka) pomáhá s péčí o dítě s postižením?
- 8) Má vliv čas na zájmy a koníčky na míru výskytu syndromu vyhoření?
- 9) Má vliv provozování pohybové aktivity na míru výskytu syndromu vyhoření?
- 10) Má vize do budoucna a životní spokojenost vliv na míru výskytu syndromu vyhoření?

4 METODIKA

4.1 Výzkumný soubor

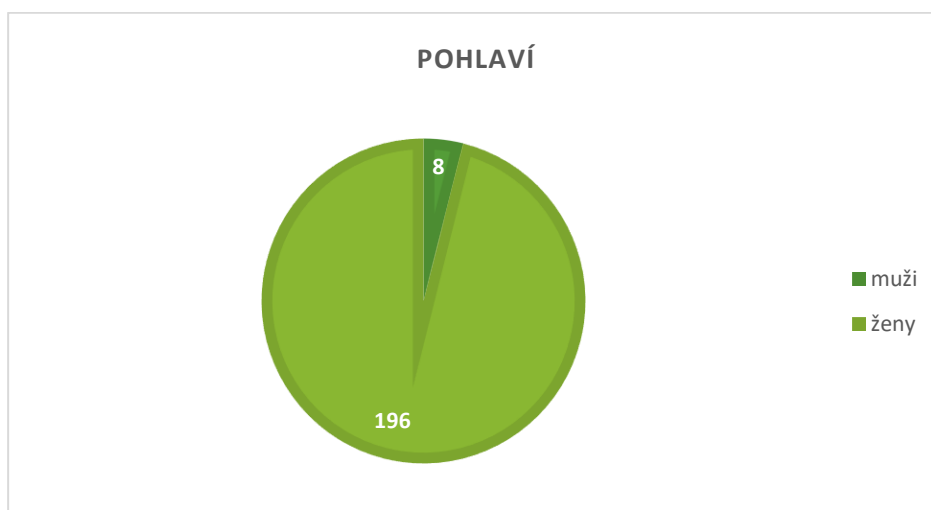
V této části práce, se věnujeme kvantitativnímu výzkumu, kde si odpovíme na stanovené výzkumné otázky.

Výzkumný soubor

Výzkum probíhal v termínu od 27. února 2024 do 11. března 2024. formou online dotazníku. Celkem se dotazníku zúčastnilo 204 rodičů, pečujících o dítě, nebo děti s postižením. Ze vzorku 204 zúčastněných je 196 žen (96,1 %) a 8 mužů (3,9 %).

Obrázek č. 1

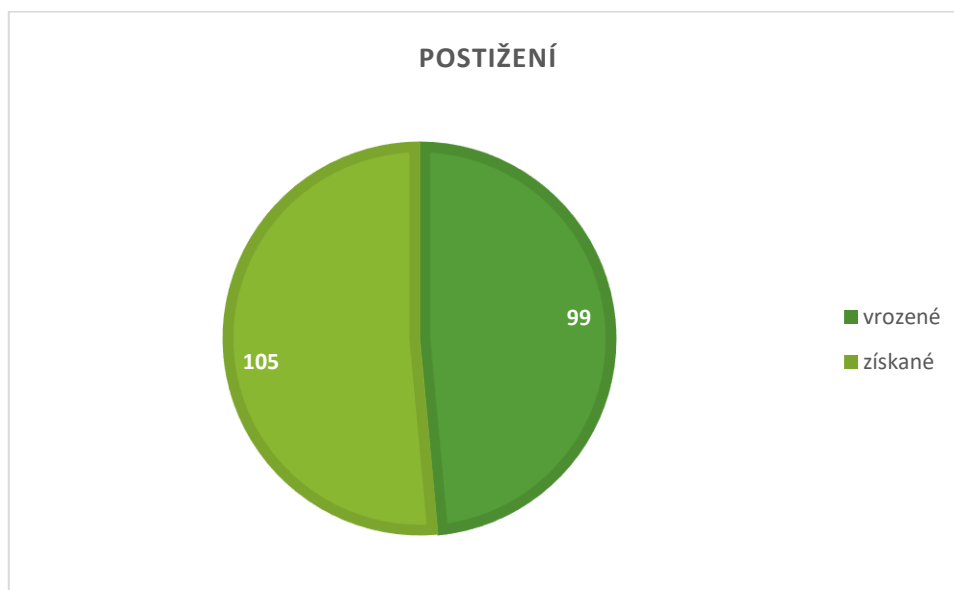
Rozdělení respondentů dle pohlaví



Respondenti jsou dále rozděleni podle toho, zda postižení jejich dítěte je vrozené nebo získané. 99 respondentů označilo postižení svého dítěte za vrozené (48,5 %) a 105 respondentů označilo postižení svého dítěte za získané (51,5 %).

Obrázek č. 2

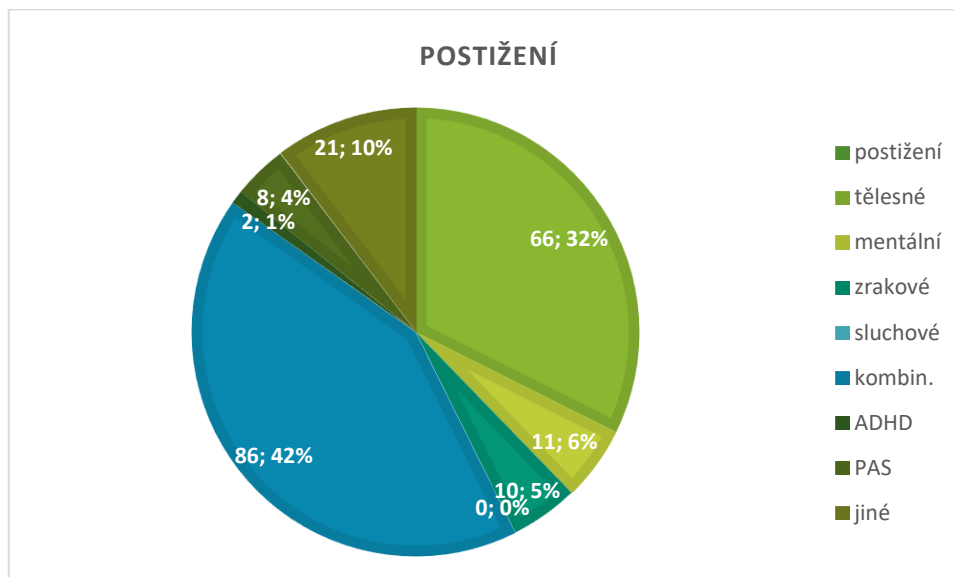
Rozdělení respondentů dle toho, zda se jedná o postižení vrozené, nebo získané.



Další rozdělení respondentů, je podle typu postižení, které se u pečujícího dítěte vyskytuje. Obr. 3

Obrázek č. 3

rozdělení respondentů podle typu postižení.



4.2 Metody sběru dat

Pro potřeby sběru dat bylo použito dotazníkové šetření. První část je dotazník vlastní konstrukce sestavený z 19 otázek. Otázky jsou uzavřené, otevřené i škálové. Otázky jsou subjektivního charakteru, jako je třeba, pohlaví, věk dítěte, o které je pečováno, čas na zájmy, nebo třeba životní spokojenost.

Ve druhé části byl použit dotazník psychického vyhoření – Burnout Measure, dotazník BM, (Křivohlavý, 1998). Tento dotazník patří mezi nejvyužívanější metody k diagnostice výskytu a míry syndromu vyhoření. Jedná se o souhrnný dotazník. Autorem tohoto dotazníku je A. M. Pinesová se svým kolektivem. Dotazník má 21 otázek a je hodnocen 7 bodovou škálou celkového vyčerpání, kdy je vyčerpání dále děleno na fyzické, psychické a emocionální (Křivohlavý, 1998).

Oba dotazníky byly zpracovány online formou přes platformu Survio. Dotazníku bylo možné vyplňovat po dobu 13 dní a to od 27. února do 11. března 2024. Veřejná adresa dotazníku byla: <https://www.survio.com/survey/d/N3O6L8P6D4I5K2B3C>.

4.2.1 Dotazník Burnout Measure (BM)

Pro potřeby naší práce využíváme autorkou odsouhlasený překlad prof. Křivohlavého (Křivohlavý, 1998, p. 36–39). Jak bylo popsáno výše, dotazník BM sestává z 21 otázek, která respondent hodnotí prostřednictvím sedmibodové škály v rozsahu 1–7, přičemž každá ze sedmi hodnot alternuje konkrétní míru frekvence dotazovaného jevu. Tato míra je vyjádřena následujícími slovy:

1 – nikdy, 2 – jednou za čas, 3 – zřídka kdy, 4 – někdy, 5 – často, 6 – obvykle, 7 – vždy.

Výsledné skóre (BQ) se vypočítá na základě následujícího postupu:

1/ Je vypočtena položka **A** prostým součtem škálových hodnot u otázek:

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

2/ Je vypočtena položka **B** prostým součtem škálových hodnot u otázek:

3, 6, 19 a 20.

3/ Je vypočtena položka **C** podle vzorce: $C = 32 - B$

4/ Je vypočtena položka **D** podle vzorce: $D = A + C$

5/ Je vypočteno výsledné skóre **BQ** podle vzorce: $BQ = D: 21$, přičemž **BQ udává hodnotu psychického vyhoření** změřenou metodou **BM**. Výsledné hodnoty lze interpretovat na základě přiřazení do příslušné kategorie, které udávají výsledný psychický stav měřeného subjektu:

1/ Dobrý – hodnota **BQ < 2,0** (menší než 2)

2/ Uspokojivý – hodnota **BQ = 2,0 – 2,9** (v rozmezí 2 až 3)

3/ Doporučeno ujasnit si žebříček hodnot – **BQ = 3,0 – 3,9** (v rozmezí 3 až 4)

4/ Prokázána přítomnost syndromu vyhoření (resp. psychického vyčerpání) – **BQ = 4,0 – 4,9** (v rozmezí 4 až 5)

5/ Havarijní signál – **BQ > 5,0** (větší než 5) – je doporučeno neodkladně vyhledat odbornou pomoc.

4.3 Statistické zpracování dat

První část dotazníku byla vyhodnocena za pomoci popisné statistiky, díky které jsem vyjádřila počty a procenta jednotlivých odpovědí zanesené do grafů. Dotazník Burnout Measure byl vyhodnocen dle pokynů autorů. Respondenti byli rozčleněni do pěti kategorií na základě získaných výsledků BQ indexu. Závislost mezi jednotlivými otázkami dotazníku a mírou vyhoření bylo zjišťováno za pomoci metody kontingenčních tabulek, které byly doplněné Mann–Whitney U testem a Kruskal-Wallis Anova testem.

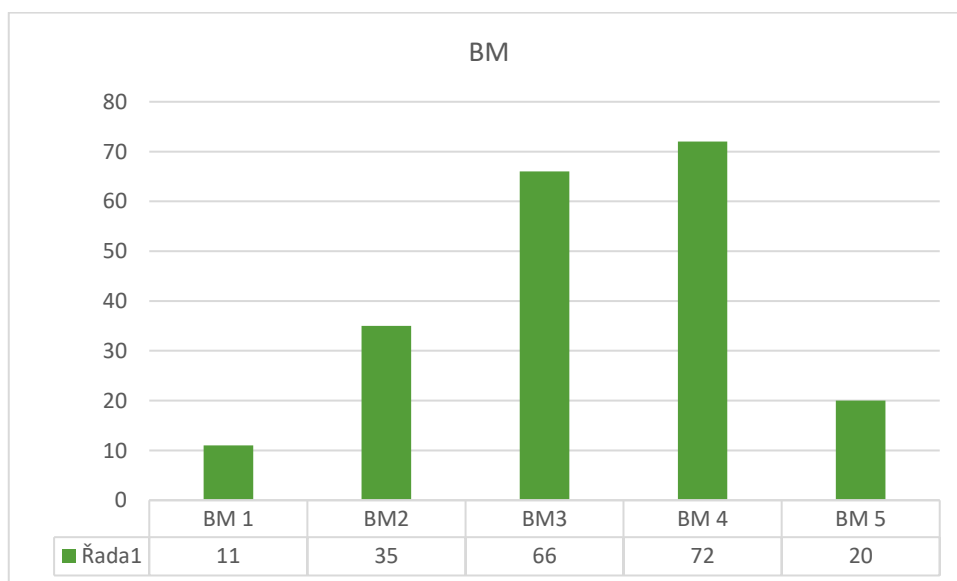
5 VÝSLEDKY

5.1 Vyhodnocení dotazníku BM

V této části jsou vyjádřeny výsledky výzkumu dotazníku Burnout Measure – BM. Výzkum proběhl u našich respondentů, rodičů pečujících o dítě, nebo děti s postižením. Výsledky provedeného výzkumu jsou uvedeny na následujícím obrázku a v tabulce.

Obrázek č. 4

Výsledky celého souboru v %. Rozdělení do skupin podle hodnot BM.



Tabulka č.2

Výsledné hodnoty BQ indexu s vyhodnocením psychického stavu

Hodnota BQ	Počet osob (%)	Výsledky z hlediska Psychologie zdraví
BM1 BQ <2	11 (6 %)	Dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví
BM2 2 < BQ < 3	35 (17 %)	Výsledek ještě uspokojivý
BM3 3 < BQ < 4	66 (32 %)	Doporučujeme se zamyslet nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života
BM 4 4 < BQ < 5	72 (35 %)	Zde je již možno považovat přítomnost psychického vyčerpání za prokázané
BM5 BQ > 5	20 (10 %)	Tento stav je potřeba považovat za alarmující, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta

5.2 Syndrom vyhoření a vztah mezi jednotlivými jevy

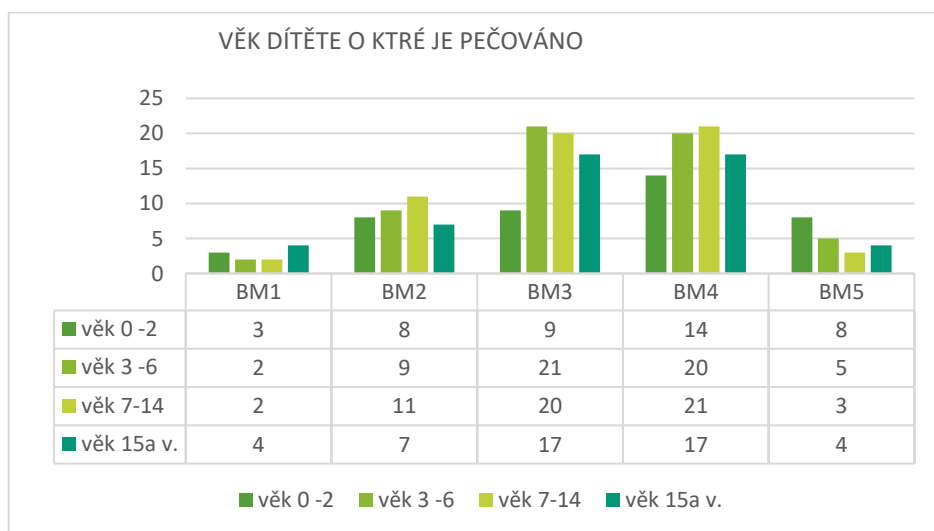
V této části se věnujeme výsledkům dotazníku Burnout Measure, ve vztahu k jednotlivým proměnným.

Měření bylo vyhodnoceno na základě hodnocení proměnných k výsledné hodnotě BQ. Hodnocení je tvořeno na základě výsledků hodnot BQ, rozdělené do pěti kategorií BM1 až BM5, doplněné Mann–Whitney U test a Kruskal–Wallis Anova test, kdy hladina statistické významnosti je stanovena hodnotou $p \leq 0,05$.

5.2.1 Rozdělení dle věku dítěte, o které je pečováno

Obrázek č. 5

Výsledky celého souboru. Rozdělení do skupin podle věku dítěte, o které je pečováno.



Tabulka č. 3

BQ hodnot věk dítěte, o které je pečováno

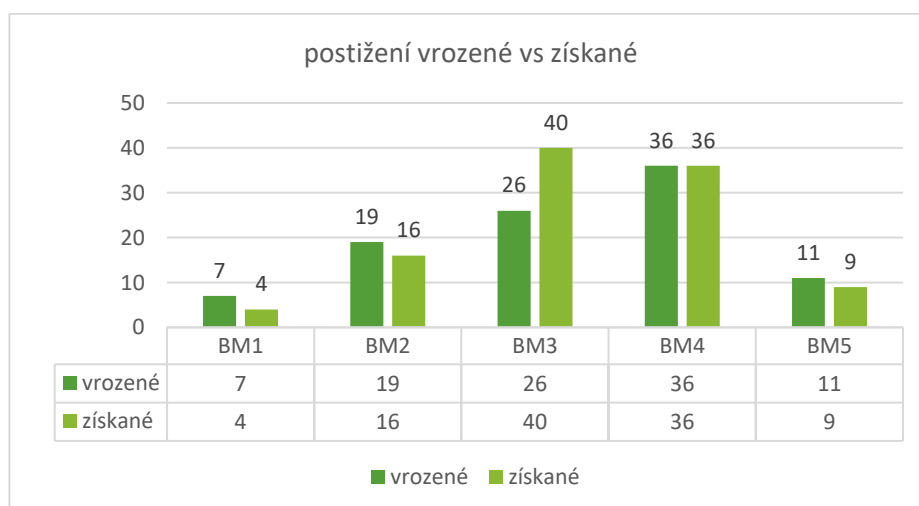
	minimum	maximum	medián	průměr	Sm. odchylka
0-2 roky	1,4	6,9	4	3,8	1,2
3-6 let	1,5	6,6	3,9	3,7	0,9
7-14 let	1,7	6,4	3,7	3,6	1
15 a více	1,2	6,1	3,8	3,67	1,1

Děti jsme rozdělili do 4 skupin podle věku. Skupinu číslo 1 tvoří děti ve věku od 0 do 2 let. O tuto skupinu dětí pečuje 42 rodičů (20,59 %). Druhou skupinu tvoří děti ve věku od 3 do 6 let. V této skupině je 57 respondentů (27,94 %). Ve třetí skupině jsou děti školou povinné, a to ve věku od 7 do 14 let, shodně s předešlou skupinou 57 respondentů (27,94 %). Čtvrtou skupinu uzavírají nejstarší děti, ve věku 15 let a více. V této skupině bylo 48 respondentů (23,53 %). V BQ hodnotách uvedené v tabulce 3 nevidíme žádný znatelný rozdíl.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na věk dítěte, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činila $p = 0,66768$ a $p = 0,70016$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat vliv věku dítěte na syndrom vyhoření. Věk dítěte tedy nemá vliv na vyčerpání rodičů. Pečující rodič o malé dítě, je stejně ohrožen jako pečující rodič dítěte školního věku či staršího.

Tabulka č. 4*BM hodnoty, statistika věk dítěte, o které je pečováno*

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	9,408751	df=12	p=0,66768
M-V chí-kvadr.	9,032455	df=12	p=0,70016

5.2.2 Rozdělení podle toho, zda je postižení vrozené**Obrázek č.6***rozdělení respondentů podle toho, zda je postižení vrozené, nebo získané***Tabulka č. 5***BQ postižení*

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchyl.
Vrozené	1,3	6,9	3,9	3,7	1,2
získané	1,2	5,8	3,8	3,7	0,9

Další proměnnou v našem případě je to, zda je postižení dítěte vrozené, nebo získané. Obě skupiny jsou téměř vyrovnané svým zastoupením. Vrozené postižení bylo zjištěno u 99 respondentů (48,53 %) a jako získané postižení u svého dítěte označilo 105 respondentů (51,47 %).

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, zda postižení dítěte je vrozené, nebo získané, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,39634$ a $p = 0$,

39234. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, že by mělo na syndrom vyhoření vliv to, zda je postižení vrozené, nebo získané.

Tabulka č. 6

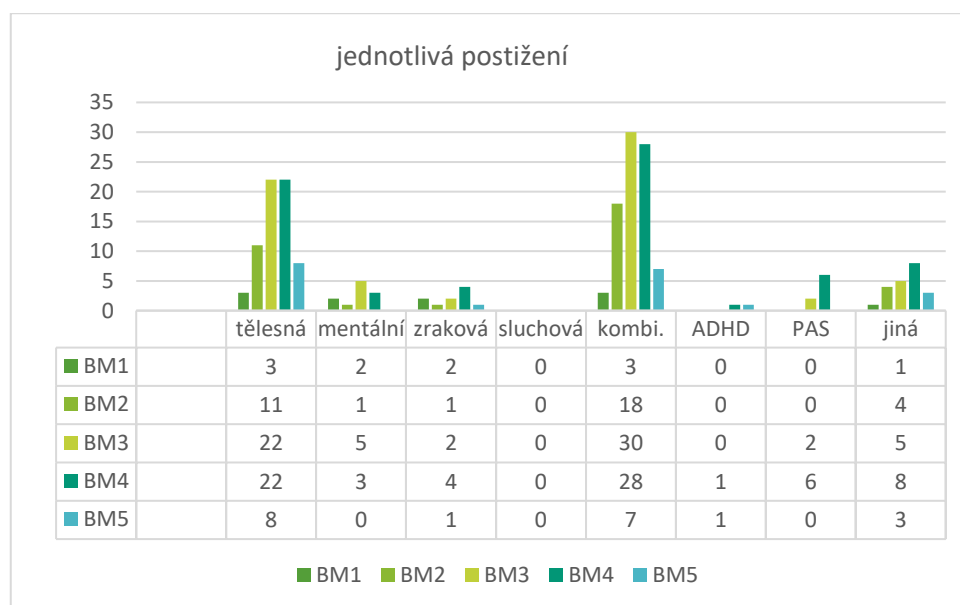
BM hodnoty, statistika u postižení vrozeného, nebo získaného

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	4,072073	df=4	p=0,39634
M-V chí-kvadr.	4,102314	df=4	p=0,39234

5.2.3 Jednotlivá postižení

Obrázek č.7

rozdělení podle jednotlivých postižení



Tabulka č. 7*BQ mezi jednotlivými postiženími*

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
tělesné	1,4	6,9	3,8	3,7	1
mentální	1,2	6,4	3,7	3,2	1
zrakové	1,4	5,2	3,9	3,5	1,3
kombi	1,2	6,4	3,7	3,6	1
ADHD	4,2	6	5,1	5,1	1,2
PAS	3,6	4,8	4,4	4,3	0,4
jiné	1,8	5,7	4,1	3,8	1

Přestože rozdíl mezi jednotlivými postiženími nevyšel významný, na našem obrázku můžeme vidět, že tam nějaké rozdíly jsou. Číslo šest jsou rodiče dětí s ADHD. Respondenti s péčí o děti s ADHD jsou v našem výzkumném vzorku pouze 2. Jeden respondent je z hlediska psychického zdraví ve skupině BM4 a jeden rodič ve skupině BM 5. Máme tedy dva respondenty pečující o dítě s ADHD a u obou se prokázal výskyt syndromu vyhoření. V tabulce č. 7 si všimněme, že rodiče pečující o dítě s ADHD vykazují nejvyšší průměrné hodnoty BQ a to 5,1. Druhé nejvyšší hodnoty BQ mají respondenti pečující o dítě s PAS. Vyhodnocení sluchového postižení v tabulce č. 8 zcela chybí, protože v našem výzkumném vzorku zastoupení tohoto postižení, bylo nulové.

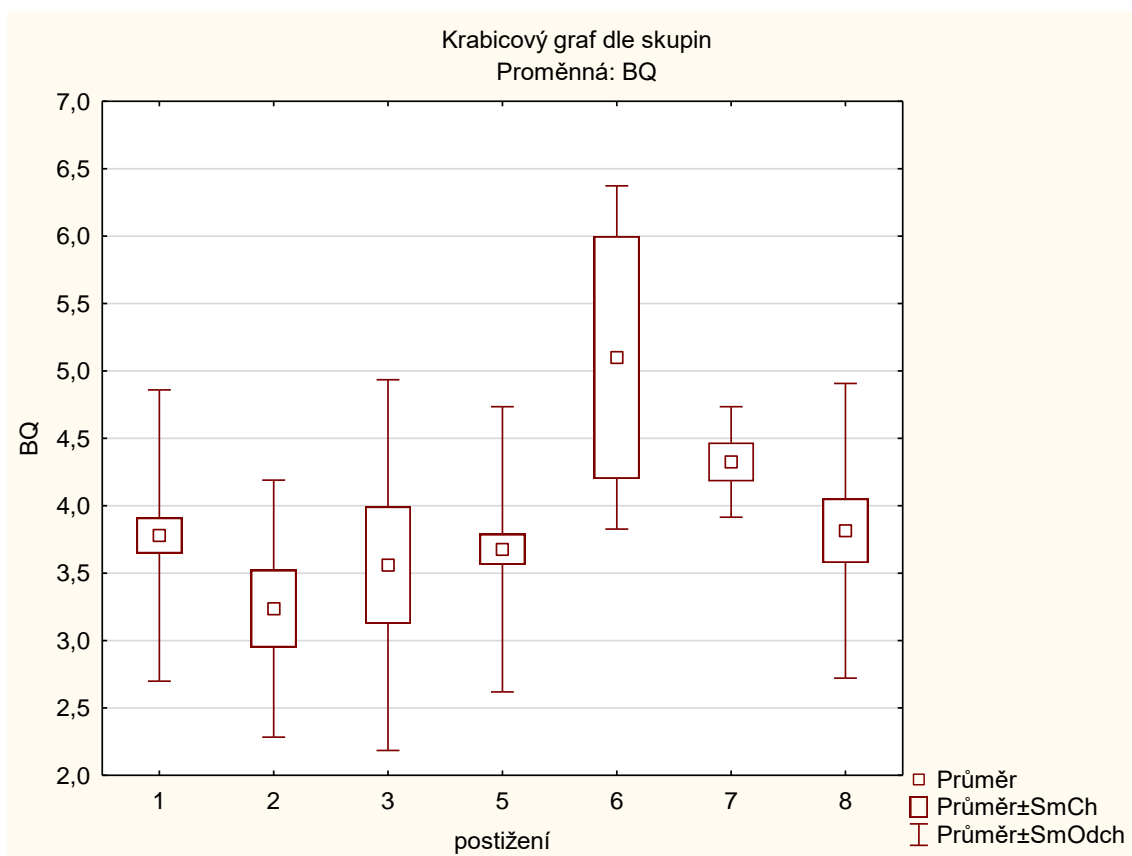
Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na jednotlivá postižení, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,42404$ a $p = 0,45210$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, že by měla jednotlivá postižení vliv na syndrom vyhoření.

Tabulka č. 8*BM hodnoty, statistika u jednotlivých postižení*

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	24,66685	df=24	p=0,42404
M-V chí-kvadr.	24,16672	df=24	p=0,45210

Obrázek č. 8

Krabicový graf jednotlivých postižení



5.2.4 Rozdělení podle toho, zda respondenti při péči o své dítě s postižením chodí do práce

Obrázek č. 9

rozdělení respondentů podle toho, zda chodí do práce



Tabulka č. 9

BQ hodnot, podle toho, jak respondenti chodí do práce

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchyl.
Plný úvaz.	1,4	5,8	3,5	3,3	1,1
zkrácený	1,2	6	3,7	3,5	0,9
Z domu	2,2	4,8	4,4	3,8	1
nepracuji	1,8	6,9	4	4	1,1
MD	2,1	6	3,9	3,7	1
jinak	2,1	5	3,8	3,7	0,8

Zjišťovali jsme také, jestli má na míru vyhoření, vliv to, zda respondenti při péči o dítě s postižením, chodí také do práce. 34 respondentů odpovědělo, že chodí normálně do práce na plný úvazek (16,67 %). Na zkrácený úvazek pracuje 52 respondentů (25,49 %). Pečujících rodičů, kteří pracují z domu, máme v našem výzkumném vzorku 7 (3,43 %). Pečujících rodičů, kteří nepracují, protože jim to péče o jejich dítě s postižením nedovolí, máme v našem výzkumném vzorku 57 (27,94 %). Toho času na mateřské dovolené je 42 pečujících rodičů. V poslední skupině respondentů, kteří to mají ještě jinak, což jsou většinou podnikatelé, kteří jsou schopni si pracovní dobu upravovat, jak sami potřebují, máme 12 respondentů (5,88). V tabulce č. 9 si

všimněme, že nejhorší průměrné BQ hodnoty vykazují respondenti, kteří nechodí do práce vůbec. Naopak nejlepší průměrné BQ hodnoty vykazují respondenti, kteří pracují na plný úvazek.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, zda respondenti chodí při péči o dítě s postižením do práce, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,16464$ a $p = 0,14966$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, že by mělo vliv na míru syndromu vyhoření to, jestli respondenti chodí do práce, nebo ne.

Tabulka č. 10

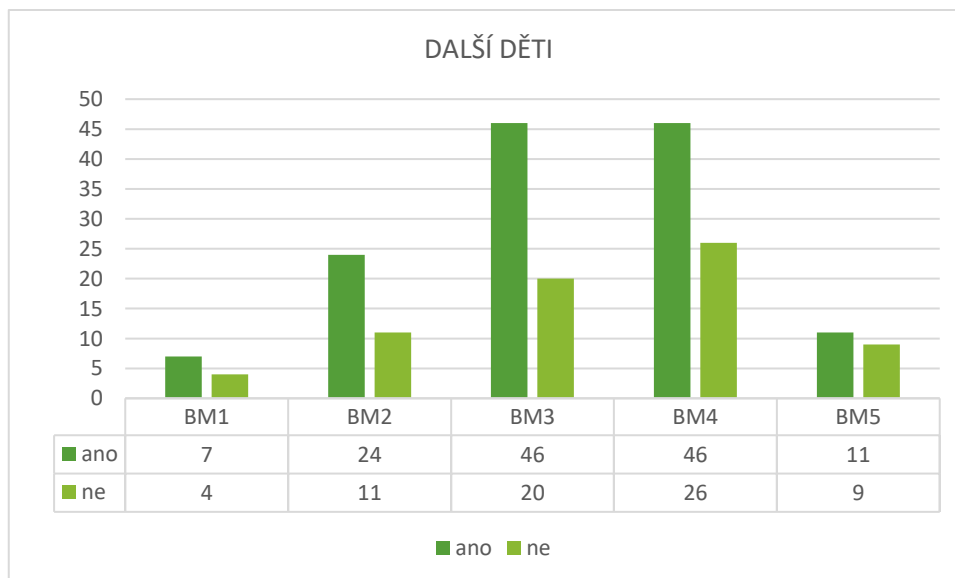
BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda chodí do práce

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	26,03566	df=20	p=0,16464
M-V chí-kvadr.	26,50879	df=20	p=0,14966

5.2.5 Péče o další děti

Obrázek č. 10

rozdělení respondentů podle toho, zda pečují o další děti



Zjišťovali jsme, zda respondenti pečují o další děti a jestli to má vliv na míru vyhoření v našem výzkumném vzorku. O další dítě, nebo děti pečuje 134 respondentů (65,69). 70 respondentů (34,31 %) odpovídalo, že o další děti nepečuje.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření a péče o další děti, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena

statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,78393$ a $p = 0,78921$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, že by péče o další děti měla vliv na míru syndromu vyhoření

Tabulka č. 11

BQ hodnot, péče o další děti

Další děti	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
ano	1,2	6,9	3,8	3,7	1
ne	1,4	6,6	3,9	3,7	1,1

Tabulka č. 12

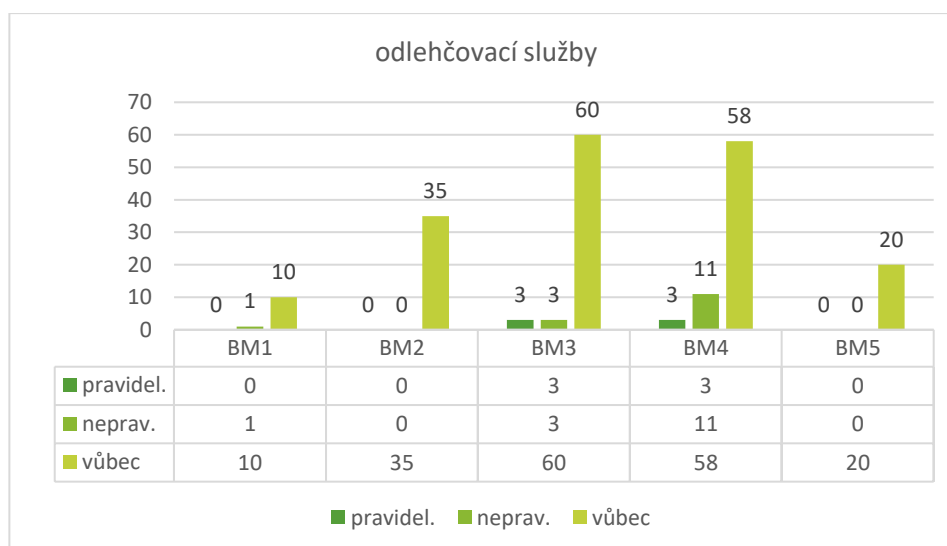
BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda pečují o další děti

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	1,737292	df=4	$p=0,78393$
M-V chí-kvadr.	1,708302	df=4	$p=0,78921$

5.2.6 Využívání sociálních služeb

Obrázek č. 11

rozdělení respondentů podle toho, zda využívají odlehčovací služby



Tabulka č. 13*BQ odlehčovací služby*

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
pravidelně	3	4,7	4,1	3,9	0,6
nepravidelně	1,9	4,8	4,1	3,9	0,7
vůbec	1,2	6,9	3,8	3,7	1,1

Dalšími proměnnými, kterými jsme se zabývali v našem výzkumném vzorku, je využívání sociálních služeb, a to služby provázení, raná péče a odlehčovací služby. Službu provázení využilo v souvislosti s postižením svého dítěte 29 respondentů (14,22 %) a 175 respondentů (85,78 %) ne. Vyhodnocení závislosti míry vyhoření a využití služby provázení, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,97730$ a $p = 0,97706$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, vliv na syndrom vyhoření.

Další služba, kterou jsme prověřovali v našem výzkumném vzorku, je raná péče. 106 respondentů (51,96 %) využilo služeb rané a péče a 98 respondentů (48,04 %) ne. Ani zde se nepodařilo prokázat statistickou významnost. Vyhodnocení závislosti míry vyhoření a využití služby rané péče, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,71269$ a $p = 0,71023$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, vliv na syndrom vyhoření.

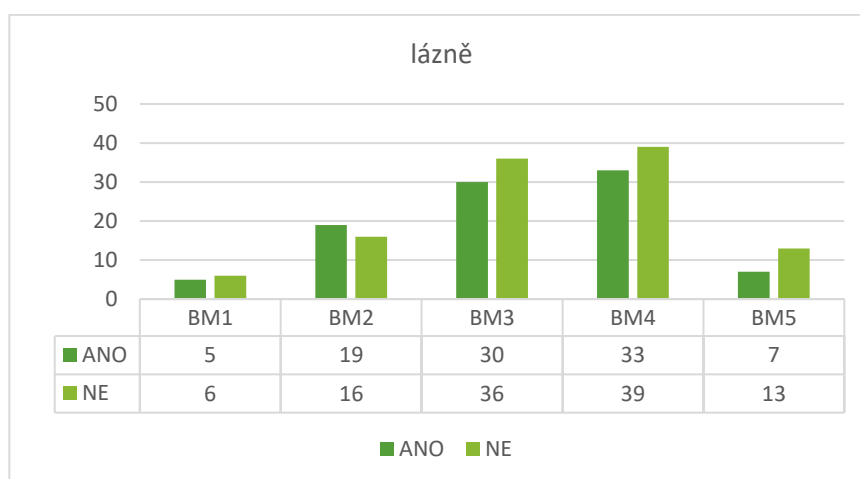
Odlehčovací služby využívá 6 respondentů (2,94 %) pravidelně, 15 respondentů (7,35 %) nepravidelně a 183 respondentů (89,71 %) nevyužívá odlehčovací služby vůbec. V tabulce č. 12 vidíme BQ hodnoty respondentů. Podle toho, jak využívají odlehčovací služby. Průměrné BQ 3,9 vykazují respondenti, kteří, odlehčovací služby využívají ať už pravidelně, nebo nepravidelně. Respondenti, kteří odlehčovací služby nevyužívají, vykazují průměrné BQ 3,7. To může být způsobeno tím, že v této skupině, jsou rodiče, kteří tyto služby nevyužívají proto, že si to postižení jejich dítěte nežadá. Ale může to mít samozřejmě důvody zcela jiné.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření a využívání odlehčovacích služeb, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,05598$ a $p = 0,01169$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv využívání odlehčovacích služeb na syndrom vyhoření. Respondenti, kteří využívají odlehčovacích služeb vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří odlehčovacích služeb nevyužívají.

Tabulka č. 14*BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda využívají odlehčovací služby*

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	15,16699	df=8	p=0,05598
M-V chí-kvadr.	19,66352	df=8	p=0,01169

5.2.7 Lázeňství, terapie

Obrázek č. 12*rozdělení respondentů podle toho, zda jezdí se svým dítětem s postižením, do lázní***Tabulka č. 15***BQ hodnoty rozdělení podle toho, zda respondenti jezdí se svým dítětem do lázní*

lázně	minimum	Maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
ano	1,2	6,4	3,8	3,6	1
ne	1,4	6,9	3,9	3,8	1

Další proměnnou, kterou jsme zjišťovali u našeho výzkumného vzorku je lázeňství. Otázka zněla, zda jezdí se svým dítětem do lázní, či nikoli. Na tuto otázku odpovědělo 94 respondentů (46,08 %) že ano, jezdí se svým dítětem s postižením do lázní. 110 respondentů (53,92 %) se svým dítětem do lázní nejezdí. V tabulce 14 vidíme, že BQ hodnoty u respondentů, kteří jezdí se svým dítětem pravidelně do lázní, mají lehce nižší hodnoty. V tabulce č. 15 si můžeme všimnout lehce lepších výsledků u respondentů, kteří do lázní s dítětem s postižením jezdí.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření a ježdění do lázní, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena

statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,74484$ a $p = 0,74181$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, vliv využívání lázeňství na míru syndromu vyhoření.

Tabulka č. 16

BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda jezdí se svým dítětem, do lázní

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	1,950604	df=4	$p=0,74484$
M-V chí-kvadr.	1,967112	df=4	$p=0,7418$

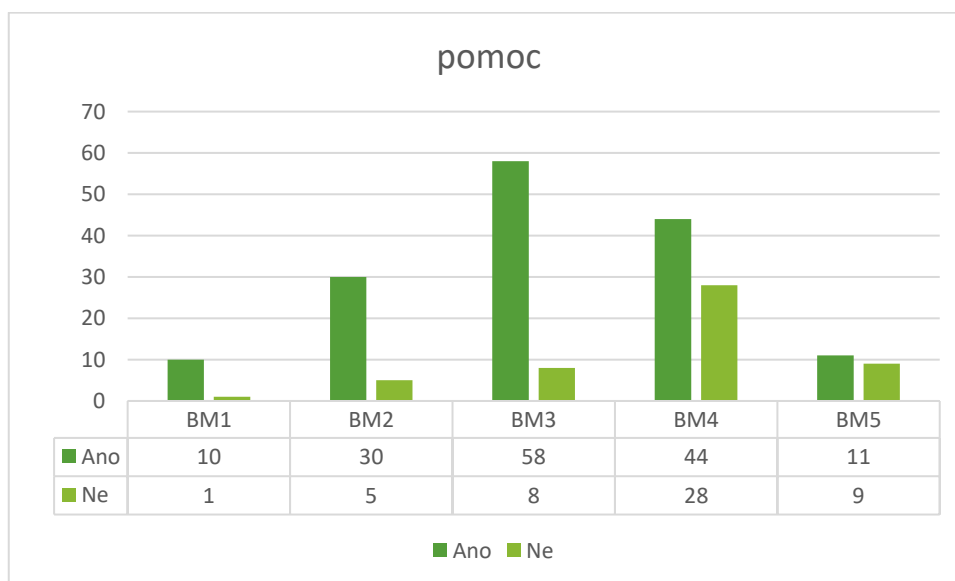
U naše výzkumného vzorku jsme zjišťovali, zda jsou respondenti s dítětem s postižením, v nějaké terapii. 124 respondentů (60,78 %) odpovídalo že ano a 80 respondentů (39,22 %) odpovídalo, že v žádné terapii se svým dítětem není.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na využívání terapií se svým dítětem s postižením, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě nebyla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,23118$ a $p = 0,22723$. V našem výzkumném vzorku se tedy nepodařilo prokázat, vliv využívání terapií na míru syndromu vyhoření.

5.2.8 Pomoc

Obrázek č. 13

rozdělení respondentů podle toho, zda se mají, na koho obrátit



Tabulka č. 17*BQ mám se na koho obrátit*

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
ano	1,2	6,3	3,6	3,5	1
ne	1,8	6,9	4,3	4,3	1

Další proměnnou, kterou jsme zkoumali v našem výzkumném vzorku je, jestli se pečující osoba má na koho obrátit, když potřebuje pomoc s péčí o dítě s postižením. Na tuto otázku odpovědělo 153 respondentů, ano (75 %) a 51 respondentů odpovídalo, že nemá, na koho se obrátit s prosbou o pomoc (25 %). V tabulce č. 16 vidíme, že rodiče, kteří mají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc, vykazují hodnoty BQ průměrně 3,5. Rodiče, kteří nemají, na koho se obrátit vykazují průměrnou hodnotu BQ 4,3.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, zda mám, na koho se obrátit s prosbou o pomoc s péčí o dítě s postižením, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,00030$ a $p = 0,00025$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv na syndrom vyhoření, to, zda mám, či nemám koho požádat o pomoc s péčí o dítě s postižením. Respondenti, kteří mají, na koho se obrátit s péčí o dítě s postižením vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří nemají se na koho obrátit.

Tabulka č. 18*BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda se mají na koho obrátit*

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	21,14016	df=4	p=0,00030
M-V chí-kvadr.	21,51730	df=4	p=0,00025

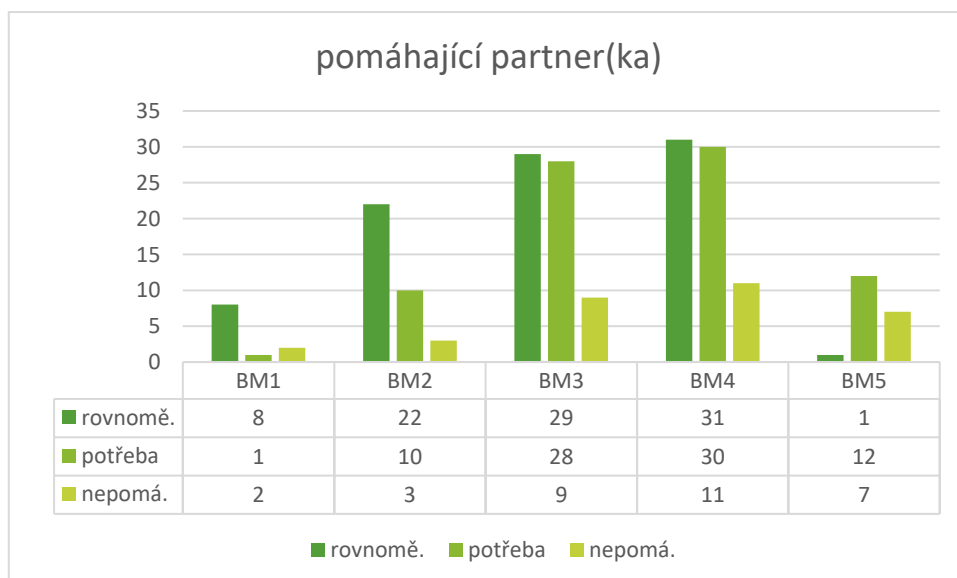
Tabulka č.19

Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Má se na koho obrátit? Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$

Sčt poř. 1 pl.sk.2	Sčt poř. Skup. 1	U	Z	p-hodnot	Z upravené	p-hodnot	pl.sk
14018,50	6891,500	2237,500	-4,55623	0,000005	-4,55901	0,000005	
153	51						

Obrázek č. 14

rozdělení respondentů podle toho, zda pomáhá partner(ka)



Tabulka č. 20

BQ hodnoty, pomáhající partner(ka)

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
Rov. Rozděl.	1,2	5	3,4	3,3	0,9
potřeba	1,4	6,9	4	4	1
nepomáhá	1,4	6,4	4,1	4	1,1

Další otázka zněla, jestli partner(ka) pomáhá s péčí o dítě s postižením. 91 dotazovaných odpovědělo ano, povinnosti máme rovnoměrně rozděleny (44,61 %). Variantu že partner(ka) pomáhá jen když je potřeba zvolilo 81 dotazovaných (39,71 %) a nepomáhá vůbec, odpovědělo

32 dotazovaných (15,69 %). Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, zda partner(ka) pomáhá s péčí o dítě s postižením, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,00256$ a $p = 0,00057$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv na míru syndromu vyhoření, to, zda partner(ka) pomáhá, či nepomáhá s péčí o dítě s postižením. Respondenti, kterým partner(ka) pomáhá s péčí o dítě s postižením vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kterým partner(ka) nepomáhá. V tabulce č. 15 vidíme, že u rodičů, kteří mají povinnosti rovnoměrně rozděleny mezi sebou, je průměrná hodnota BQ 3,3. Rodiče, kterým partner(ka) nepomáhá vůbec, vykazují průměrné BQ 4.

Na obr. 15, vidíme krabicový graf BQ hodnot, pomáhající partner. Číslo jedna je varianta, kdy mají partneři povinnosti rovnoměrně rozděleny. 91 respondentů odpovídalo, že mají povinnosti v péči o dítě s postižením rovnoměrně rozděleny. Tito respondenti vykazují nižší hodnoty míry výskytu syndromu vyhoření, jak respondenti u dalších variant, kdy varianta dvě je partner, pomáhající jen když je potřeba, tak odpovídalo 81 respondentů a varianta tři kde je 32 respondentů, kdy partner(ka) nepomáhá vůbec.

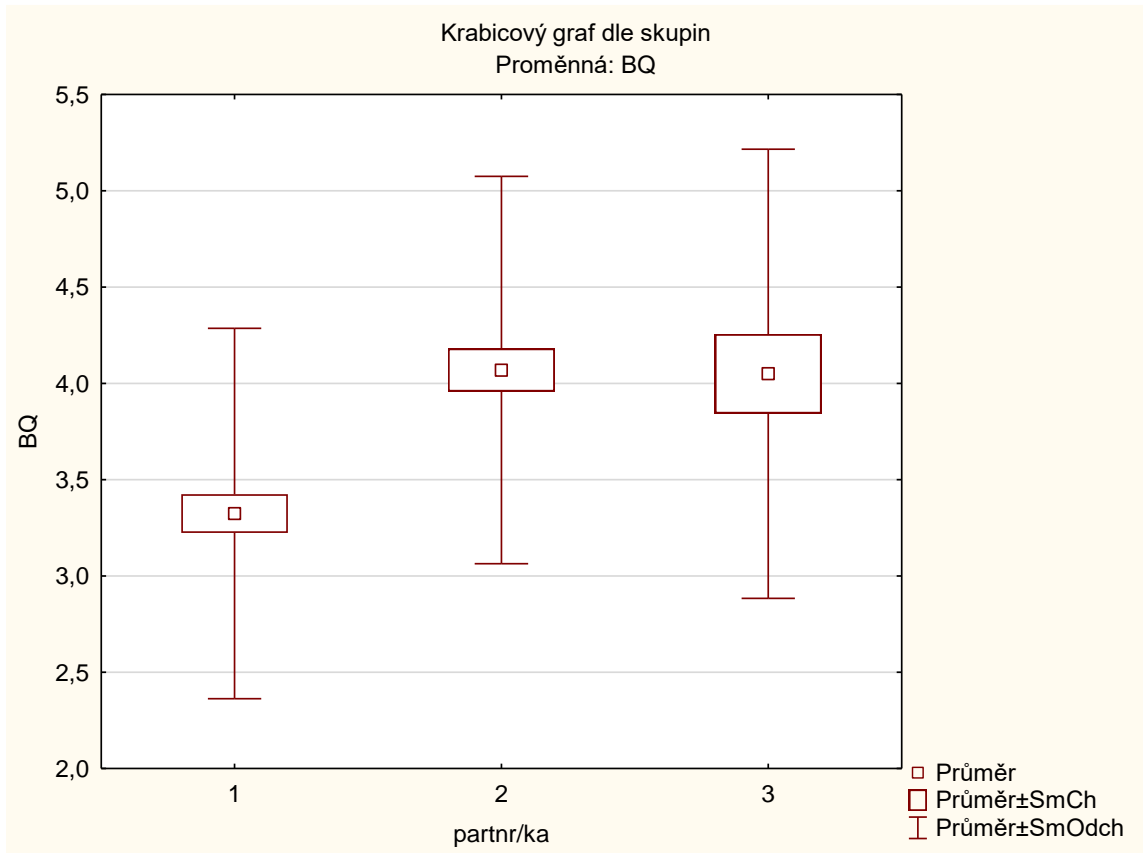
Tabulka č. 21

BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda pomáhá partner(ka)

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	23,71215	df=8	p=0,00256
M-V chí-kvadr.	27,53977	df=8	p=0,00057

Obrázek č. 15

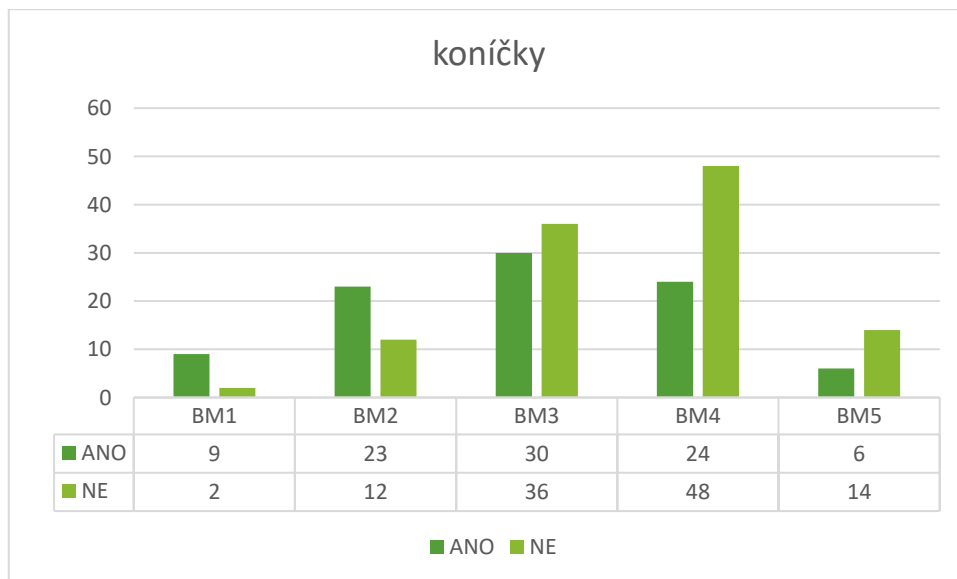
krabicový graf, pomáhající partner(ka)



5.2.9 Koníčky a pohybová aktivita

Obrázek č. 16

rozdělení respondentů podle toho, zda mají čas na své koníčky



Tabulka č. 22*BQ hodnoty, čas na zájmy*

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
Ano	1,2	6,3	3,3	3,4	1,1
ne	1,7	6,9	4	4	0,9

V této části řešíme čas na zájmy a koníčky, četnost PA a životní spokojenost respondentů. Čas na své koníčky má 92 respondentů (45,10 %), naopak 112 respondentů na své koníčky čas nemá (54,90 %). V tabulce č. 21, můžeme vidět, že pečující rodiče, kteří mají čas na své zájmy, vykazují nižší hodnoty, tedy lepší psychický stav než rodiče, kteří na své zájmy čas nemají. V tabulce č. 21 vidíme že průměrné hodnoty BQ respondentů, kteří mají čas na své zájmy je 3,4 a u respondentů, kteří na své zájmy čas nemají je průměrná hodnoty BQ 4.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, zda mám čas na své zájmy, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,00131$ a $p = 0,00105$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv na syndrom vyhoření, to, zda máme čas na své koníčky. Respondenti, kteří mají čas na své koníčky, vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří na své koníčky čas nemají.

Tabulka č.23

Mann-Whitneyův U Test Dle proměn koníčky. Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$

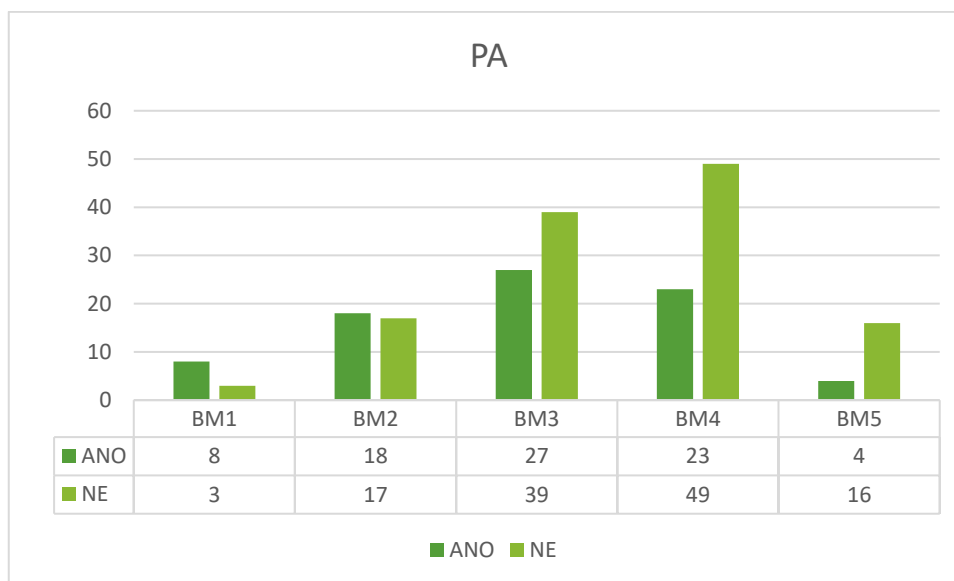
Sčt poč.	Sčt poč.	U	Z	p-hodnot	Z upravené	p-hodnot
Skup. 1	Skup. 2					
7679,500	13230,50	3401,500	-4,17108	0,000030	-4,17363	0,000030

Tabulka č. 24*BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda mají čas na své zájmy*

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	17,86810	df=4	p=0,00131
M-V chí-kvadr.	18,36334	df=4	p=0,00105

Obrázek č. 17

rozdělení respondentů podle toho, zda vykonávají nějakou PA



Tabulka č. 24

BQ hodnoty, vykonávání PA

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
ano	1,2	6	3,3	3,3	1
ne	1,7	6,9	4	3,9	0,9

Další otázka byla, zda respondenti provozují nějakou pohybovou aktivitu, trvající alespoň 30 minut. 80 respondentů (39,22 %) odpovědělo že ano, 124 respondentů (60,78 %) odpovědělo že neprovozuje. Tabulka č. 23 ukazuje průměrnou hodnotu BQ 3,3 u respondentů, kteří nějakou PA vykonávají a průměrnou hodnotu BQ 4 u respondentů. Kteří žádnou pohybovou aktivitu nevykonávají.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, zda provozují, nebo neprovozují nějakou pohybovou aktivitu, trvající alespoň 30 minut, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,01629$ a $p = 0,01506$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv na syndrom vyhoření, to, zda provozujeme, nebo neprovozujeme nějakou pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut. Respondenti, kteří pohybovou aktivitu provozují, vykazují lepší psychický stav, jak respondenti, kteří pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut, neprovozují.

Tabulka č.25

Mann-Whitneyův U Test Dle proměn. Má se na koho obrátit? Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,05000$

Sčt poř. Skup. 1	Sčt poř. Skup. 2	U	Z	p-hodnot	Z upravené	p-hodnot
6499,500	14410,500	3259,500	-4,12959	0,000036	-4,13211	0,000036

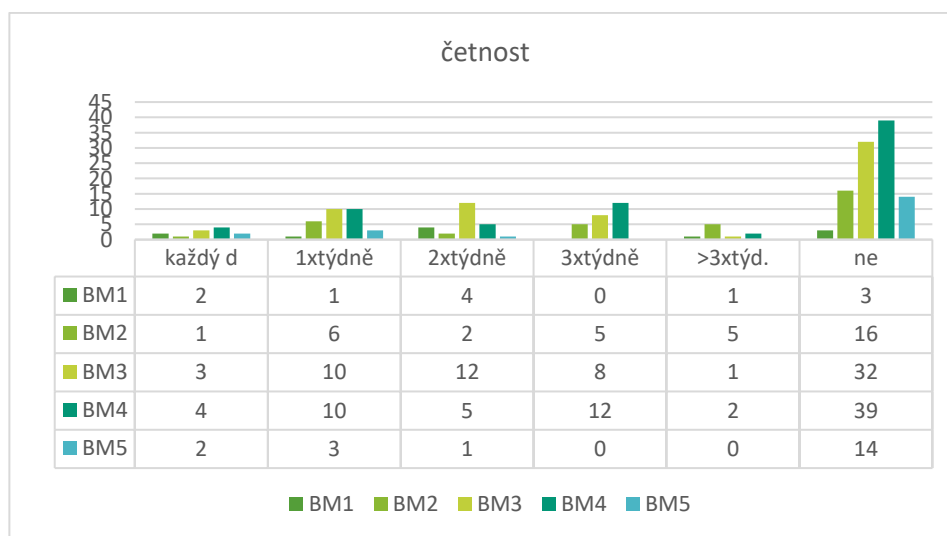
Tabulka č. 26

BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda vykonávají nějakou PA

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	12,14689	df=4	p=0,01629
M-V chí-kvadr.	12,32986	df=4	p=0,01506

Obrázek č. 18

rozdělení respondentů podle toho, jak často PA vykonávají



U pohybové aktivity jsme se ještě ptali respondentů, jak často pohybovou aktivitu vykonávají? Každý den vykonává pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut 12 respondentů (5,88 %). Jednou týdně vykonává pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut 30 respondentů (14,71 %). Dvakrát týdně pohybovou aktivitu vykonává 24 respondentů (11,76 %). Třikrát týdně vykonává pohybovou aktivitu 25 respondentů (12,25 %). Více jak třikrát týdně vykonává pohybovou aktivitu 9 respondentů (4,41 %). Žádnou pohybovou aktivitu nevykonává 104

respondentů (50,98 %). V tabulce č. 25 vidíme hodnoty BQ podle četnosti pohybové aktivity. Nejlepší výsledky mají respondenti, kteří vykonávají PA více jak 3x týdně, a to průměr 2,7. Naopak nejhorší výsledky mají respondenti, kteří PA nevykonávají vůbec, a to průměrně 4. Překvapivé výsledky jsou u skupiny, která uvedla, že vykonává PA denně. Tito respondenti mají průměrnou hodnotu BQ 3,9.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, jak často provozují pohybovou aktivitu trávící alespoň 30 minut, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,02119$ a $p = 0,02392$. To, jak často mají respondenti čas se věnovat zájmům, se nám podařilo prokázat jako významné na míru vyhoření. Respondenti, kteří mají ve svém volnu čas na své zájmy vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří na zájmy během týdne čas nemají.

Tabulka č. 27

BQ hodnoty četnost PA

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
denně	1,2	5,7	3,9	3,5	1,3
1x týdně	1,8	6	3,6	3,6	1,1
2x týdně	1,3	6	3,6	3,3	1
3x týdně	2	4,7	3,7	3,6	0,7
<3x týdně	1,4	4,6	2,7	2,9	1
vůbec	1,7	6,9	4	3,9	1

Tabulka č. 28

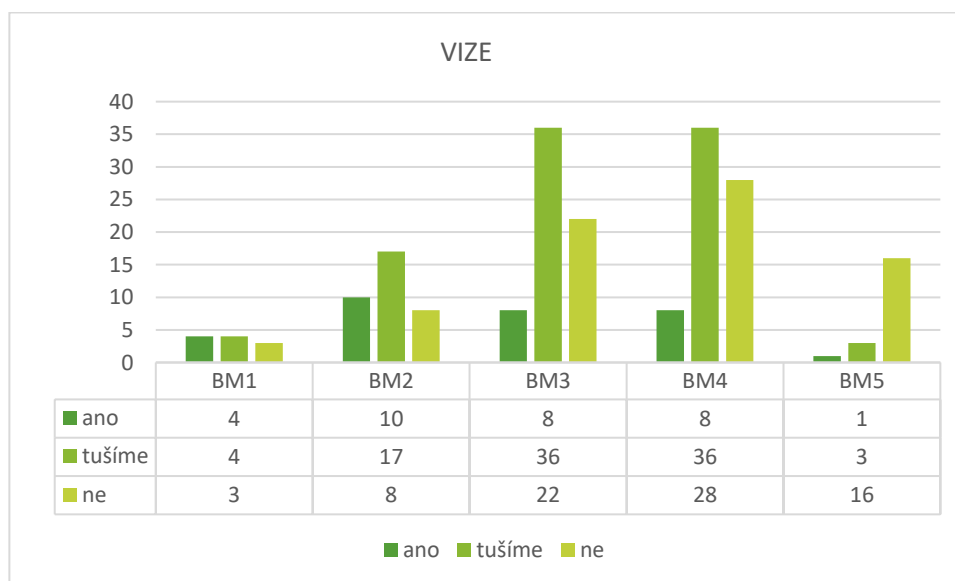
BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, jak často vykonávají nějakou PA

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	34,80171	df=20	p=0,02119
M-V chí-kvadr.	34,33961	df=20	p=0,02392

5.2.10 Vize a životní spokojenost

Obrázek č. 19

rozdělení respondentů podle toho, zda mají nějakou vizi do budoucna



Tabulka č. 29

BQ hodnoty, vize do budoucna

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
ano	1,2	5,7	3	3,1	1,1
tušíme	1,4	6	3,8	3,6	0,8
ne	1,3	6,9	4	4	1,1

Na otázku, zda respondenti mají nějakou vizi do budoucna odpovídalo 31 respondentů ano, máme přesnou představu a víme co chceme (15,20 %). Tušíme, nejsme si jisti tím, co bude odpovídalo 96 respondentů (47,06 %). 77 respondentů odpovídalo ne nevíme, nemáme vůbec tušení, co nás čeká, co bude (37,75 %). Respondenti, kteří mají nějakou vizi do budoucna mají průměrnou hodnotu BQ 3. Respondenti, kteří žádnou vizi do budoucna nemají mají průměrné BQ 4. Tabulka č. 27.

Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, Jestli máme nějakou vizi do budoucna, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,00053$ a $p = 0,00098$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv na syndrom vyhoření, to, jestli máme nějakou vizi do budoucna, nebo ne.

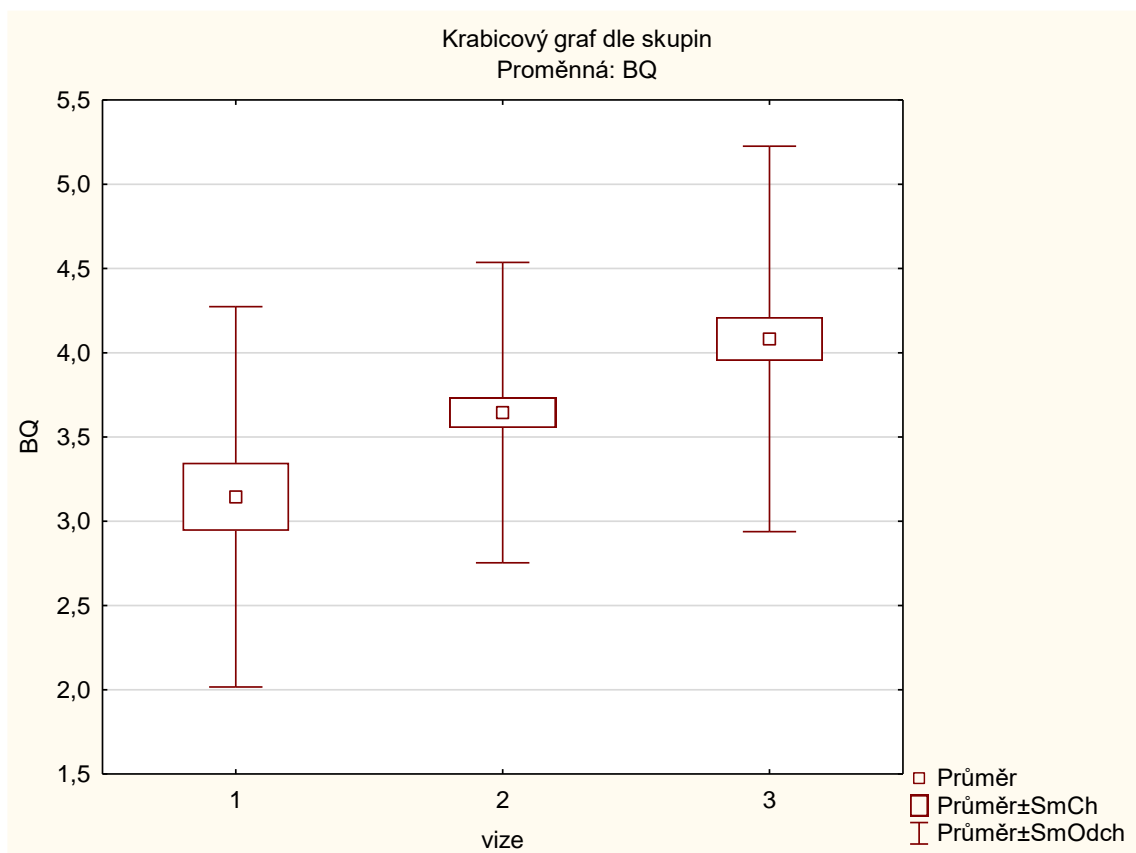
Tabulka č. 30

BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda mají nějakou vizi do budoucna

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	27,70520	df=8	p=0,00053
M-V chí-kvadr.	26,17026	df=8	p=0,00098

Obrázek č. 20

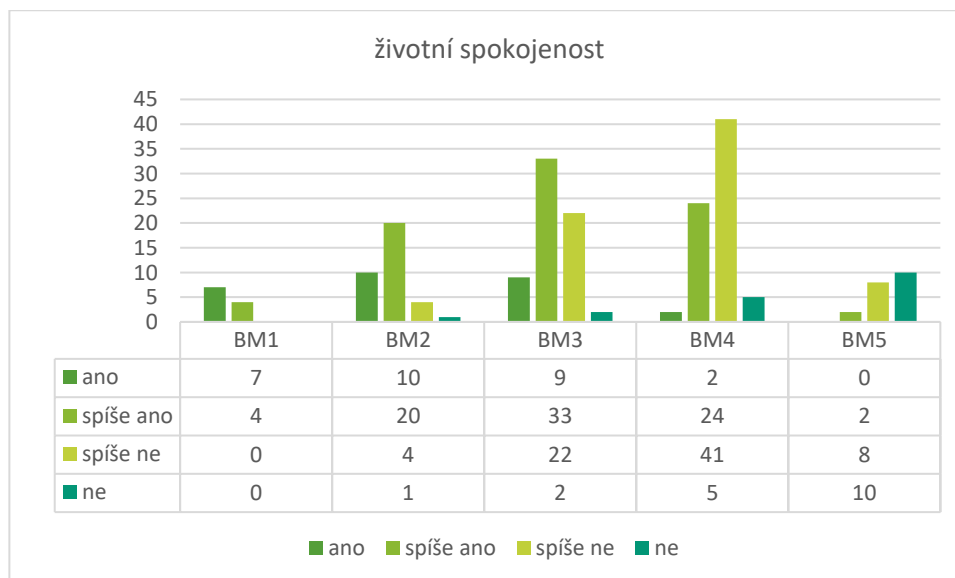
Krabicový graf vize do budoucna



Poslední otázka byla, zda jsou respondenti v současné době se svým životem spokojeni. 28 respondentů odpovídalo ano, jsou v současné době se svým životem spokojeni (13,73 %). 83 respondentů na tuto otázku odpovídali, spíše ano (40,69 %). Spíše ne, odpovídalo 75 respondentů (36,76 %). 18 respondentů (8,82 %) odpovídalo, ne, nejsme v současné době se svým životem spokojeni.

Obrázek č. 21

rozdělení respondentů podle toho, zda jsou se svým životem spokojeni



Tabulka č. 31

BQ hodnoty, spokojenost v životě

	minimum	maximum	medián	průměr	Sm.odchylka
ano	1,2	4,6	2,7	2,6	0,9
Spíše ano	1,3	5,8	3,4	3,4	0,8
Spíše ne	2,1	6,4	4,2	4,1	0,7
Ne	2,8	6,9	5	4,9	1,1

V tabulce č. 29 vidíme vyhodnocení BQ hodnot respondentů, podle toho, jak se ve svém životě spokojeni. Spokojení respondenti vykazují průměrné hodnoty BQ 2,6. Respondenti, kteří ve svém životě spokojeni nejsou vykazují průměrné hodnoty BQ 4,9. Vyhodnocení závislosti míry vyhoření na to, Jestli jsme se svým životem spokojeni, bylo provedeno metodou Pearsonův Chíkvadrát. Test je významný na hladině $p \leq 0,05$. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. Výsledná hodnota činí $p = 0,00000$ a $p = 0,00000$. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat že životní spokojenost, má vliv na výskyt syndromu vyhoření.

Respondenti, kteří jsou ve svém životě v současné době spokojeni vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří v současné době ve svém životě spokojeni nejsou.

Na obrázku 22 vidíme krabicový graf, BQ hodnot podle toho, jak jsou respondenti ve svém životě spokojeni. Ve svém životě je spokojeno 28 respondentů a ti vykazují nejnižší míru syndromu vyhoření. Naopak nevyšší míru syndromu vyhoření vykazuje 18 respondentů, ti odpovídaly, že v žádném případě ve svém životě spokojeni nejsou.

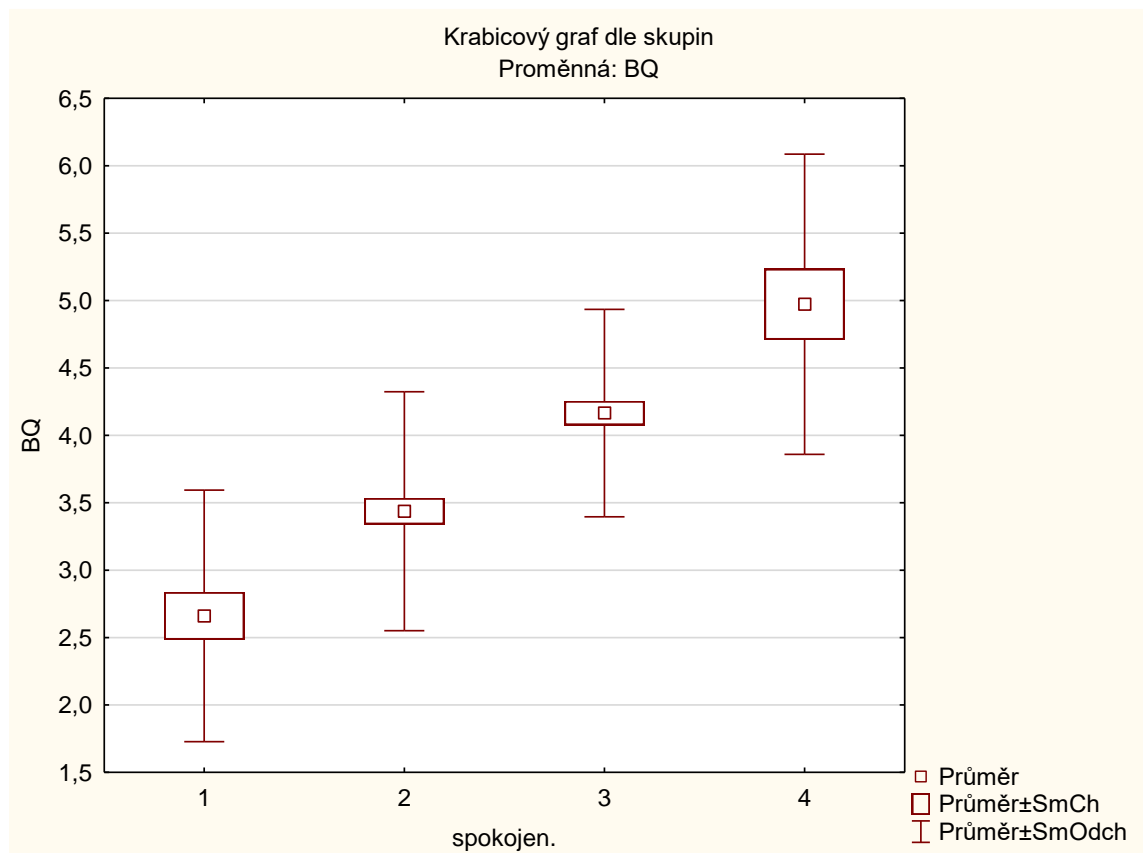
Tabulka č. 32

BM hodnoty, statistika respondentů podle toho, zda jsou spokojeni ve svém životě

Statistika	Chví-kvadrát	SV	p
Pearsonův chí-kv.	106,0012	df=12	p=0,0000
M-V chí-kvadr.	90,07793	df=12	p=0,0000

Obrázek č. 22

Krabicový graf spokojenosti respondentů.



6 DISKUSE

Cílem diplomové práce, bylo zjistit míru výskytu syndromu vyhoření u rodičů pečujících o dítě, nebo děti s postižením. Výsledky ukázaly, že dobrý psychický stav má pouze 11 (6 %) respondentů. Uspokojivých výsledků dosáhlo 35 (17 %) respondentů. Zamyslet se nad svým životním stylem by se mělo 66 (32 %). Přítomnost syndromu vyhoření byla zjištěna u 72 (35 %) respondentů, v našem výzkumném vzorku se jednalo o nejpočetnější skupinu. V takzvaném akutním stavu syndromu vyhoření se nachází 20 (10 %) respondentů. Za výskyt syndromu vyhoření považujeme respondenty u skupin BM4, BM,5 psychického zdraví. Nezbyvá než konstatovat, že výskyt syndromu vyhoření se prokázal u 92 (45 %) respondentů.

První výzkumná otázka, kterou jsem si stanovila, ověřovala proměnnou, věk dítěte, o které je pečováno, zda má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. V našem výzkumném vzorku se nepodařilo prokázat, že věk dítěte, o které je pečováno, by měl vliv na míru syndromu vyhoření.

Další výzkumnou otázkou, kterou jsme se zabývala, je doba vzniku postižení vrozené nebo získané. Poté jsem jednotlivá postižení (tělesné, mentální, sluchové, zrakové, kombinované, PAS a ADHA) porovnávala mezi sebou. Ani v jednom případě nebyla nalezena statistická významnost. Ale když se na jednotlivá postižení podíváme blíže, zjistíme, že máme pouze 2 respondenty pečující o dítě s ADHD, a u obou se výskyt syndromu vyhoření prokázal. Jeden respondent je ve skupině BM4 psychického zdraví a jeden respondent ve skupině BM5. Což jsou jednoznačně nejhorší výsledky. Druhé nejhorší výsledky mají respondenti pečující o dítě s PAS. I Rivard et al. (2014) uvádí, že stres u rodičů s dítětem s PAS je vyšší než u běžné populace. V článku Zdraví matky pečující o dítě se zdravotním postižením (Brekke & Alecu, 2023) jsem se dočetla, že matky pečující o dítě se zdravotním postižením mají vyšší pravděpodobnost, že jim budou diagnostikovány deprese, úzkosti, poruchy spánku nebo migrény. Matky a rodiny pečující o dítě s postižením, jsou více ohroženy výskytem depresí a úzkostí. Nic z toho se v našem výzkumném vzorku nepodařilo prokázat.

Další otázky, které jsme řešili v našem výzkumném vzorku jsou: péče o další děti a práce. Ani v jedné s těchto otázek se nám nepodařilo prokázat statistickou významnost. Ale Češková (2012) uvádí že, pracovní a profesní omezení přispívá ke společenské izolaci pečujících rodičů. Společenské uplatnění hraje významnou úlohu u každého člověka. Každý touží po uznání druhých a sebe uplatnění.

Do otázek týkajících se využívání sociálních služeb jsem zařadila službu provázení, ranou péči a využití odlehčovacích služeb. U služeb provázení a raná péče nám nevyšla statistická významnost. Přitom Sýsová (2014) uvádí, že by rodiče měli co nejdříve využít odbornou pomoc, a to pomoc rané péče. Pracovníci rané péče jsou odborníci a poskytnou rychlou pomoc a

orientaci v problematice postižení jejich dítěte. Zapůjčí rodičům pomůcky a ukáží jim, jak s nimi správně pracovat ve prospěch dítěte. Pomohou i s komunikací na úřadech. Mohou i zprostředkovat rodinám kontakt s jinými rodinami, které jsou na tom podobně. U využívání odlehčovacích služeb se statistická významnost prokázala. V našem výzkumném vzorku prokázal, vliv využívání odlehčovacích služeb na syndrom vyhoření. Ale jinak, než bych čekala. Respondenti, kteří využívají odlehčovacích služeb vykazují vyšší míru vyhoření než respondenti, kteří odlehčovacích služeb nevyužívají. Můžeme jen polemizovat, že to souvisí se stupněm postižení dítěte. Pokud rodiče odlehčovací služby nevyužívají a vykazují nižší výsledky BQ hodnot, může to být proto, že pečují o dítě s lehčí formou postižení, a tudíž nepotřebují využívat odlehčovací služby anebo to také souvisí s tím, že mají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc s péčí o dítě s postižením a této varianty využívají.

Další výzkumné otázky byly zaměřeny na využití lázeňství a terapie. Z našeho výzkumného vzorku 94 respondentů do lázní s dítětem jezdí pravidelně a 110 respondentů nejedí. Co se terapií týče, 124 respondentů využívá možnost terapií pro své dítě a 80 respondentů se svým dítětem s postižením, v žádné terapii není. Ani v jednom případě se nám nepodařilo prokázat statistickou významnost. V případě lázeňství, kdy se setkáváme se sociální skupinou, která je na tom podobně, nebo stejně, by zrovna mohla velice pomoci.

V další kapitole se věnujeme otázkám, zda se má pečující rodič na koho obrátit s prosbou o pomoc s péčí o postižené dítě a jestli pomáhá životní partner(ka) s péčí o dítě s postižením. U obou těchto otázek nám vyšla statistická významnost, a tudíž můžeme říct, že pomáhající životní partner(ka) a to, jestli máme komu říct o pomoc, má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. Respondenti, kteří mají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc a mají životního partnera, který pomáhá s péčí o dítě s postižením, vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří nemají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc a nemají životního partnera, který by s péčí o dítě s postižením pomohl. Maroon (2012) u vádí, že podpora od přátel a rodiny, je naprosto zásadní. Lidé zásadně potřebují mít podporu přátel, rodiny. Rodina a přátelé mohou poskytnout informace, každodenní pomoc, povzbuzení a uznání. V neposlední řadě dodání sebevědomí. Přátelé hrají důležitou roli, mohou nám naslouchat, poradit nám a povzbudit nás, když zrovna rodina neprojevuje porozumění, nebo třeba chybí. Důležitou součástí života, je mít oporu ve svém okolí. Jde o naše nejbližší, rodinu, přátele, kolegy apod. Mohou nás vyslechnout, podpořit a povzbudit, mohou nám dodat motivaci, pomoci ukázat jiný pohled na naši situaci, se kterou si nevíme rady. Dostáváme z jejich strany uznání, když něco uděláme dobře. Jsou nám oporou (Jeklová & Reitmayerová, 2006). S těmito názory se ztotožňujeme, výsledky našeho výzkumu to potvrzují.

Další skupiny otázek, na které jsme odpovídaly se týká koníčků a provozování pohybové aktivity. Jedna z otázek zněla, jestli mají respondenti čas na své zájmy. Čas na své zájmy má 92 respondentů a 112 respondentů odpovídalo, že na své zájmy čas vůbec nemá. V tomto případě byla nalezena statistická významnost. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, vliv na míru syndromu vyhoření, to, zda máme čas na své koníčky. Respondenti, kteří mají čas na své koníčky, vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří na své koníčky čas nemají. Podle Mirriam Prieß (2015) čas na zájmy a sociální kontakt jsou důležitým faktorem v boji proti syndromu vyhoření. Čas na zájmy uvádějí jako důležitý faktor s bojem proti syndromu vyhoření i další autoři Honzák (2018), Končítíková (2022), Maroon (2012), Smetáčková et al. (2020).

Vykonávání nějaké pohybové aktivity, trvající alespoň 30 minut, byla další otázka. Na tuto otázku odpovědělo 92 respondentů ano a 124 respondentů odpovědělo že nevykonává žádnou pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat, že to, zda provozujeme, nebo neprovozujeme nějakou pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut má vliv na syndrom vyhoření. Respondenti, kteří pohybovou aktivitu provozují, vykazují lepší psychický stav, jak respondenti, kteří pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut, neprovozují. To, jak často respondenti provozují pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut, se nám podařilo prokázat jako významné na míru vyhoření. Respondenti, kteří vykonávají ve svém volnu nějakou pohybovou aktivitu trvající alespoň 30 minut vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří pohybovou aktivitu nevykonávají. Spousta autorů, Moravcová a Končítíková, (2022), Stock, (2010) či Pugnerová, (2019), uvádí pohyb, jakoukoli pohybovou aktivitu jako prevenci proti vyhoření. Honzák (2018) považuje za prevenci vyhoření dostatek činností a zájmů, sporty alespoň 2x týdně jakýkoli pohyb. Naše šetření to potvrzuje. S těmito názory se můžeme ztotožnit. Flenik et al. (2023) uvádí, že matky, které pečují o děti se zdravotním postižením, mají málo času na volnočasové aktivity a také málo času sami na sebe.

Poslední skupina otázek byla, jestli mají respondenti nějakou vizi do budoucna a zda jsou se svým životem spokojeni. Vizi do budoucna má 31 respondentů, 96 respondentů zhruba tuší co je čeká a 77 respondentů odpovídalo že vůbec neví ani netuší co bude. Ve svém životě je spokojeno 28 respondentů, 82 respondentů odpovídalo spíše ano. Spíše nespokojeno je 75 respondentů a 18 respondentů se svým životem spokojeno není. V našem výzkumném vzorku se tedy podařilo prokázat že životní spokojenost a vize do budoucna má vliv na výskyt syndromu vyhoření. Respondenti, kteří jsou ve svém životě v současné době spokojeni a mají jasnou vizi do budoucna vykazují nižší míru vyhoření než respondenti, kteří v současné době ve svém životě spokojeni nejsou a netuší co bude. "Čím méně jste v jednotlivých oblastech svého života spokojeni, tím více stoupá nebezpečí vyhoření při každém dalším konfliktu." (Prieß, 2015 p.55) Michalík (2011) ve svém výzkumu zjistil, že spokojenost pečujících rodičů v průběhu času klesá,

téměř třetina pečujících o sobě tvrdila, že je v depresi, 62 % pečujících si není schopná užít volné chvíle, 70 % z pečujících říká, že se kvůli dlouhodobé péči ztratili sociální kontakty. Pečující rodič, který nechodí do práce, protože mu to péče o dítě s postižením nedovolí, nemá čas na zájmy, nemá partnera, který by mu pomohl, jeho životní náplní je péče o zdraví svého dítěte a nemá vůbec nikoho na koho by se mohl obrátit, to už je tlak v 5 oblastech života. Čím méně jste v jednotlivých oblastech svého života spokojeni, tím více stoupá nebezpečí vyhoření (Prieß, 2015 p.55)

7 ZÁVĚRY

Hlavním cílem diplomové práce, bylo zjistit míru vyhoření u rodičů dětí s postižením. V praktické části se věnujeme, výzkumnému šetření, které bylo realizováno po dobu 13 dní, od 27. února 2024 do 11. března 2024. formou online dotazníku. Celkem se dotazníku zúčastnilo 204 rodičů, pečujících o dítě, nebo děti s postižením.

Ve druhé části byl použit dotazník psychického vyhoření – Burnout Measure, dotazník BM, (Křivohlavý, 1998 p. 36–39). Tento dotazník patří mezi nejvyužívanější metody k diagnostice výskytu a míry syndromu vyhoření. Jedná se o souhrnný dotazník. Autorem tohoto dotazníku je A. M. Pinesová se svým kolektivem

Výsledky ukázali, že 11 respondentů je ve skupině BM1 kdy považujeme výsledek za uspokojivý. Ve skupině BM2, kdy považujeme psychický stav za dobrý je 35 respondentů. Ve skupině BM3 psychického zdraví, kdy už doporučujeme se zamyslet nad svým životním stylem máme 66 respondentů. Nejpočetnější skupinou z hlediska psychického zdraví je skupina BM4, kdy už považujeme výskyt syndromu vyhoření za prokázaný, 72 respondentů. Ve skupině BM5, akutní stav syndromu vyhoření máme 20 respondentů. Na základně našich výsledků je jasné, že u rodičů pečujících o dítě s postižením je míra vyhoření vysoká. Dále byly stanoveny výzkumné otázky. Mezi jednotlivými proměnnými byla zjišťována statistická významnost. Pro ověření statistické významnosti byl využit Kruskal-Wallisův test a Mann-Whitney U Test. Hladina statistické významnosti byla stanovena $p \leq 0,05$.

Má věk dítěte vliv na míru výskytu syndromu vyhoření u pečujících rodičů?

V našem výzkumném vzorku nebylo potvrzeno, že věk dětí pečujících rodičů hraje roli při výskytu syndromu vyhoření.

Má typ postižení vliv na míru výskytu syndromu vyhoření?

V našem výzkumném vzorku u typu postižení se nepodařilo prokázat vliv na míru syndromu postižení.

Má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření, to že rodiče chodí do práce?

Ani u této otázky se nepodařilo prokázat statistickou významnost

Má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření péče o další děti?

To, jestli rodiče pečují o další děti se v našem výzkumném vzorku nepodařilo prokázat jako statisticky významné.

Má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření využívání sociálních služeb?

U využívání sociálních služeb, byla nalezena statistická významnost, respondenti, kteří využívají odlehčovací služby pravidelně, vykazují vyšší míru syndromu vyhoření, jak rodiče, kteří odlehčovací služby nevyužívají.

Má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření, to, zda se mají rodiče na koho obrátit?

Ano. To, jestli mají rodiče, na koho se obrátit s prosbou o pomoc, se prokázalo v našem výzkumném vzorku, jako statisticky významné. Rodiče, kteří mají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc, vykazují nižší míru výskytu syndromu vyhoření.

Má vliv na míru výskytu vyhoření to, zda partner(ka) pomáhá s péčí o dítě s postižením?

Tady jsme se ptali, zda partner(ka) pomáhá a máte povinnosti rovnoměrně rozděleny, pomáhá jen když je potřeba anebo nepomáhá vůbec. I zde se našla statistická významnost. V případě, kdy jsou povinnosti rovnoměrně rozděleny, vykazují respondenti nižší míru syndromu vyhoření, jak respondenti, kteří uvedli, že partner(ka) nepomáhá vůbec.

Má vliv čas na zájmy a koníčky na výskyt syndromu vyhoření?

Ano, čas na zájmy prokázal statistickou významnost. Respondenti, kteří mají čas na své zájmy, vykazují nižší míru výskytu syndromu vyhoření, jak respondenti, kteří uvádí, že čas na zájmy nemají.

Má vliv provozování pohybové aktivity na míru výskytu syndromu vyhoření?

Pohybová aktivita prokázala statistickou významnost. Respondenti, kteří provozují nějakou pohybovou aktivitu vykazují nižší míru výskytu syndromu vyhoření jak respondenti, kteří nevykonávají pohybovou aktivitu žádnou.

Má vize do budoucna a životní spokojenost vliv na míru výskytu syndromu vyhoření?

Životní spokojenost respondentů v našem výzkumném vzorku, rozhodně má vliv na míru výskytu syndromu vyhoření. Respondenti, kteří uvádí, že jsou ve svém životě spokojeni, vykazují nižší míru výskytu syndromu vyhoření, tedy lepší výsledky z hlediska psychického zdraví.

8 SOUHRN

V této diplomové práci jsem se zabývala syndromem vyhoření u rodičů dětí s postižením. Cílem bylo zjistit míru syndromu vyhoření u těchto rodičů a zjistit vliv na míru vyhoření v souvislosti k jednotlivým proměnným jako jsou věk dítěte o které je pečováno, typ postižení, využívání sociálních služeb, mít se na koho obrátit, čas na zájmy a pohybovou aktivitu, životní spokojenost. Výzkumné šetření bylo realizováno po dobu 13 dní a to od 27. února do 11. března 2024 formou online dotazníku. Celkem se dotazníku zúčastnilo 204 rodičů, pečujících o dítě, nebo děti s postižením. Z 204 dotazovaných bylo 8 mužů a 196 žen. První část je dotazník vlastní konstrukce sestaven z 19 otázek. Ve druhé části byl použit dotazník psychického vyhoření – Burnout Measure, dotazník BM, (Křivohlavý, 1998 p.36-39).

Teoretická část je zaměřená na objasnění základních pojmů souvisejících se syndromem vyhoření a objasnění pojmů co se týče rodiny a vlivu dítěte s postižením na rodinu.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na výzkum míry syndromu vyhoření u rodičů dítěte s postižením. Kromě samotného porovnání psychického zdraví u jednotlivých respondentů, došlo k porovnávám závislost míry syndromu vyhoření na věku dítěte, o které je pečováno, u jednotlivých postižení, využívání sociálních služeb, u toho, jestli se mají respondenti na koho obrátit s prosbou o pomoc, zda mají čas na zájmy a pohybovou aktivitu a jakou mají životní spokojenost a pocit výhledu do budoucnosti.

Z výzkumu vyplynulo, že v kategorii, kterou považujeme za stav nejvážnější, tj. BM5, máme 11 respondentů (6 %). Nejpočetnější skupinu máme skupinu BM4, kdy už považujeme syndrom vyhoření za prokázaný, a to se 72 respondenty (35 %). Ve třetí skupině psychického zdraví BM3, kdy už doporučujeme se zamyslet nad životním stylem, máme 66 respondentů (32 %). Uspokojivý psychický stav BM2 má 35 respondentů (17 %). Nejméně je zastoupena skupiny BM1, dobrý psychický stav a to 11 respondenty (6 % z celkového souboru).

V našem výzkumném vzorku bylo zjištěno že, věk dítěte, druh postižení, to, jestli rodič chodí do práce, nebo pečuje o další děti, nemá vliv na míru syndromu vyhoření. Respondenti, kteří využívají odlehčovacích služeb pravidelně, mají bohužel horší výsledky co se týče psychického zdraví než rodiče, kteří odlehčovací služby nevyužívají. Respondenti, kteří mají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc vykazují nižší míru syndromu vyhoření jak rodiče, kteří nemají, na koho se obrátit s prosbou o pomoc. Respondenti, kteří mají čas na zájmy a vykonávají pohybovou aktivitu trávající alespoň 30 minut vykazují nižší míru výskytu syndromu vyhoření, tudíž lepší stav z hlediska psychického zdraví. Respondenti, kteří jsou ve svém životě spokojeni, vykazují nižší hodnoty, tudíž lepší psychický stav z hlediska psychického zdraví.

9 SUMMARY

In this diploma thesis, I dealt with the burnout syndrome in parents of children with disabilities. The aim was to determine the degree of burnout syndrome in these parents and to determine the effect on the degree of burnout in relation to individual variables such as the age of the child being cared for, type of disability, use of social services, having someone to rely on, time for interests and physical activity, life satisfaction. The research was carried out for 13 days from February 27 to March 11, 2024 in the form of an online questionnaire. A total of 204 parents taking care of a child or children with disabilities took part in the questionnaire. Of the 204 interviewed, 8 were men and 196 were women. The first part is a self-constructed questionnaire consisting of 19 questions. In the second part, a psychological burnout questionnaire was used - Burnout Measure, BM questionnaire (Křivohlavý, 1998 p.36-39).

The theoretical part is aimed at clarifying the basic terms related to the burnout syndrome and clarifying the terms regarding the family and the influence of a child with a disability on the family.

The practical part of the thesis is focused on researching the degree of burnout syndrome in parents of a child with a disability. In addition to the comparison of the psychological health of individual respondents, there was a comparison of the dependence of the degree of burnout on the age of the child being cared for, on individual disabilities, on the use of social services, on whether the respondents should turn to whom for help, whether they have time for interests and physical activity and how satisfied they are with life and a sense of outlook for the future.

The research showed that we have 11 respondents (6 %) in the category that we consider to be the most serious condition, i.e. BM5. The largest group is the BM4 group, when we consider the burnout syndrome to be proven, with 72 respondents (35 %). There are 66 respondents (32 %) in the third group of mental health BM3, when we already recommend thinking about lifestyle. 35 respondents (17 %) have a satisfactory psychological state of BM2. The BM1 group, good mental state, is the least represented by 11 respondents (6 % of the total group).

In our research sample, it was found that the age of the child, the type of disability, whether the parent goes to work or cares for other children, has no influence on the degree of burnout syndrome. Unfortunately, respondents who use respite services regularly have worse results in terms of psychological health than parents who do not use respite services. Respondents who have someone to turn to for help show lower levels of burnout than parents who have no one to turn to for help. Respondents who have time for interests and perform physical activity lasting at least 30 minutes show a lower incidence of burnout syndrome, thus a

better state in terms of psychological health. Respondents who are satisfied with their lives show lower values, therefore a better psychological state in terms of psychological health.

10 REFERENČNÍ SEZNAM

- Andršová, A. (2012). *Psychologie a komunikace pro záchranáře*. Praha: Grada
- Bartoňová, M., Bazalová, B., & Pipeková, J. (2007). *Psychopedie*. 2. vydání. V Brně: Paido
- Bartošíková, I. (2006). *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- Bianchi, R. a Schonfeld, I. S. Examining the evidence base for burnout. Online. *Bulletin of the World Health Organization*. 2023
- Brekke, I., a Alecu, A. (2023). The health of mothers caring for a child with a disability: a longitudinal study. Online. *BMC Women's Health*.
- Češková, I. (2011). *Motivace matek pečujících dlouhodobě o postižené dítě*.
- Dokoupilová, I., Hanáková, A., Potměšil, M., Soldanová, J., Štěpničková, N., & Urbanovská, E. (2017). *Rodina a dítě se zdravotním postižením*. Paido.
- Flenik, T., M. N.; Bara, Tiago S. a Cordeiro, M., L. (2023). Family Functioning and Emotional Aspects of Children with Autism Spectrum Disorder in Southern Brazil. Online. *Journal of Autism*.
- Freudenberger, H. J. & Richelson G. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. New York: Doubleday.
- Holeček, V. (2014). *Psychologie v učitelské praxi*. Praha: Grada.
- Honzák, R., Cibulka A. & Pilátová, A. (2019). *Vyhořet může každý: příběhy a úvahy o syndromu postihujícím lidi (nejen) současných generací*. V Praze: Vyšehrad. Destigma.
- Honzák, R. (2018). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad chat.openai.com.
- Jankovský, J., (2006). *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton.
- Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Vzdělávací institut ochrany dětí
- Kašíková, D. (2019). *Adaptace rodiny na narození dítěte s tělesným postižením*.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. Praha: Státní zdravotní ústav
- Kraus, B., 2008. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání Praha: Portál
- Kraus, B., & Poláčková, V. (2001). *Člověk-prostředí-výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Paido.
- Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada.

- Křivohlavý, J. (2012). Hořet, ale nevyhořet. Praha: Karmelitánské nakladatelství.
- Končítíková, G. (2022). Inspirace Baťa: jak být silnější a šťastnější podle životních zásad Tomáše Bati. Inspirace Baťa.
- Kočová, H. (2023). *Rodina dítěte s postižením*. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/rodina-ditete-s-stelesnym-postizenim>
- Lesný, I. (1984). Zpráva o nemocech mocných: významné historické postavy očima neurologa. Horizont.
- Maroon, I. (2012). Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-113
- Matějček, Z., (2001). Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H.
- Michalík, J. et al. Přehled statistických údajů ukazujících vývoj jednotlivých institutů státní podpory zdravotně postižených a zdravotního postižení. Olomouc: VCIZP, 2010.
- Michalík, J. (2011). *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci.
- Michalík, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011.
- Moravcová, K. (2013). Prevence syndromu vyhoření a stress management. Benepal, a.s.
- Moravcová, I. (2019). Zářit a nevyhořet: syndrom vyhoření a 11 silných příběhů úspěšných lidí. Praha: Euromedia Group
- Novotná, I. (2020). *Sourozenectví dítěte s postižením*. Dostupné z: <https://www.albert.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/sourozeni-ditete-s-postizenim/>
- Paulík, K. (2010) Psychologie lidské odolnosti. Praha: Grada.
- Pelcák, S., & Tomeček, A. (2011). Syndrom vyhoření – psychické důsledky výkonu práce expedienta. *Prakt. Lékařn.*, 7(2), 87-90.
- Prieß, M. (2015). Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě. Praha: Grada
- Prevendárová, J. (1998). *Rodina s postihnutým dítětem*. Psychoprof.
- Průcha a kol. (2003). Pedagogický slovník. 4. vyd. Praha: Portál
- Ptáček, R., et al. (2011). Etika a komunikace v medicíně. Praha, Česká republika: Grada.
- Ptáček, R., & Raboch, J. (2015). Stres, deprese a životní styl v České Republice. Praha: Univerzita Karlova.

- Pugnerová et al. (2019). Psychologie pro studenty pedagogických oborů. Praha, Česká republika: Grada.
- Reichl, J., (2008). Kapitoly systematické sociologie. Praha: Grada.
- Renotierová, M. (2006). Speciální pedagogika osob s tělesným postižením. *Renotierová, M. & Ludíková, L. et al. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.*
- Rivard, M., Terroux, A., Parent-Boursier, C., & Mercier, C. (2014). Determinants of stress in parents of children with autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders, 44*, 1609-1620
- Řezáč, J. (1998). Sociální psychologie. Brno: Paido,
- Říčan, P. (2013). Psychologie. Vydání čtvrté. Praha. *Portál.*
- Schmidbauer, W. (2008). Syndrom pomocníka. Praha: Portál.
- Sobotková, I., (2001) Psychologie rodiny. Praha: Portál.
- Stock, Ch. (2010). Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada.
- Sýsová, T. (2014). *Analýza vyrovnávání se s narozením a výchovou dítěte s postižením* (Doctoral dissertation, Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta).
- Schmidbauer, W. (2008). Syndrom pomocníka. Praha: Portál.
- Sdělení. 104/1991 Sb. Úmluva o právech dítěte. Dostupné z: <https://zakonyprolidi.cz/cs/1991-104>
- Sobotková, I., (2001) Psychologie rodiny. Praha: Portál.
- Švamberk Šauerová, M. (2018). Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele (1.). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Štěřbová, D., (2013). Rodiny s postiženými dětmi: „Tak trochu jiné“ rodiny? Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Tokič, A.; Sliškovič, A. a Nikoloč Ivanševič, M. (2023) Well-Being of Parents of Children with Disabilities—Does Employment Status Matter? Online. *Social Sciences*
- Tošner, J., & Tošnerová, T. (2002). Burn-out syndrom – Syndrom vyhoření: pracovní sešit pro účastníky kurzů. Praha: Hestia.
- Vacínová, M. (2008). Psychologie. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- Vágnerová, M. (2004). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál
- Vágnerová, M., (2008). Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
- Vágnerová, M., Strnadlová, I., Krejčová, L., Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte, Karolinum, Praha 2009
- Vágnerová, M., (2014). Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Vydání 1. Praha: Portál

Vukičević, A.; Švraka, E.; Hadžiomerović, A., M. a Salkič, N. (2023) Quality of life of families with children with intellectual and developmental disabilities: Family health domain. Online. *Journal of Health Sciences*.

11 PŘÍLOHY

Syndrom vyhoření

Dobrý den,

jmenuji se Renáta Kratochvílová a jsem student oboru Aplikované pohybové aktivity na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc s dotazníkovým šetřením, které je prováděno v rámci výzkumu k mé diplomové práci. Toto šetření se týká rodičů pečující o dítě nebo děti s postižením.

Tímto bych Vás chtěla požádat a vyplnění dotazníku níže. Dotazník se skládá ze dvou částí a je zaměřený na téma syndrom vyhoření. Vyplněním dotazníku mi pomůžete získat data potřebná k zmapování problematiky syndromu vyhoření u rodičů dětí s postižením. Prosím Vás, o co nejpravdivější odpovědi. Dotazník je zcela anonymní. Vyplněním dotazníku souhlasíte s použitím, Vámi uvedených dat, v tomto výzkumném projektu.

Předem Vám děkuji za ochotu se zúčastnit dotazníkového šetření. Pokud budete chtít znát výsledky šetření, obraťte se prosím na můj email: kratre02@upol.cz

Dotazník

1. **Uveďte prosím vaše pohlaví**
 - a) žena
 - b) muž
2. **Kolik je momentálně let dítěti s postižením, o které pečujete?**
3. **Jedná se o postižení**
 - a) vrozené
 - b) získané
4. **Jedná se o postižení**
 - a) Tělesné
 - b) Mentální
 - c) Zrakové
 - d) Sluchové
 - e) Kombinované
 - f) ADHD
 - g) PAS
 - h) Jiné
5. **Zvládáte při péči o dítě chodit do práce?**
 - a) Ano pracuji normálně na celý úvazek
 - b) Pracuji na zkrácený úvazek
 - c) Pracuji z domova
 - d) Nepracuji, péče o dítě mi to nedovolí
 - e) Jsme na mateřské dovolené

- f) Máme to ještě jinak. (Uveďte jak) _____
- 6. Pečujete o další děti?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 7. Setkal(a) jste se se službou provázení, v souvislosti s vaším dítětem?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 8. Využíval(a) jste službu rané péče?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 9. Jezdíte pravidelně do lázní?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 10. Využíváte odlehčovací služby?**
- a) Ano pravidelně
 - b) nepravidelně
 - c) vůbec
- 11. Jste s vaším dítětem v nějaké terapii?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 12. Pokud ano, tak v jaké? (vypište všechny ve kterých aktuálně jste)**
- 11)** _____
- 12)** _____
- 13. Máte někoho, na koho se můžete obrátit, když potřebujete pomoc s péčí o dítě s postižením?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 14. Pomáhá vám s péčí o dítě (děti) životní partner(ka)?**
- a) Ano, máme povinnosti rovnoměrně rozděleny
 - b) Jen když je potřeba
 - c) Ne, nepomáhá
- 15. Máte čas se zabývat nějakými vlastními koníčky či zájmy mimo práci?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 16. Provozujete ve svém volném čase nějakou pohybovou aktivitu trvající minimálně 30 min?**
- a) Ano
 - b) Ne
- 17. Jak často provozujete pohybovou aktivitu trvající minimálně 30 min?**
- a) Každý den
 - b) Jednou týdně
 - c) Dvakrát týdně
 - d) Třikrát týdně
 - e) Více jak třikrát týdně

f) Neprovozují

18. Máte nějakou vizi do budoucna?

- A) Ano, mám(e) přesnou představu toho co bude, nebo co chceme
- B) Tuším(e), nejsme si jisti tím, co bude
- C) Ne, nemáme vůbec představu, co bude, co nás čeká

19. Jste v současné době spokojen(á) se svým životem?

- a) Ano jsem
- b) Spíše ano
- c) Spíše ne
- d) Ne, rozhodně nejsem

20. Pokud budete chtít znát výsledky dotazníkového šetření, uveďte zde svůj kontaktní email. Tento bod je jediné nepovinné pole k vyplnění.

DOTAZNÍK BM (Burnout Measure)

Dotazník BM se zabývá psychickým vyhořením. Vyplňte prosím tento dotazník podle toho, jak často máte následující pocity a zkušenosti.

	nikdy	Jednou za čas	Zřídka kdy	někdy	často	obvykle	vždy
1. Cítím se být unavený/á							
2. Cítím se depresivně							
3. Cítím, že mám dnes dobrý den							
4. Cítím se být tělesně vyčerpaný/á							
5. Cítím se být citově vyčerpaný/á							
6. Cítím se být šťastný/á							
7. Cítím se být vyřízený/á							
8. Cítím, že už to dál nevydržím							
9. Cítím se být nešťastný/á							
10. Cítím se být uštvaný/á,							
11. Cítím se, jako bych byl/a v pasti							
12. Cítím se být bezcenný/á							

13. Cítím se být utrápený/á,							
14. Cítím se být podrážděný/á							
15. Cítím, že jsem rozzlobený/á							
16. Cítím se být slabý/á a náchylný/á k nemocem							
17. Cítím a prožívám beznaděj							
18. Cítím, že jsem odmítaný/á							
19. Cítím se optimisticky							
20. Cítím se energicky							
21. Cítím, že prožívám úzkost (mám strach)							