



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Prevence syndromu vyhoření u poradců rané
péče**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:
REHABILITACE

Autor: Miluše Vágnerová

Vedoucí práce: Mgr. Dagmar Dvořáčková, Ph.D.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Syndrom vyhoření v pomáhajících profesích“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17. srpna 2017

Poděkování

Touto formou bych ráda poděkovala Mgr. Dagmar Dvořáčkové Ph.D. za odborné vedení mé práce a poskytování cenných rad během konzultací. Dále bych ráda poděkovala všem informantům a Mgr. Miroslavě Bartošové ředitelce střediska Raná péče Kuk z.ú., za umožnění výzkumu v dané organizaci.

V neposlední řadě děkuji svým rodičům a blízkým za podporu a trpělivost, kterou mi věnovali během studia.

Prevence syndromu vyhoření u poradců rané péče

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá otázkou prevence syndromu vyhoření, jaké jsou možnosti a metody, které mohou být využity v rámci osobnostní a v rámci organizace. Možnosti a metody prevence syndromu vyhoření byly zjišťovány u poradců rané péče ve středisku Raná péče Kuk, z.ú. nacházející se v Plzni.

Tato bakalářská práce je koncipována do dvou částí. Teoretické a praktické části. Cílem práce bylo zjistit, jaké oblasti prevence syndromu vyhoření jsou pro poradce rané péče daného střediska prioritní.

Teoretická část popisuje problematiku syndromu vyhoření. Vymezuje a definuje pojem syndromu vyhoření, ohrožené skupiny osob, dále se zabývá rizikovými faktory, které přispívají vzniku syndromu vyhoření a popisuje nejčastější projevy, příznaky a fáze, které jsou pro syndrom vyhoření typické. Následně se v teoretické části nachází kapitola prevence syndromu vyhoření, která je rozdělena na oblast prevence na úrovni osobnostní a prevence na úrovni organizace. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na ranou péči, vysvětlení pojmu, vymezení práv a povinností poradců rané péče a je zde zmapován současný stav rané péče v ČR.

Praktická část je zpracována formou kvalitativního výzkumu. Při výzkumu byla použita metoda dotazování a technika rozhovoru dle návodu. Výzkumu se zúčastnili 3 informanti, kteří byli vybráni dle metody kvótového záměrného výběru. Získaná data z rozhovorů byla vyhodnocena metodou vytváření trsů.

Z výzkumu vyplynulo, že poradci rané péče daného střediska znají problematiku syndrom vyhoření a jeho prevence. Možnosti prevence na úrovni osobnostní využívají individuálně. Na organizační úrovni využívají možnosti prevence hlavně v podobě supervize, intervize a následného vzdělávání. Z výzkumu dále vyplynulo, že poradci rané péče daného střediska vnímají jaké klíčovou součástí prevence syndromu vyhoření dobré vztahy na pracovišti a vzájemnou podporu a respekt.

Klíčová slova

syndrom vyhoření; raná péče; prevence; supervize; intervize

Prevention of burnout syndrome among early care advisors

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of prevention of burnout syndrome, what are the possibilities and methods that can be used in the context of personality and organization. The possibilities and methods of prevention of burnout syndrome were investigated on early care advisors in the Early Care Kuk, located in Pilsen.

This document is conceived in two parts, theoretical and practical. The aim of the work was to find out which areas of prevention of burnout syndrome are priority for the early care advisors of the given center.

The theoretical part describes the issue of burnout syndrome. It defines the term of burnout syndrome, vulnerable groups of people, it also deals with the risk factors that contribute to the burnout syndrome and describes the most frequent signs, symptoms and phases that are typical for the burnout syndrome. Subsequently, in the theoretical part is located a chapter on prevention at the level of personality and prevention at the organization level. The last chapter of the theoretical part is focused on early care, explanation of the concept, definition of rights and duties of early care advisors and the current state of early care in the Czech Republic.

The practical part is elaborated in the form of qualitative research. In the survey were used the polling method and the interview technique according to the instructions. The survey was attended by 3 informants who were selected according to the quota selection method. The data obtained from the interviews was evaluated by the clustering method.

Research has shown that early care advisors of the given center are familiar with the problematics of burnout syndrome and its prevention. Prevention options at the personality level are used individually. At the organization level, they use prevention options mainly in the form of supervision, intervision and further education. The research also showed that early care advisors of the given center perceive good workplace relationships and mutual support and respect as a key components of burnout syndrome prevention.

Key words

burnout syndrome; early care; prevention; supervision; intervision

Obsah

ÚVOD	8
I TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	10
1. SYNDROM VYHOŘENÍ.....	10
1.1 Vymezení pojmu syndromu vyhoření	10
1.2 Ohrožené skupiny osob	11
1.3 Rizikové faktory přispívající ke vzniku syndromu vyhoření	12
1.4 Projevy a příznaky syndromu vyhoření	14
1.5 Fáze syndromu vyhoření	15
2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	17
2.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni osobnostní	17
2.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni pracovního prostředí	18
3 RANÁ PÉČE	21
3.1 Vymezení rané péče	21
3.2 Poradkyně rané péče	22
3.3 Současný stav rané péče v ČR	23
II EMPIRICKÁ ČÁST.....	26
4 CÍL PRÁCE	26
4.1 Hlavní výzkumná otázka.....	26
4.2 Dílčí výzkumné otázky	26
5 METODIKA	27
5.1 Strategie výzkumu.....	27
5.2 Popis výzkumného nástroje.....	27
5.3 Způsob zpracování dat	28
5.4 Výzkumný soubor	28
5.5 Předvýzkum.....	28
5.6 Etické aspekty výzkumu	29
5.7 Operacionalizace pojmů.....	29
5.8 Časový harmonogram	30
6 VÝSLEDKY	31
6.1 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 1	32
6.2 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 2	34

6.3	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 3	37
6.4	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4	41
6.5	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 5	44
7	DISKUZE	47
8	ZÁVĚR	54
9	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
10	PŘÍLOHY	64

Úvod

Syndrom vyhoření je tématem hojně diskutovaným v oblasti sociální práce i dalších pomáhajících profesích. Osoby pracující na poli pomáhajících profesí, jsou syndromem vyhoření ohroženi a to nejen z důvodu vysokých nároků, které jsou na ně kladeny z venčí, ale často jsou to i jejich představy, snahy a velké pracovní nasazení, které se v reálu nemusí naplnit. Díky vysokým nárokům, velkému pracovnímu nasazení a dlouhodobému vlivu stresových situací se může projevit syndrom vyhoření.

O syndromu vyhoření jsem se poprvé dozvěděla až při studiu na Jihočeské univerzitě, ale v rámci školních praxí jsem se s tímto tématem setkávala poměrně často a to převážně u pracovníků v sociálních službách, ale nejen u nich. Ne vždy byli dostatečně o této problematice a možnosti ohrožení dostatečně informováni.

Jelikož bych se v budoucnosti ráda věnovala práci v sociální oblasti a tedy se dobrovolně zařadila mezi více ohroženou skupinu osob syndromem vyhoření, rozhodla jsem se ve své bakalářské práci této problematice věnovat.

Pro výzkum prevence syndromu vyhoření jsem si vybrala poradce rané péče a to z důvodu jejich komplexní práce, která je velmi psychicky náročná. Poradci rané péče jsou velkou oporou pro rodiny, kterým se narodilo dítě s postižením. Právě v této nelehké životní situaci potřebují osobu, která je pochopí, bude jim oporou a přitom i bude schopna podat odbornou radu. Poradce rané péče by měl dobře znát nejen potřeby dítěte, ale měl by být schopen vypozařovat i potřeby celé rodiny. Také by měl ovládat legislativu spojenou s problematikou zdravotního postižení. Důležité je však převést teoretické znalosti do praxe a předat je rodičům, kteří si často nevědí rady. To vše je velmi náročné a při nedostatečné prevenci i u poradců rané péče se může projevit syndrom vyhoření.

Teoretická část bakalářské práce je věnována popisu syndromu vyhoření. Nejprve jeho vymezení a ohroženým skupinám, následně příčinám a projevům syndromu vyhoření. Na konci první kapitoly jsem se zaměřila na průběh syndromu vyhoření. Druhá kapitola je věnována možnostem prevence syndromu vyhoření, která je rozdělena na dvě úrovně. Úroveň organizační a úroveň osobnostní. Poslední kapitola teoretické části je zaměřena na ranou péči a její vymezení a podrobný popis této sociální služby, další podkapitola je věnována poradcům rané péče a charakteristice jejich pracovních práv a povinností.

V poslední části této kapitoly je popsán současný stav poskytované sociální služby rané péče v ČR.

V praktické části jsem si dala za úkol zjistit, jaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření poradci rané péče v daném středisku využívají, jaké preferují a jaké možnosti prevence proti syndromu vyhoření mají možnost využít v rámci zaměstnání.

I Teoretická východiska

V teoretické části práce je použita analýza a syntéza dat a poznatků získaných z odborných publikací a studií, které se zabývají tématem syndromu vyhoření a jeho prevencí především v pomáhajících profesích. Hlavní pozornost je věnována poradcům rané péče a jejich možnostem a individuálnímu zaměření na prevenci proti syndromu vyhoření.

1. Syndrom vyhoření

Následující kapitola je věnována problematice syndromu vyhoření. Toto téma je v současné době velice aktuální. V období posledních let se syndromem vyhoření (burnout či burnout syndrom) zabývala celá řada vědců, jak jednotlivců, tak i výzkumných týmů (Maroon, 2012).

1.1 Vymezení pojmu syndromu vyhoření

Do současné doby neexistuje jednotná definice, která by termín syndromu vyhoření jasně popisovala a vymezovala (Křivohlavý, 2012).

Jako první použil termín „vyhoření“ v roce 1974 psychoanalytik Herbert Freudenberk, kdy tento jev začal pozorovat u pracovníků rehabilitačních center pro drogově závislé a popisuje vyhoření, jako stav fyzického, psychického i intelektuálního vyčerpání (Maroon, 2012).

Dle Kallwas (2007) je syndrom vyhoření stav, kdy dochází k extrémnímu vyčerpání, který má za následek silný pokles pracovní výkonnosti spojený s vnitřním odstupem od klientů, spolupracovníků či nadřízených a to vše může vést až k různým psychosomatickým obtížím. Křivohlavý (2009) ve své publikaci uvádí definici Pinesové a Aronson, které definují vyhoření jako, subjektivně prožívaný stav fyzického, emocionálního a duševního vyčerpání, které je způsobeno náročnými pracovními situacemi, tedy dlouhodobým stresem. K tomuto předpokladu se přiklání i Maroon (2012), který zdůrazňuje, že vyhoření je důsledkem vysokých nároků v zaměstnání a hlavně zaměření na vysoký výkon jednotlivce. Syndrom vyhoření není výsledkem jednotlivých traumatických zážitků, ale je důsledkem dlouhotrvajícího chronického stresu, permanentního časového presu a vysokého emočního napětí (Smetáčková et al., 2016).

Honzák (2009) v následujícím odstavci zdůrazňuje, že vyhoření vzniká jako důsledek nadměrného stresu, který je vytvořen hlavně náročnými podmínkami v pracovní oblasti a předchází mu nerealistické očekávání, jak z vlastního výkonu tak i pracovních výsledků. To následně vede ke zklamání sama sebe, často podpořené i negativními projevy okolí. Projevem takového procesu je pomalá ignorace, až nenávisť k vlastnímu povolání, které si člověk sám vybral.

Maroon (2012) po analýze definic syndromů vyhoření uvedl tři hlavní složky, které se definicemi prolínají, kterými jsou: negativní pocity, prožitky a vztahy, dále ohniska syndromu vyhoření mohou být vnější, kdy je hlavní zdroj vzniku vyhoření extrémní, nejčastěji z pracovního prostředí nebo může být vnitřní, kdy příčinu emocí je možné nalézt u pracovníků samotných. Jako poslední složku uvádí Maroon (2012) proces, který změní celkové prožívání pracovníků, od zpočátku pozitivních pocitů ze svého zaměstnání a konání, až negativním nebo dokonce pocitům lhostejným.

1.2 Ohrožené skupiny osob

Stibalová (2010) uvádí, že vyhoření je proces, který se vyskytuje nejčastěji u osob, kteří pracují v tzv. pomáhajících profesích, kdy jsou pracovníci v přímém kontaktu s lidmi a v intenzivní kooperaci s nimi. Na vyhoření v pomáhajících profesích poukazují také Hartl a Hartlová (2010), Michalík (2011) či Venglářová et al. (2011), tito autoři se společně shodují v základních rysech pomáhajících profesí, jako je velká psychická zátěž, odpovědnost, zaměření na jedince a to vše má společný cíl, kterým je uspokojení potřeb člověka, poskytování podpory a pomoci. Honzák (2013) poukazuje na to, že zaměstnanci v pomáhajících profesích vkládají do své práce více než jen znalosti či dovednosti, ale do spolupráce s pacientem/klientem je nutné vložit i část své osobnosti a empatie, což je důvodem, proč se syndrom vyhoření vyskytuje častěji v pomáhajících profesích. Je však nutné u klientů respektovat jejich autonomii a nepřebírat za ně zodpovědnost, protože nadměrná péče klienta spíše oslabuje a nadměrně zatěžuje i pracovníky v pomáhajících profesích (Kopřiva, 2011).

Pemová a Ptáček (2012) ve své publikaci uvádějí v bodech skupiny osob, u kterých se je vyšší možnost vzniku syndromu vyhoření, jsou to:

- U mladších sociálních pracovníků se syndrom vyhoření vyskytuje častěji než u starších.

- Pracovním vyčerpáním trpí častěji ženy než muži.
- Mezi více ohroženou skupinu se řadí osoby žijící samostatně než osoby sezdané.
- Více ohroženy jsou osoby bezdětné.
- Syndrom vyhoření více postihuje osoby se závislostí.
- Mezi sociálními pracovníky jsou více ohroženi ti, kteří mají vyšší administrativní zátěž.

1.3 Rizikové faktory přispívající ke vzniku syndromu vyhoření

Kebza a Šolcová (2013) spatřují hlavní příčiny vzniku syndromu vyhoření v proměně společnosti a ve stále se zvyšujících požadavcích na člověka, souvisejících se zrychlujícím se tempem života a společnosti, velkou pracovní konkurencí, dále individualizací životního stylu a v neposlední řadě na maximální využití a naplnění osobních možností.

Naproti tomu Poschkamp (2013) poukazuje na vnitřní rozpor jedince v jeho systémových hodnotách, které si vytvořil v průběhu života a jeho konání, kdy se snaží přizpůsobit a vyhovět systému hodnot druhých, na úkor vlastnímu já.

Z výše uvedeného je možné si všimnout základního rozdělení rizikových faktorů a to na vnější a vnitřní činitele.

Mezi vnější faktory patří pracovní prostředí, časový tlak, nároky kladené na pracovníka, sociální opora, rodinné zázemí, osobní život, stres aj. Vnitřními faktory jsou míněny osobnostní charakteristiky, postoje, normy a hodnoty (Poschkamp, 2013).

Některé teorie přikládají větší důležitost pro vznik syndromu vyhoření faktorům vnějším, patří k nim hlavně sociální a profesní přístupy, kdy je mezi klientem a pracovníkem nerovné postavení, klient se může stát snadno závislým a očekává od pracovníka odborné znalosti, ale i osobní zájem o jeho problémy (Poschkamp, 2013). Za výrazný faktor považuje Stibalová (2010) tzv. kvalitu sociální opory, což definuje jako množství a intenzitu kontaktů, které člověk sám vytváří, vyhledává a přijímá od druhých. Stock (2010) vidí nejčastější faktor vzniku syndromu vyhoření v pracovní

oblasti, kde často panují nevhodné a stres vyvolávající podmínky. Paulík (2017) definoval obecné znaky zvýšené nepřiměřené pracovní zátěže, jako pracovní prostředí, které ohrožuje zdraví, díky nevhodným exogenním a endogenním vlivům, dále uvádí vysokou pravděpodobnost dělání chyb pod časovým tlakem, nedostatek relevantních informací, pro objektivní možnost se rozhodnout, vysoká odpovědnost za vykonanou práci, nejistota a obavy ze ztráty zaměstnání a pocit z nedostatečného finančního ohodnocení či možnosti povýšení a osobního rozvoje.

Jiní autoři a teorie přikládají důvody vzniku syndromu vyhoření hlavně vnitřním faktorům osobnosti. Jako hlavní osobnostní faktory předkládá Poschkamp (2013) neschopnost se odpoutat od pracovních problémů, rezignace při neúspěchu, pro dosažení úspěchu je pracovník schopný se vydat a obětovat spoustu energii a celková chybějící spokojenost, jak v osobním tak pracovním životě. Křivohlavý (2009) ve své publikaci popsal člověka, u kterého se nejčastěji objevují příznaky psychického vyhoření. Jedná se o člověka, který zprvu projevoval velké nadšení, patří k nevykonnějším, nejproduktivnějším, nejodpovědnějším, často workoholik, který se snaží dělat vše co nejpřesněji. Klade na sebe přehnané nároky a neúspěch bere jako osobní porážku, nedokáže dostatečně odpočívat a regenerovat a často vede mezilidské konflikty. Jako další příčiny vedoucí ke vzniku vyhoření uvádí Kallwass (2007) konflikt rolí, nedostatečná podpora nadřízených mobbing na pracovišti aj. již zde uvedené. Mnohé výzkumy také potvrzují souvislost mezi syndromem vyhoření a vnitřními předpoklady, např. sebeúcta, celková duševní pohoda, profesionální motivace, profesionální self-účinnost, optimismus a vnímané emoční schopnosti (Ponížilová, Urbanovská, 2013).

Kallwass (2007) a Poschkamp (2013) se shodují, že žádný jednotlivý faktor však nedokáže spustit syndrom vyhoření, vždy se jedná o součinnost více faktorů a syndrom se objevuje převážně ve chvíli, kdy se vnější zátěž začne dotýkat osobnostních hranic na úrovni fyzické, duševní i duchovní.

Z dosud provedených výzkumů zaměřených na syndrom vyhoření jednoznačně nevyplývá, zda jsou pro vznik syndromu významnější vnější faktory prostředí či osobnostní charakteristiky, proto je vhodné přistupovat při hledání příčin vyhoření systémově a chápat je ve vzájemné interakci a provázanosti (Ponížilová, Urbanovská, 2013).

1.4 Projevy a příznaky syndromu vyhoření

Křivohlavý (2009) rozdělil příznaky vyhoření do dvou skupin a to na subjektivní příznaky a příznaky objektivní, kde mezi hlavní subjektivní příznaky zařadil velkou únavu, snížené sebevědomí a sebehodnocení, špatné soustředění, snadné podráždění a negativismus. Jako objektivní příznak uvádí dlouhotrvající sníženou celkovou výkonnost, která je dobře pozorovatelná i rodinou a okolím.

Ptáček, Čeledová et al. (2011) člení příznaky syndromu vyhoření do třech skupin a to na fyzické, psychické a pracovní.

Fyzické příznaky zahrnují dle Stocka (2010) celkový nedostatek energie, chronickou únavu, bolesti svalů a zad, větší náchylnost k infekčním onemocněním, poruchy spánku, kardiovaskulární a gastrointestinální obtíže. Ptáček, Čeledová et al. (2011) dále uvádějí pocity zkráceného dechu a dechovou tíseň, bolesti hlavy a další nespecifické obtíže.

Mezi psychické příznaky zařazuje Stock (2010) sklíčenost, bezmoc, beznaděj, časté pocity strachu, ztrátu sebeovládání, pocit apatie, prázdnoty a osamocení. Poschkamp (2013) dále upozorňuje na příznaky pocitu přetížení, defenzivní až paranoidní přístup ke klientům, snížená sebeúcta až sklony k suicidii. Ptáček, Čeledová et al. (2011) přidávají další psychické příznaky, jako jsou: předrážděnost, záchvaty zlosti a hněvu, podezřívavost a vztahovačnost, strach a vyhýbání se pracovním povinnostem.

Mezi pracovní příznaky Ptáček, Čeledová et al. (2011) řadí pokles, až naprostou ztrátu zájmu o vlastní profesi a vše co s ní souvisí, negativní hodnocení zaměstnavatele, intenzivní prožitek nedostatku uznání, zvýšení negativizmu a cynismu vůči klientům, užívání stereotypního jednání a používání naučených frází, postupné přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti. Poschkamp (2013) na úrovni chování uvádí jako další příznaky syndromu vyhoření izolace a vyhýbání se kontaktu se spolupracovníky či klienty, konflikty s rodinou či přáteli, zvýšená konzumace alkoholu a jiných návykových látek, nepřesnost, dezorganizovanost a ztráta flexibility.

Výše uvedené příznaky celkově negativně působí na zdravotní stav jedince, ale u každého jednotlivce se neobjevují veškeré výše zmíněné symptomy nebo symptomatické skupiny (Pemová, Ptáček, 2012). Každý průběh syndromu vyhoření je individuální a u každého jednotlivce se vyhoření neobjevuje znenadání, ale jedná se

o postupně nastupující a dlouhodobý proces, kdy se jednotlivé příznaky objeví, následně je mohou vystřídat jiné nebo se objevit nové (Poschkamp, 2013).

Venglářová a kol.(2011) shrnula stav vyhoření jako výsledek souhry hlavních příznaků, které označila jako ztrátu smyslu práce a života, pocit osamocení, zášti a hořkosti, pocit beznadějnosti a negativní vnímání sama sebe.

1.5 Fáze syndromu vyhoření

Samotné vyhoření je důsledek dlouhodobého a pozvolného procesu, který má různé projevy a příznaky, proto se v průběhu mění fáze svého vývoje a autoři rozdělují syndrom vyhoření do různého počtu fází od nejjednoduššího modelu tří fází, až po fázi dvanáct (Stock, 2010). Poschkamp (2013) dodává, že rozdílný počet fází je způsoben na základě shrnutí nebo detailnějším popisem fází. Autoři, kteří se zabývají touto problematikou, často popisují syndrom vyhoření v pěti fázích, které vytvořili Edelwich a Brodsky (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

1. fáze – nadšení: v této fázi je nejdůležitější osobní postoj, angažovanost a přehnaná očekávání s vytyčenými cíli, které jsou často nereálné (Poschkamp, 2013). Pro jedince se stává práce nejdůležitější součástí života, na kterou vynakládá neefektivně vlastní energii (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Stock (2010) dodává, že se jedinec v této fázi extrémně ztotožní se svou prací a klienty.

2. fáze – stagnace: počáteční nadšení upadá a jedinec si začíná uvědomovat, že ne všechny jeho představy půjdou naplnit (Peterková, © 2008). Do popředí zájmu jedince se dostávají věci, které pro něj byly dříve nepodstatné např. plat či možnost karierního růstu (Stock, 2010).

3. fáze – frustrace: začíná klesat pracovní výkon a narůstá pocit demotivace a únava jedince (Poschkamp, 2013). Jeklová a Reitmayerová (2006) uvádějí, že ve třetí fázi se začínají objevovat první fyzické a psychické potíže a jedinec začíná pochybovat o smysluplnosti své práce a významu pomoci ostatním.

4. fáze – apatie: dochází ke zploštění emocionálního života a jedinec cítí hlubší emoční vyčerpání (Poschkamp, 2013). Jedinec je trvale frustrován a jeho pracovní aktivita slouží pouze k naplnění nezbytně nutných úkonů (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

5. fáze – stádium intervence: v poslední fázi dochází k depersonalizaci a pocitu ztráty smyslu jakékoli aktivity (Peterková, © 2008). Dostavují se psychosomatické obtíže a jedinec je ohrožen ztrátou sociální podpory ze stran kolegů, rodiny i přátel (Poschkamp, 2013).

2 Prevence syndromu vyhoření

V následující kapitole se budu věnovat prevenci syndromu vyhoření. Každý, kdo je syndromem vyhoření ohrožen, tedy především pracovníci v pomáhajících profesích, by měl vědět, jak je možné a jaké jsou různé způsoby předcházení vzniku syndromu vyhoření. V této kapitole se chci blíže zaměřit na prostředky prevence a jak je možné je využít na úrovni jedince, kdy metody prevence rozdělím dle fyzické, duševní a duchovní úrovně. Dále se zaměřím na možnosti prevence syndromu vyhoření na úrovni zaměstnavatele a pracoviště.

2.1 Prevence syndromu vyhoření na úrovni osobnosti

Mašková (2012) v následujícím odstavci popisuje, že by se každý měl před syndromem vyhoření chránit ve třech rovinách (fyzická, duševní a duchovní). Fyzická rovina udržuje v kondici tělo a jejím zdrojem je výživa, pohyb a odpočinek. Duševní rovina uchovává dobrou mysl, která je posilována vzděláním, kulturou, pobytem v přírodě a vztahy mezi lidmi. Třetí duchovní rovina jedince udržuje naději a je převážně sycena láskou a vírou. Špačková (2011) rozšiřuje oblasti prevence syndromu vyhoření na čtyři (fyzickou, duševní, duchovní a společenskou), oblast společenskou na rozdíl od Maškové (2012) vymezuje jako samostatnou.

Na společenské úrovni je důležitým prvkem prevence proti syndromu vyhoření sociální opora. Stock (2010) v následujících dvou větách uvádí, že hlavní zdroj sociální opory je v rodině, přáteli, dobrými známými a v neposlední řadě na pracovišti mezi spolupracovníky. Dodává, že je velmi důležité si na své blízké udělat čas a trávit s nimi společné chvíle, protože má tak jedinec možnost si popovídat o svých starostech a čerpat povzbuzení od blízkých, ale i naopak se může stát jejich rádcem v obtížné situaci.

Ramons et al. (2016) ve svém výzkumu prokazuje, že věk pracovníka nemá vliv na odolnost proti psychosociálním jevům v oblasti vlivu na zdraví a proto je důležité využívat možnosti prevence syndromu vyhoření v jakémkoli věku.

Křivohlavý (2012) ve své publikaci uvádí možnosti prevence proti syndromu vyhoření:

- nalezení smysluplné náplně pracovní činnosti, i smysluplnosti života,
- získání a převzetí profesionální autonomie a opory,

- nastavení a osvojení vlastního hodnotového měřítka,
- udržování dobrých vztahů mezi lidmi,
- zájem o vlastní zdraví a respektování zásad zdravého životního stylu.

2.2 Prevence syndromu vyhoření na úrovni pracovního prostředí

Vyhoření se promítá i do profesního života, jako je absence na pracovišti či snížená pracovní schopnost, úsilí, spokojenost či pracovní morálka, to vše se následně promítne i do oblasti ekonomické, i proto by měla být prevence syndromu vyhoření v zájmu zaměstnavatele (Škoda, Doulík, 2016). Eislerová (2012) uvádí, že zaměstnavatel má mnoho možností prevence syndromu vyhoření jako jsou, úprava pracovního prostředí, jasný karierní řád či dobrá organizace práce, to vše je důležité podtrhnout vhodným přístupem nadřízených, kdy ohodnocení dobré práce by mělo být samozřejmostí, a dále by měl zaměstnavatel podporovat vzdělávání a společenské akce v rámci pracoviště. Svatošová (2008) dodává, že důležité v prevenci je bránit se rutině na pracovišti, to je možné při vytváření nových pracovních postupů či vylepšováním pracovního prostředí. Vytvoření zdravých pracovních podmínek je zásadní v boji proti syndromu vyhoření i dalším duševním nemocem (Seidler et al., 2014).

Supervize

Venglářová (2013) popisuje supervizi jako proces, kterého se účastní většinou skupina lidí či jednotlivec a je zaměřena na reflexi profesní role, pracovní činnosti a dalších přidružených pracovních aktivit. Matoušek (2013) považuje systematicky vedenou supervizi za základní nástroj práce, který slouží ke zkvalitnění práce a zaměřuje se na konkrétní možnosti řešení v oblasti postojů, pracovních postupů, vztahů v týmu a společných cílů. Pro zaměstnance by neměla být supervize pouze formální záležitostí, které se zúčastňují pouze z povinnosti, ale měli by být dobře seznámeni s důvody, účelem a smyslem, pro který je jim supervize poskytována (Sokol, 2008).

Venglářová (2013) považuje za smysl supervize péči o pracovníka, kterému napomáhá k dobré psychické pohodě a odbornosti, a díky tomu může následně poskytovat lepší a kvalitnější péči klientům. Mahrová (2008) uvádí, že na počátku supervize by se ve skupině měla domluvit jasná pravidla a vymezit si i cíle, které účastníci supervize očekávají.

Bártlová (2007) vymezila pro supervizi v sociální práci následující cíle:

- Rozvoj prostřednictvím učení a vzdělávání.
- Podpora při těžkých situacích.
- Motivace prostřednictvím zkušenosti druhých.
- Zjištění změny reflexe práce s klientem.
- Reflexe a zpracování emocí v rámci vztahů na pracovišti i s klienty.
- Rozvoj osobnosti, posilování sebevědomí a upevňování soběstačnosti.
- Vyrovňování se s pracovním stresem.
- Přispívat při naplnění etických pravidel.
- Splňovat očekávání organizace a odevzdávat kvalitní práci.

Kalina a Šimek (2004) sestavili výčet znaků dobré a špatné supervize, které uvedu v následujících dvou větách. Dobré znaky supervize: vytvoření bezpečného prostředí, dobré vztahy mezi supervizorem a supervidovaným, získávání nových informací a podnětů pro rozvoj profese, vědomá práce a uvědomování si etických problémů a norem. Špatné znaky supervize: ponižování a kritizování, špatný vztah mezi supervizorem a supervidovaným, nekompletnost supervizora, nevyváženost supervize (poučování supervizorem), nedodržování nastavených hranic a pravidel.

Intervize

Intervize je druh supervize, kdy není přítomen supervizor a můžeme ji rozdělit na skupinovou či individuální (Venglářová, 2013). Vedení intervize má na starosti většinou jeden ze skupiny či kolegů a bývá i speciálně proškolen (Mahrová et al., 2008). Smékalová (2008) popisuje intervizi, jako vzájemné konzultování několika kolegů, kdy jsou na stejné úrovni a mají podobný rozsah zkušeností a navzájem si poskytují alternativní pohled na danou problematiku. Intervize se může stát přirozenou součástí spolupracujících kolegů v jedné organizaci (Venglářová, 2013).

Následné vzdělávání

V oblasti sociální práce je následné vzdělávání povinné dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 § 111, který následné vzdělávání udává v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Formu následného vzdělávání vymezuje daný zákon těmito způsoby:

- Specializační vzdělávání zajišťované VŠ a VOŠ navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka
- Účast na kurzech s akreditovaným programem
- Odborné stáže
- Účast na školicích akcích
- Účast na konferencích

Příprava na práci by měla obsahovat nejen dobrou odbornou přípravu, která je vymezena zákonem, ale měla by být zaměřena i na rozvoj resilience a protektivních faktorů jedince (Potměšilová, 2014).

3 Raná péče

Tato bakalářská práce je zaměřena na prevenci syndromu vyhoření u poradců rané péče, proto považuji za důležité popsat v práci podrobně, čím se sociální služba rané péče zabývá a jaké služby klientům poskytuje.

3.1 Vymezení rané péče

Největší rozvoj rané péče v České republice je vázán na počátek 90. let 20. století a vyvíjela se jako poradenská služba rodinám s dětmi se zrakovým postižením (Hradílková, 2015).

Sociální službu rané péče definuje zákon o sociálních službách č. 108/2006 jako: „*Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ poslední novela zákona byla schválena roku 2009.

Vachulová (2014) uvádí ve čtyřech bodech hlavní cíle rané péče:

- snaha o minimalizaci negativních jevů a ohrožení v důsledku postižení dítěte,
- zvýšit vývojovou úroveň dítěte, která je nebo by mohla být postižena,
- pomoci rodině s novou situací a představení možností, které se nabízejí a tím posílit soběstačnost a kompetence rodiny,
- pomoci rodině i dítěti vytvořit správné podmínky pro sociální integraci.

Sociální služba rané péče musí dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 obsahovat tyto základní činnosti: „...*výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“

Střediska rané péče poskytují službu dle druhových standardů kvality rané péče, které vycházejí z obecně závazných standardů kvality sociálních služeb, které stanovuje příloha č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb.. Druhové standardy kvality služby rané péče byly

přijaty členskými pracovišti APRP (Asociace pracovníků s rané péči) dne 10.10.2013 a zahrnují tři okruhy standardů:

- procedurální standardy formulují cíle a principy služby rané péče, dále definují uživatele sociální služby a konkretizují průběh služby,
- personální standardy charakterizují odborný tým rané péče, jeho výběr, přijímání, zaškolování a následné vzdělávání,
- provozní standardy vymezují podmínky pro poskytování služby rané péče a zaručují uživatelům kvalitní úroveň služeb (APRP, © 2013).

Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba a jejich hlavní významem je umožnit jasné posouzení kvality poskytované sociální služby (Malík Holasová, 2014).

Vachulová (2011) uvádí, jako cílovou skupinou rané péče celou rodinu, tedy dítě s postižením, rodiče či jiné pečující osoby a případně i sourozenci a širší rodina. Narození dítěte s postižením vždy zasáhne všechny členy rodiny, a proto je nutné pracovat s celou rodinou i ve směru psychologické problematiky (Jankovský, 2006).

Dle standardů kvality je služba rané péče poskytována terénní formou a to minimálně ze 75%, případně je možné poskytnout službu ambulantně ve středisku rané péče (APRP, © 2013). Vachulová (2011) vidí přednost a důležitost poskytování služby v terénu především v možnosti využití přirozeného prostředí klientských rodin, protože právě v přirozeném prostředí domova jsou děti nejlépe schopny projevit a využít své schopnosti a možnosti.

3.2 Poradkyně rané péče

Pracovní tým ve střediscích rané péče je složen v takzvaný multidisciplinární tým a to dle personálních standardů je v širším týmu služby rané péče zastoupen zejména těmito profesemi: speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog a rehabilitační pracovník (APRP, © 2013). Složení týmu je závislé na poskytování služeb u konkrétního klienta a základ týmu tvoří poradce rané péče tzv. klíčový pracovník (Muknšnáblova, 2014). Hauke (2011) uvádí, že klíčový pracovník je sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách, který koordinuje péči o jednotlivého klienta, v případě rané péče se jedná o celou klientskou rodinu. Poradce rané péče musí splňovat určité požadavky a

to především na kvalifikaci dle §115 zákona o sociálních službách č. 108/2006. Další kritéria pro přijímání pracovníků jsou předmětem zřizovatelů, ač se jedná o osobnostní předpoklady či dosažené vzdělání, pro plnou kvalifikaci musí zájemce o zaměstnání absolvovat akreditovaný kurz poradce rané péče, který je garantovaný Asociací pracovníků v rané péči (APRP, © 2013). Postavení poradců rané péče je v multidisciplinárním týmu naprosto mimořádné, protože spojují rodinu s ostatními odborníky a zároveň společně s rodiči vytváří individuální plán, dle potřeb dítěte a celé rodiny (Mukšnáblová, 2014).

Vachulová (2014) v následujícím odstavci popisuje náplň práce poradce rané péče. Po prvním kontaktu rodiny je domluvena informativní návštěva, kterou často vede potencionální klíčový pracovník rodiny (poradce rané péče). Následně probíhá vstupní jednání, kde se uzavírá smlouva o službu a vyjednávají se podmínky a možnosti poskytovatele, které žadatel o službu očekává a potřebuje. Po uzavření smlouvy začíná standartní poskytování služby rané péče a to převážně v prostředí rodiny. Konzultace probíhá po domluvě s klientem, jednou za měsíc až tři měsíce a trvá zpravidla do dvou hodin. Frekvence se odvíjí od potřeb rodiny. Při prvních konzultacích vypracovává poradce rané péče společně s rodiči individuální plán. Tento plán je průběžně aktualizován, doplňován, měněn a vyhodnocován a to vše na základě potřeb a možnostech klienta (APRP, © 2013). Hauke (2011) dodává, že by individuální plán měl také obsahovat způsob předávání informací o průběhu poskytování služby jednotlivým uživatelům a celkově by měl být proces individuálního plánování vnímán jako důležitý a smysluplný.

3.3 Současný stav rané péče v ČR

Pro ilustraci jak se vyvíjel výskyt organizací rané péče v ČR, zde uvádím tabulku č. 1 a graf č. 1, kde je zobrazen, jak celkový počet organizací v ČR, tak i počet organizací rané péče v jednotlivých krajích mezi lety 2007 – 2015.

Tabulka č. 1 Výskyt organizací rané péče v ČR 2007-2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Česká republika	20	41	40	39	40	42	42	42	43
Hlavní město Praha	2	7	6	5	6	6	6	6	6
Jihočeský kraj	2	5	5	4	3	4	4	4	4
Jihomoravský kraj	2	3	3	3	3	4	6	6	6
Karlovarský kraj	0	0	0	0	1	1	1	1	1
Kraj Vysočina	1	3	3	3	3	3	3	3	3
Královéhradecký kraj	0	2	2	2	2	2	2	2	2
Liberecký kraj	0	1	1	1	1	1	0	1	0
Moravskoslezský kraj	5	6	6	6	6	6	6	6	7
Olomoucký kraj	2	3	2	3	3	3	2	2	2
Pardubický kraj	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Plzeňský kraj	2	3	3	3	3	3	3	3	3
Středočeský kraj	2	4	4	4	4	4	4	4	4
Ústecký kraj	0	2	1	1	1	1	1	1	1
Zlínský kraj	1	1	3	3	3	3	3	2	2

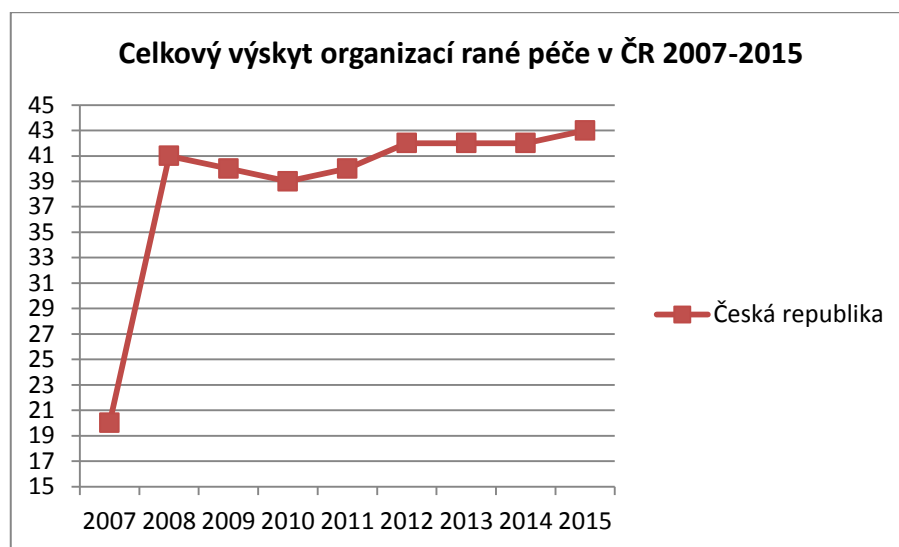
Zdroj:(www.czso.cz)

Na základě informací z Českého statistického úřadu se celkový počet organizací mezi lety 2007 – 2015 více než zdvojnásobil. V roce 2007 bylo v České republice pouze 20 středisek rané péče. Nejvíce se střediska rané péče vyskytovala v Moravskoslezském kraji v počtu 5, což je $\frac{1}{4}$ z celkového počtu. V roce 2008 došlo k velkému nárůstu středisek rané péče a to o 105%. Hlavním důvodem bylo přijetí nového zákona o sociálních službách 108/2006 Sb., který jasně charakterizuje službu rané péče.

V následujících letech se počet organizací rané péče v ČR výrazně neměnil. Nejméně jich bylo v roce 2010 a to 23. Nejvíce v roce 2015 a to 43 organizací rané péče. Z výše uvedeného je patrné, že v České republice je pomalu rostoucí trend ve vzniku nových organizací rané péče.

V tabulce č. 1 je uveden i počet středisek v jednotlivých krajích v roce 2015, byl nejvyšší počet v Praze (6), Jihomoravském kraji (6) a Moravskoslezském kraji (7). Naopak nejnižší počet organizací poskytující sociální službu rané péče bylo v Karlovarském kraji (1), Ústeckém kraji (1) a v kraji Libereckém organizace rané péče nevyskytuje. Tento nízký počet organizací může být vysvětlen tím, že v daných krajích poskytují ranou péči organizace, které mají sídlo v jiném kraji. Např. v Libereckém kraji poskytuje sociální službu rané péče organizace EDA cz, z.ú., která má sídlo v Praze, v Karlovarském kraji je raná péče zajišťována i organizací Raná péče Kuk, z.ú., která má sídlo v Plzni.

Graf č. 1



Zdroj: (www.czso.cz)

Výše je uveden graf č. 1 s celkovým výskytem organizací rané péče v ČR 2007- 2015, kde je přehledněji vidět, že k nejvyššímu nárůstu došlo mezi roky 2007 – 2008. Od roku 2010 až do roku 2015 dochází k pozvolnému zvyšování počtu organizací rané péče.

II Empirická část

4 Cíl práce

Cílem mé bakalářské práce je zmapovat, jaké prostředky prevence syndromu vyhoření, využívají poradci rané péče ve středisku Raná péče Kuk, z.ú..

4.1 Hlavní výzkumná otázka

S ohledem na hlavní cíl bakalářské práce byla stanovena výzkumná otázka:

„Jaké oblasti prevence syndromu vyhoření jsou pro poradce rané péče daného střediska rané péče prioritní?“

4.2 Dílčí výzkumné otázky

V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku byly stanoveny tyto dílčí výzkumné otázky:

- 1) Jaká je informovanost o syndromu vyhoření u poradců rané péče?
- 2) Jakým způsobem poradci rané péče tráví svůj volný čas?
- 3) Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření mají poradci rané péče v zaměstnání?
- 4) Jaké fyzické aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?
- 5) Jaké duševní a duchovní aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?

5 Metodika

Vlastní výzkum probíhal ve dvou fázích. Nejprve byl proveden předvýzkum a posléze se konal vlastní výzkum, který probíhal ve středisku rané péče Raná péče Kuk, z.ú..

5.1 Strategie výzkumu

Pro výzkum prevence syndromu vyhoření u poradců rané péče ve středisku Raná péče Kuk, z.ú. byla zvolena metoda **kvalitativní výzkumné strategie**. Švaříček (2007) definuje kvalitativní výzkum jako proces, který můžeme aplikovat v autentickém prostředí, se záměrem reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu. Kvalitativní výzkum je považován za pružný, protože výzkumník může během výzkumu měnit nejen výzkumné otázky, ale i hypotézy, výzkumný plán a sběr dat, po sběru a analýze dat se rozhodne, která data k výzkumu potřebuje a začíná opět od začátku (Hendl, 2012).

5.2 Popis výzkumného nástroje

Při získávání potřebných dat byla použita **metoda dotazování a technika rozhovoru podle návodu**. Miovský (2006) uvádí techniku rozhovoru, jako nejčastěji používanou metodu dotazování, kdy tazatel může využít předem připravené okruhy otázek, ale může je přeskokovat a doplňovat dle potřeby situace, pro maximalizaci výtěžnosti rozhovoru. Návod při rozhovoru umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání (Hendl, 2012). Jako hlavní výhody použití techniky rozhovoru udává Disman (2011), že pro respondenta je obtížnější vynechat odpovědi na některé otázky a úspěšné dokončení rozhovorů je podstatně vyšší, než návratnost dotazníků.

Pro snadnější a přehlednější vedení rozhovoru byly vytvořeny okruhy témat a otázky. Návod je součástí práce, příloha č. 1. Rozhovory probíhaly na přelomu března a dubna 2017, přímo ve společenské místnosti střediska rané péče Raná péče Kuk z.ú.. Toto prostředí jsem vybrala záměrně, protože pro informanty je toto místo známé a měli tak možnost se uvolnit a odpovídat spontánně, než v prostředí, které by pro ně bylo cizí a nemuseli by se tak cítit komfortně.

5.3 Způsob zpracování dat

Sesbíraná data byla z diktafonu doslovně přepsána a dále zpracována obsahovou analýzou kvalitativních dat, **metodou vytváření trsů**. Metoda slouží pro seskupení výroků do skupin, které vznikají na základě vzájemné podobnosti mezi identifikovanými jednotkami (Miovský, 2006).

5.4 Výzkumný soubor

Informanti byli vybráni **metodou kvótového záměrného výběru**. V tomto případě jsou kritéria pro výběr předem známá a nezávislá na výsledcích výzkumu (Hendl, 2012).

Výzkumný soubor byl tvořen 3 poradci rané péče střediska Raná péče Kuk.z.ú., kteří ve středisku pracují déle než jeden rok. Osloveni byli všichni čtyři pracovníci na pozici poradce rané péče střediska Raná péče Kuk z.ú.. S jedním poradcem byl proveden předvýzkum, který nebyl zahrnut do výsledků bakalářské práce. Všichni informanti splňovali tyto kritéria:

- pracující v organizaci, která poskytuje poradenství v oblasti rané péče, pracující na pozici poradce rané péče,
- minimální praxe v organizaci jeden rok,
- účast na výzkumu byla dobrovolná.

Pro uchování anonymity budou poradci rané péče v bakalářské práci uváděni jako informant I., II. a III.

5.5 Předvýzkum

Tato část byla provedena před začátkem vlastního výzkumu. Předvýzkum proběhl pro kontrolu srozumitelnosti, jednoznačnosti otázek a možné úpravě či doplnění otázek ve scénáři pro rozhovor, dále pro zjištění časové náročnosti rozhovoru.

Pro předvýzkum této bakalářské práce byla oslovena poradkyně rané péče střediska Raná péče Kuk z.ú., která splňovala kritéria určená pro výzkum, tzn. zaměstnání na pozici poradce rané péče ve středisku Raná péče Kuku z.ú., minimální praxe jednoho roku v tomto zařízení a dobrovolná účast na výzkumu. Předvýzkum byl realizován ve

stejném prostředí, kde probíhal vlastní výzkum. Otázky již nebylo nutné upravovat. Rozhovor trval 30-40 minut, což bylo pro potřeby výzkumu dostatečné.

5.6 Etické aspekty výzkumu

Před začátkem vlastního výzkumu byli všichni informanti seznámeni s obsahem, cílem a průběhem výzkumu. Informanti byli ubezpečeni anonymitou, a proto v práci neuvádím žádné identifikační údaje pro nízký počet informantů a tedy možnosti snadné identifikovatelnosti. Rozhovory byly realizovány na základě dobrovolnosti a informanti byli seznámeni s možností, kdykoli od výzkumu odstoupit.

Informanti podepsali informovaný souhlas se zpracováním dat a nahráváním rozhovoru na diktafon, tento souhlas je součástí bakalářské práce, je označen jako příloha č. 2.

5.7 Operacionalizace pojmů

Poradce raná péče – klíčový pracovník zodpovídající za svěřené klienty a zajišťuje řádné poskytování služby rané péče. S klientskými rodinami vytváří a vyhodnocuje individuální plán (APRP, © 2017).

Syndrom vyhoření - vyčerpání, pasivita doprovázena zklamáním. Vyhoření se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres a bývá popisován, jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných fyzických, psychických a emocionálních nároků (Jeklová, Reitmayerová, 2006).

Prevence – předcházení vzniku nemocí, ovlivňování determinant, které působí na zdraví a snižování zdravotních rizik. Na primární prevenci navazuje sekundární, terciální a kvartérní prevence (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, © 2014).

Volný čas – doba, kdy si jedinec může své aktivity svobodně vybrat, nejsou vázány pracovními či společenskými závazky a přinášejí pocit uspokojení a uvolnění (Průcha, 2009).

Supervize – proces, zaměřený na reflexi pracovních rolí a aktivit, které se váží s vykonávaným povoláním jedince (Venglářová, 2013).

Intervize – způsob sdílení případové práce, zkušeností, vzájemné podpory a reflexe mezi kolegy (Wagnerová, Janošťáková, 2011).

Fyzické aktivity – jakýkoliv tělesný pohyb, který je spojený se svalovou kontrakcí, který zvyšuje výdej tělesné energie nad její klidovou úroveň (Kukla, 2016).

Duševní aktivity – práce nebo úsilí, které se skládá z mentální činnosti, myšlení, představivosti apod. (Preiss, Křivohlavý, 2009).

Duchovní aktivity – lze je chápat jako hledání toho, co nás přesahuje, objevování toho, k čemu máme úctu, a udržování kontaktu s tím, co považujeme za nejvyšší, nejhodnotnější a nejvzácnější (Vokounová, 2012).

5.8 Časový harmonogram

V první fázi probíhal sběr, analýza a zpracování informací z odborné literatury, které se převážně týkalo syndromu vyhoření a možnosti jeho prevence. Ve druhé fázi byl vypracován scénář pro rozhovor, který byl poprvé použit v březnu 2017 na předvýzkum, pro kontrolu jeho srozumitelnosti a jednoznačnosti. Na konci března 2017 začala 3. fáze, kdy začala probíhat realizace vlastního výzkumu ve středisku Raná péče Kuk z.ú.. Ve čtvrté fázi byly zpracovány získaná data z výzkumu, provedena diskuze a následně byl sepsán závěr práce. Pro přehlednost je časový harmonogram uveden v tabulce (viz. Tabulka č. 2).

Tabulka č. 2 – Časový harmonogram výzkumu

FÁZE	ČINNOST	ČASOVÝ ÚSEK
1. fáze	Získávání, analýza a zpracování dat z odborné literatury.	Říjen 2016 – Únor 2017
2. fáze	Příprava otázek pro realizaci výzkumu. + Předvýzkum.	Únor 2017 – Březen 2017
3. fáze	Realizace výzkumu.	Březen 2017 – Duben 2017
4. fáze	Zpracování a interpretace získaných dat.	Duben 2017 – Červenec 2017

Zdroj: vlastní

6 Výsledky

V této kapitole bakalářské práce jsou uvedeny výsledky získané kvalitativním výzkumem, technikou dotazování podle návodu se zvolenými otevřenými otázkami.

Zaměření výzkumu, který se uskutečnil ve středisku Rané péče Kuk z.ú., bylo stanoveno hlavní výzkumnou otázkou: „Jaké oblasti prevence syndromu vyhoření jsou pro poradce rané péče daného střediska rané péče prioritní?“ Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly otázky rozděleny do pěti oblastí, kdy každá oblast hledá odpověď na dílčí výzkumnou otázku: „Jaká je informovanost o syndromu vyhoření u poradců rané péče?“, „Jakým způsobem poradci rané péče tráví svůj volný čas?“, „Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření mají poradci rané péče v zaměstnání?“, „Jaké fyzické aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?“, „Jaké duševní a duchovní aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?“.

Výsledky jsou interpretovány v jednotlivých podkapitolách, dle dílčích výzkumných otázek. Na konci každé podkapitoly jsou data shrnuta v dílčí závěr, který odpovídá na danou dílčí výzkumnou otázku. Přímé citace informantů jsou ponechány autentické a bez jazykové korektury.

Informanti, kteří se výzkumu účastnili, byly poradci rané péče ze střediska Rané péče Kuk z.ú. Na začátku každého rozhovoru jsem se ptala na pět základních identifikačních údajů, kde jsem zjišťovala pohlaví, věk, vzdělání, stav a počet potomků. Údaje byly pouze informativní a sloužily k přehlednějšímu rozdělení informantů.

Z důvodu dodržení anonymity informantů, jsem se rozhodla, neuvádět k jednotlivým informantům dané identifikační údaje. Pouze je rámcově shrnu. Komunikační partneři jsou v bakalářské práci označováni jako, Informant I, II a III.

Informanti, kteří se výzkumu účastnili, byly ženy ve věku okolo 30let s vysokoškolským vzděláním. Délka praxe v zařízení se u informantů pohybovala v rozmezí od jednoho do deseti let. Dvě informantky byly vdané a měly děti.

6.1 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 1

DVO1: „*Jaká je informovanost o syndromu vyhoření u poradců rané péče?*“

Tato dílčí otázka má za úkol zodpovědět jaké je povědomí poradců rané péče o syndromu vyhoření a jak mu mohou předcházet. Otázka byla operacionalizována do čtyř okruhů otázek.

První otázka zněla: „**Co si představíte pod pojmem syndrom vyhoření?**“. Informanti popisovali, co si pod pojmem syndromu vyhoření představují. Všichni tři informanti uvedli, že se jedná o velké vyčerpání a přetížení, které se projevuje špatným psychickým stavem. Informant II uvedl: „*Pokud je někdo vyhořelý, tak ho daná práce nebaví, nevykonává ji dobře, protože jeho schopnosti a možnosti jsou ovlivněni tím, že by potřeboval změnu.*“ Informant I si myslí, že se jedná o špatný psychický stav, který se postupně začne projevovat i fyzicky. „*Takhle konkrétně si představuji, nějaký psychický stav vedoucí už i k fyzickým projevům a vyčerpání.*“ Odpověď Informanta III zněla: „*Nevím, jak to popsat. Nikdy jsem se tím víc nezaobírala, ale vím, že to je a že je to časté v našich profesích, ale je to pro mě něco přes čáru, kdy ten člověk nemůže psychicky i fyzicky.*“

Na otázku: „**Co si představíte pod pojmem prevence syndromu vyhoření?**“, odpověděli všichni informanti, že se jedná o předcházení či zabránění vzniku syndromu vyhoření. Informant II uvádí: „*Teoreticky prostě dělat něco proto, aby k tomu syndromu vyhoření nedošlo.*“

V následné otázce: „**Jakým způsobem si myslíte, že se dá syndromu vyhoření předcházet?**“, se informanti shodli, že je důležité o možnosti vzniku syndromu vyhoření vědět a být o něm informovaný. Informant I odpověděl: „*Předcházet se dá už tím, že člověk ví, že mu něco takového hrozí.*“ Informant II a III si myslí, že je důležité oddělovat osobní život od pracovního. Informant III: „*Člověk si nenosí problémy z práce domů a problémy z domova si nenosí do práce, že se to tak hezky oddělí.*“ Informant II ještě vidí prevenci v nastavení pravidel v práci. „*V práci by měly být jasně nastavená pravidla, co si ten pracovník může dovolit a zároveň i to, co si může klient dovolit k pracovníkovi, aby to bylo jasné.*“ Informant II ještě vnímá prevenci ve správném využití volného času a dodává: „*Je důležité využívat volného času pro sebe a nejenom pro práci.*“

Odpovědi na otázku: „**Jak si myslíte, že zvládáte svou práci po fyzické a psychické stránce?**“, se u informantů shodovaly v tom, že se cítí v celku dobře a že jsou při síle, ale že práce poradce rané péče je každý den jiná. Informant III vypověděl: „*Po výjezdu, když se vracím po deseti hodinách, tak se člověk cítí utahaný nebo naopak, když se ty konzultace povedou, tak se člověk vrací i nabitý. Fyzicky unavený, ale psychicky povznesený.*“ Informant II tu uvádí i zkušenost z minulého zaměstnání. „*Mám zkušenost z minulého zaměstnání. Neříkám, že bych byla vyhořelá, ale už jsem začínala pociťovat, že mě ta práce nenaplňuje, a že už je potřeba udělat nějakou změnu.*“

Souhrn 1. Dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu vyplynulo, že informovanost u poradců rané péče o syndromu vyhoření je na dobré úrovni. Všichni informanti se s pojmem setkali a částečně dokázali popsat a hovořit o co se jedná. V oblasti pojmu syndromu vyhoření informanti uvedli, že se jedná o vyčerpání a přetížení, které se projevuje psychickým vyčerpáním. Dva z informantů dodávají, že může docházet i k fyzickým projevům. V oblasti pojmu prevence před syndromem vyhoření kladou všichni informanti důraz na dostatečnou znalost a informovanost o problému syndromu vyhoření a díky tomu mohou správně nastavit prevenci. Důležitost oblastí prevence se u informantů lišila. Jeden z informantů kladl důraz na sebereflexi. Dva z informantů viděli podstatu prevence v oddělení osobního a pracovního života a správného využívání volného času. Všichni informanti uvedli, že se v současné době cítí dobře a svou práci zvládají jak po fyzické, tak i psychické stránce.

Analýza ukázala tři hlavní trsy, které sjednocují názory informantů na téma informovanosti ohledně syndromu vyhoření:

Špatný psychický a fyzický stav – je důsledek syndromu vyhoření, kterému předchází přetížení a dlouhodobého vyčerpání, může být vyvolán dlouhodobým vlivem stresu.

Předcházení – pro poradce rané péče synonymum prevence.

Informovanost – vnímána jako hlavní a důležitá možnost způsobu prevence vyhoření. Může se jednat o informovanost ohledně možnosti ohrožení syndromem vyhoření či hlubší znalosti této problematiky.

Tabulka č. 3: Vyhodnocení 1. dílčí výzkumné otázky (souhrn odpovědí informantů)

	Informant I	Informant II	Informant III
Syndrom vyhoření	Špatný psychický a fyzický stav	Špatný psychický a fyzický stav, apatie v zaměstnání, změna	Špatný psychický a fyzický stav.
Prevence syndromu vyhoření	Předcházení	Předcházení	Předcházení
Způsob prevence syndromu vyhoření	Informovanost, sebereflexe	Informovanost, pravidla, oddělení osobního a pracovního života, využití	Informovanost, oddělení osobního a pracovního života, využití volného času
Pocit zvládnutí svého zaměstnání	Dobře	Dobře	Dobře

Zdroj: vlastní

6.2 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 2

DVO2: „ Jakým způsobem poradci rané péče tráví svůj volný čas?“

Dílčí otázka č. 2 má zodpovědět, co dělají a čím se zabývají poradci rané péče ve svém volném čase, tedy jaké mají záliby. Tato otázka byla operacionalizována do šesti okruhů otázek.

První položená otázka je: „**Jakým způsobem trávíte volný čas po pracovním dni?**“. Všichni informanti uvedli, že svůj volný čas tráví v závislosti na své rodině a možnostech. Informant II uvádí: „*Mám poměrně malý děti, takže ty mi prostě zaberou většinu volného času.*“ Informant III odpověděl: „*Mám malé dítě, barák a zahradu, takže volný čas je pro mě vzácná komodita. Takže přijdu domů a dítě, rodina a tak.*“ Informant I vypověděl, že se po práci věnuje sobě a tráví čas pasivně. „*Volný čas po pracovním dni trávím úplně pasivním odpočinkem, kdy nedělám vůbec nic.*“ Informant III dodává, že kvůli dojíždění, tráví hodně času na cestách. „*Já jsem dojíždějící, takže mě zabere cca hodinu a půl až dvě hodiny, než se po práci dostanu domů.*“

Následující otázka cílila na konkrétní aktivity, které poradci v rané péči preferují. **„Jaké aktivity preferujete ve svém volném čase a proč právě ty?“** U informantů se odpovědi na tuto otázku lišily. Informant I preferuje hlavně pasivní odpočinek a relaxaci. *„Preferuji cvičení, ale ne aktivní, kdy bych třeba běhala, ale takové vnitřní uvolnění. Vypustit všechny věci, které se za ten den nastrádaly a psychicky vypnout.“* Informant II rozděluje a popisuje aktivity, které vykonává s rodinou a které preferuje sám. *„Co se týká dětí, tak hrajeme hry nebo chodíme na procházku, co chtějí děti a pokud se jedná vyloženě o můj volný čas, tak mám ráda četbu, takže se věnuji četbě a jelikož máme dům se zahradou, tak i zahradě.“* Informant III přizpůsobuje aktivity časově náročnému dojíždění. *„Protože dojíždím a trávím hodně času v autobuse, tak čtení je relaxace, kterou si vozím sebou.“*

Na otázku: **„Kolik času věnujete sami sobě a myslíte si, že je to dostatečné?“**, informanti odpověděli rozdílně. Kdy Informant II a III mají na sebe méně času, kvůli dětem a rodině. Oba informanti uvedli, že si myslí, že je to nedostatečné, ale v závislosti na přibývajícím věku dětí bude volného času snad přibývat. Informant III: *„Čas jenom pro sebe na svoje záliby, tak to je tak půl hodiny, hodinu týdně, protože i večer je to takový kolotoč. Člověk uklidí to dítě, potom ten výbuch doma a pak uklidí sebe.“*

Další otázkou bylo: **„Jaká je ideální představa trávení vašeho volného času?“** Všichni tři informanti uvedli, že by si přáli mít více volného času, aby měli delší volno odpoledne. Informant I: *„Úplně ideálně by se mi líbilo, být už ve tři hodiny doma a moc si naplánovat celé odpoledne.“* Informant II a III by trávil čas na zahradě s knihou. Informant III: *„Udělal bych si kafe, přečetla bych si knížku, pak bych si šla zaběhat a navečer bych se trochu věnovala zahradě na záhoncích, tak to by byl velký ideál.“*

Následující otázka: **„Když máte volný čas, jak a s kým ho trávíte?“** Odpovědi na tuto otázku se u informantů shodovali. Všichni svůj volný čas tráví s rodinou. Informant I a II uvedli, že volný čas tráví rádi i o samotě. Informant II: *„No, jelikož lidí a kontaktů mám kolem sebe hodně, tak ho ráda trávím i sama, ale samozřejmě i rodinou, širší rodinou a kamarády.“*

Poslední oblast se týkala spánkového režimu. **„Jak byste popsala svůj spánkový režim?“** Odpovědi dvou informantů se shodovaly, že spí pravidelně a mají pocit, že je to dostačující. Informant II uvedl: *„Tak pravidelnost mám určitě, to jsou jen výjimečné“*

situace, kdy chodím spát dlouho.“ Informant III považuje svůj spánkový režim za nedostatečný a nepravidelný. „*Spím málo, ale to je vzhledem k dítěti a ráno vstávám v pět hodin. Já bych si klidně ještě dvě hodiny na vrh přidala.*“

Souhrn 2. Dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu vyplynulo, že časové možnosti a způsob trávení volného času se odvíjí od rodinného života, kdy dva informanti ze tří tráví svůj volný čas převážně s dětmi a rodinou, které přizpůsobují i výběr aktivit. Všichni informanti by si přáli více volného času, který by mohli využít více sami pro sebe a pro své záliby. Jako ideálně strávený volný čas považují dva informanti odpoledne strávené na zahradě, při pěkném počasí a knihou. Svůj spánkový režim považují dva informanti za dostatečný a pravidelný. Jeden z informantů popisuje svůj spánkový režim, jako nedostatečný a to hlavně z důvodu brzkého vstávání a toho, že má malé dítě, které se v noci občas budí.

Analýza ukázala čtyři hlavní trsy, které sjednocují názory informantů na téma trávení volného času:

Děti a rodina – trávení volného času je závislé na dětech a rodině.

Četba – oblíbená volnočasová aktivita poradců rané péče, která pro každého znamená preferenci jiného druhu literatury.

Nedostatek volného času – z hlediska náročnosti práce a povinností v domácnosti mají informanti pocit, že nemají dostatek volného času. Dalším prvkem, který informantům zabírá čas je daleké dojíždění za prací.

Kvalitní spánek – zahrnuje dostatečnou délku spánku i jeho kvalitu a nerušenost.

Tabulka č. 4: Vyhodnocení 2. dílčí výzkumné otázky (souhrn odpovědí informantů)

	Informant I	Informant II	Informant III
Volný čas po pracovním dni	Pasivní odpočinek	Děti a rodina	Děti a rodina, dojíždění
Preferované aktivity	Uvolnění, relaxace	Děti, četba, zahrada	Děti, četba, zahrada, sledování filmů, běh
Čas sám pro sebe	Dvě hodiny denně	Nedostatek volného času	Nedostatek volného času
Ideálně strávený volný čas	Více volného času, jóga	Více volného času, zahrada, četba	Více volného času, zahrada, četba, běh
S kým trávíte volný čas	Sám, rodina	Sám, rodina	Rodina
Spánkový režim	Kvalitní spánek	Kvalitní spánek	Nedostatek spánku

Zdroj: vlastní

6.3 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 3

DVO3: „Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření mají poradci rané péče v zaměstnání?“

Třetí dílčí výzkumná otázka je zaměřena na to, jaké možnosti prevence proti syndromu vyhoření nabízí zaměstnavatel a které možnosti poradci rané péče využívají. Dílčí otázka je rozdělena do sedmi okruhů otázek.

První otázka: **Které preventivní aktivity, nabízené zaměstnavatelem považujete za užitečné?** Všichni informanti ve své odpovědi uváděli supervizi, kterou v zaměstnání mají pravidelně jednou za tři měsíce. V dalších preventivních aktivitách se odpovědi lišily. Informant I považuje za velmi užitečné pružnou pracovní dobu, kdy si může plánovat pracovní schůzky dle potřeby, uvedl: „*Určitě pružnou pracovní dobu, kdy si můžeme sami naplánovat, jak dlouho strávíme na konzultacích nebo které dny a do kdy, následně si můžeme vybrat náhradní volno.*“ Pro Informanta II jsou užitečná nastavená pravidla, ve kterých nachází oporu a řád. „*Je to tu úplně výborně nastavený, je naprosto jasný, co můžeme a co ne. Myslím si, že je to super. V rámci pravidel máme, že*

neposkytujeme rodinám naše osobní informace, což nás drží s rodinou na profesionální úrovni.“ Informant I a III považuje za velice důležité intervize, rady kolegů a možnost si brát kolegy sebou na konzultace. Informant III odpověděl: *„My máme i takový supervize od kolegů, tak nejsou to klasické, ale můžeme si je sebou brát na naše konzultace, spíš jsou to nějaké intervize, tam kde si nejsme jisti nebo se nám prostě něco nepozdává.“*

Další otázka byla zaměřena na supervizi: **„Jaké jsou Vaše zkušenosti se supervizí?“** Všichni informanti vypověděli shodně, že se v zařízení skupinová supervize vyskytuje pravidelně čtyři krát do roka a mají i možnost domluvit si individuální supervizi. Informant I uvedl: *„Máme pravidelně týmové supervize čtyřikrát ročně. Máme možnost i individuální supervize, ale zatím jsem nepocítila potřebu individuální supervizi využít.“* Informant III odpověděl: *„Supervizora střídáme po určité době a máme možnost i individuálních supervizí a to je buď nabídka aktuálního supervizora, nebo si můžeme najít vlastního. Sama jsem to využila, kdy jsem měla konkrétní případy z rodiny a chtěla jsem to řešit sólo.“* Informant II dodává navíc: *„Stalo se nám, že jsme potřebovali supervizi dřív než po čtvrt roce, tak se domluvil termín jakoby navíc.“*

Následující otázka se zabírala následným vzděláváním: **„Jaké jsou Vaše zkušenosti s následným vzděláváním?“** Zde informanti shodně odpověděli, že jako sociální pracovníci mají povinné následné akreditované vzdělávání. Výpověď Informanta III: *„Tak mi máme povinný vzdělávání, akreditovaný, tak to si musíme splnit a je na nás v jaké oblasti chceme. My si píšeme plán vzdělávání, kde si píšeme oblasti, které by nás zajímaly a podle toho si vlastně vyhledáváme kurzy.“* Dva informanti dále uvedli, že je ve středisku podporované i další neakreditované vzdělávání. Informant III dodává: *„Pokud jsou finance navíc, tak můžeme i další vzdělávání, neakreditovaný. Je to tu u nás hojně podporovaný. Je v podstatě pouze na naší iniciativě co si najdeme, co se nám líbí.“* Informant I uvedl: *„V tomto ohledu máme podporu. I sama jsem využila možnost dalšího vzdělávání. Vlastně to využívám pravidelně.“* Informant II uvedl, že během kurzů a seminářů se setkávají i s pracovníky z jiných středisek rané péče. *„Jezdíme na kurzy, máme semináře s Edou v Praze a Liberci, takže udržujeme i profesionální vztahy mezi sebou a předáváme si informace.“*

Následující otázka se týkala intervize: **„Jaké jsou Vaše zkušenosti s konzultacemi v rámci organizace a kolegyň?“** Na tuto otázku se informanti rozprávěli ohledně

pracovního týmu a možnosti využití rad kolegů prakticky kdykoli. Informant III uvádí: *„Je nás tu málo, jsme takový malý tým, ale jsme dost soudržný, proto vím, že po každé konzultaci tady někdo je, komu se můžu vypovídat a odejít s čistou hlavou.“* Informant I uvádí, že může případné problémy řešit v rámci porady. Uvádí: *„Každé dva týdny máme porady o klientech, kde probíráme přímo ty konkrétní situace a v rámci i běžného kontaktu tady mezi sebou si můžeme probírat ty naše příběhy, takže to vlastně děláme pořád, takže si nikdo z nás nenosí nic domů.“*

Na otázku: **„Jak vnímáte zpětné vazby od klientů?“** informanti odpověděli kladně. Všichni uvádějí, že je to pro ně důležitá součást, aby věděli, jestli sociální služba klientovi přináší něco pozitivního. Informant I uvedl: *„Děláme pravidelné konzultace s klienty a hodnocení celé služby, takže máme minimálně to, když se zeptáme, ale většinou přichází spontánně. Zpětnou vazbu vnímám velice kladně je to důležitá součást.“*

Otázka: **„Jaké další preventivní aktivity, které Váš zaměstnavatel nenabízí, byste uvítali?“** Informant I a II se shodují, že by bylo dobré pořádat společné akce pro zaměstnance. Informant I: *„Možná nějaké týmové akce, jako venku, kdy bysme se dostali odsud. To by bylo fajn, to by se mi líbilo.“* Informant III udává možnost zdravotního volna. *„Máme jednou za půl roku dva dny zdravotního volna ještě mimo dovolenou, tak třeba ještě takovýhle volno navíc. Jinak mám pocit, že tu máme zajištěno všechno, hlavně i to, že vedení je nám otevřeno a můžeme přijít s jakýmkoli nápadem.“*

Na poslední otázku: **„Co nebo kdo Vám pomáhá, abyste se cítili v práci dobře?“** odpověděli informanti shodně, že je pro ně důležitý celý pracovní tým. Informant III uvádí: *„Ten tým, ty lidi. Jak už jsem tu poměrně dlouho, tak jsem tu zažila už dost týmů a musím říct, že to dělá opravdu hodně. Člověku nepřidá, když je tu někdo, kdo vytváří dusno a problémy.“*

Souhrn 3. Dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu vyplynulo, že preventivní opatření proti syndromu vyhoření jsou ve středisku rané péče Raná péče Kuk z.ú. hojně podporovaná. Všichni informanti se shodli na důležitosti supervize a intervize. Jako další preventivní aktivity uváděli i pružnou pracovní domu, dobře nastavená pravidla a možnosti konzultace s kolegy. Ve středisku probíhají pravidelné skupinové supervize, kdy informanti uvedli, že je možné

zažádat i o individuální supervizi s možností vlastního supervizora. Všichni informanti se shodli, že je ve středisku velice podporované následné vzdělávání a mohou pravidelně využívat a navštěvovat kurzy, které je zajímají a jsou jim prospěšné pro další využití v zaměstnání. Z pohledu intervize informanti vypověděli, že mohou podporu od svých kolegů využít prakticky kdykoli a minimálně v pravidelných intervalech na společných interních konzultacích. Jako další opatření uvedli informanti zpětné vazby od klientů, které považují jako důležitou součást správného poskytování nabízené sociální služby. Na otázku, co by ještě mohl zaměstnavatel nabízet, jako preventivní aktivity dva informanti uvedli, že by byli rádi za společné zaměstnanecké akce mimo středisko rané péče nebo stmelovací pobyty. Jeden informant uvedl, že by přivítal více dní zdravotního volna. Jako nejdůležitější prvek, který je pro poradce rané péče v zaměstnání zásadní shodně informanti uvedli pracovní tým a soudržnost.

Analýza ukázala pět hlavních trsů, které sjednocují názory informantů na téma možnosti prevence syndromu vyhoření v zaměstnání:

Týmová supervize – druh supervize, který pravidelně využívají poradci rané péče a považují ho za důležitou součást prevence proti syndromu vyhoření

Akreditované vzdělávání – zahrnuje povinné následné vzdělávání i nepovinné výběrové kurzy, semináře či školení.

Soudržný tým – důležité při intervizi pro navození důvěry, otevřenosti, možnosti ventilace problémů, konzultace a potřeby pohledu druhé osoby.

Společné akce – další z možností prevence syndromu vyhoření, které ve středisku rané péče neprobíhají a poradci rané péče by je uvítali. Trs zahrnuje jak teambuildingové aktivity, tak i společné setkávání mimo středisko rané péče a to pouze s rekreačním záměrem.

Pracovní tým – kolegiální, ale i přátelství mezi pracovníky střediska rané péče, které přináší sociální oporu a tím navozuje dobrý pocit v zaměstnání.

Tabulka č. 5: Vyhodnocení 3. dílčí výzkumné otázky (souhrn odpovědí informantů)

	Informant I	Informant II	Informant III
Preventivní aktivity v zaměstnání	Pružná pracovní doba, supervize	Pravidla, supervize	Intervize, supervize, konzultace kolegů
Supervize	Skupinová	Skupinová	Skupinová, individuální
Následné vzdělávání	Akreditované vzdělávání, podpora vzdělávání nad rámec, pravidelné využití	Akreditované vzdělávání, společné semináře s jinými středisky	Akreditované vzdělávání, plán vzdělávání, pravidelné využití
Intervize	Soudržný tým, konzultace během porad i mimo	Soudržný tým, konzultace během porad	Soudržný tým, konzultace během porad i mimo
Zpětné vazby klientů	Důležitá součást, reflexe služby	Důležitá součást, reflexe služby	Důležitá součást
Preventivní aktivity, které byste uvítali	Společné akce	Společné akce	Více zdravotního volna
Podstata dobrého pocitu v práci	Pracovní tým	Pracovní tým	Pracovní tým

Zdroj: vlastní

6.4 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4

DVO4: „*Jaké fyzické aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?*“

Touto otázkou jsem zjišťovala informace o tom, jaké fyzické aktivity preferují poradci rané péče a které jim pomáhají v prevenci syndromu vyhoření a které na ně naopak působí negativně. Otázky byly rozděleny do pěti okruhů.

První otázka: „**Které fyzické aktivity preferujete a proč právě ty?**“ Informanti se shodli pouze v jedné aktivitě, kterou je práce na zahradě, jinak se jejich výpovědi částečně lišili. Pro Informanta I a III je důležitá relaxace, a tak mezi preferované fyzické aktivity udávají i jógu. Informant I vypověděl: „*Začala jsem cvičit jógu a souvisí to vlastně i s psychikou, takže to není jenom nějaký aerobik a také ráda pracuji na zahradě.*“ Informanti II a III mezi preferované aktivity zařadili jízdu na kole. Informant III uvedl: „*Kolo mě baví už od mládí, to mě vždycky bavilo a drží mě to, ale trochu to pomínulo s dítětem, protože se to nedá moc skloubit.*“ Informant III dále uvádí běh: „*Běh je pro mě záležitostí posledního roku, hlavně je to pro mě vyčištění hlavy a člověk se vybije.*“

V následné otázce: „**Věnujete se aktivně nějakému sportu?**“, všichni informanti shodně odpověděli ne.

Další otázka: „**Jakou fyzickou aktivitu byste rádi vyzkoušeli a co se Vám na ni líbí?**“ Odpovědi u informantů se značně lišili. Informant I uvedl, že není žádný sport, který by chtěl vyzkoušet. Informant II vypověděl: „*Možná běhání, nikdy jsem nechodila a teď je to strašně populární, tak bych chtěla vyzkoušet.*“ Informant III uvedl: „*Třeba lezení, to se mi líbí, ačkoli se výšek bojím, ale chtěla bych si to vyzkoušet. Byla jsem na takových tří metrových stěnách, ale takový ty opravdu vysoký jsem nikdy nezkoušela.*“

Na dotaz: „**Jaká fyzická aktivita ve Vás vyvolává pozitivní emoce?**“ uvedli dva informanti, že sporty vedou všeobecně k pozitivním emocím. Informant II: „*Já si myslím, že jakákoli, že člověk se po sportu cítí příjemně unavený, ale má v tom to pozitivní.*“ Informant I uvádí, že jsou to aktivity a sporty kolektivní s přáteli. „*Nějaké rekreační, kdy se sejde parta přátel a jdou si něco zahrát nebo jedou na lodi.*“

Poslední dotaz byl směřován na negativní stránku: „**Jaká fyzická aktivita ve Vás vyvolává negativní emoce?**“ Zde se odpovědi lišily. Pro Informanta I jsou silové sporty neatraktivní. „*Jsou to takové ty silové věci, nenapadá mě nic konkrétního, ale když se člověk nutí a musí se strašně potit a dřít do úmoru.*“ Informant II uvedl, že jsou to domácí práce a odpověď Informant III byla adrenalinové sporty.

Souhrn 4. Dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu vyplynulo, že poradci rané péče střediska Raná péče Kuk z.ú., preferují jako fyzickou aktivitu práci na zahradě, dva ze tří informantů uvedli, že cvičí jógu a jezdí na kole. Dále se poradci rané péče věnují rekreačně běhu a plavání. Na otázku, zda se věnují aktivně nějakému sportu, všichni odpověděli negativně. Dva ze tří informantů by si rádi vyzkoušeli nějaký nový sport, uvedli při rozhovoru lezení a běh. Na poslední otázky pozitivních a negativních emocí z fyzických aktivit uvedli dva informanti, že všechny sporty vytvářejí pozitivní emoce. Pro jednoho z informantů jsou to sporty, které může provozovat s přáteli. Jako fyzické aktivity, které vyvolávají negativní emoce, uvedli informanti: silové sporty, domácí práce a adrenalinové sporty.

Analýza ukázala jeden hlavní trs, který sjednocuje názory informantů na téma využívání fyzických aktivit proti syndromu vyhoření:

Rekreační fyzické aktivity – do trsu spadají aktivity, které informanti nedělají aktivně a pravidelně, tyto sporty jim přinášejí příjemné uvolnění a relaxaci.

Tabulka č. 6: Vyhodnocení 4. dílčí výzkumné otázky (souhrn odpovědí informantů)

	Informant I	Informant II	Informant III
Preferovaná fyzická aktivita	Jóga, práce na zahradě	Práce na zahradě, plavání, jízda na kole	Běh, jízda na kole, jóga
Aktivní sportování	Ne	Ne	Ne
Fyzická aktivita, kterou byste rádi vyzkoušeli	Žádná	Běh	Lezení
Fyzická aktivita a pozitivní emoce	Rekreace, přátelé, loď	Jakákoli	Jakákoli
Fyzická aktivita a negativní emoce	Silové sporty	Domácí práce	Adrenalinové sporty

Zdroj: vlastní

6.5 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 5

DVO5: „Jaké duchovní a duševní aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?“

Pomocí této otázky bylo zjišťováno, jaké duchovní a duševní aktivity poradci rané péče využívají v souvislosti s prevencí syndromu vyhoření a kterým se naopak vyhýbají. Otázky byly operacionalizovány do pěti otázek.

První otázka: **„Které duševní aktivity využíváte v souvislosti s prevencí syndromu vyhoření a proč právě ty?“** Na tuto otázku vypověděli všichni informanti shodně, že je to četba, která jim přináší dobrodružství, zažívání nových osudů a odpočinek a relaxaci. Informant II k této otázce uvedl: *„Člověk se dostane do jiného světa a může vypnout realitu. Baví mě, že se dostanu do jiné doby s jinými lidmi a i do jiných světů. Baví mě to od malička.“* Informant I uvedl jako další aktivity jógu a poslouchání audioknih.

Na otázku: **„Jaké duševní aktivity ve Vás vyvolávají pozitivní emoce?“** informanti shodně uvedli, že jsou to hlavně činnosti, které sami vykonávají a hlavně tedy četba. Informant III uvedl, že mu přináší odpočinek a relaxaci i sledování filmu.

V následující otázce jsem se ptala: **„Jsou nějaké duševní aktivity, které na Vás působí negativně?“** Informanti v odpovědích uváděli rozdílné odpovědi. Informant III sdělil, že v současné chvíli ho nic nenapadá. Informant II uvedl, že jsou to konflikty v rodině, které nerad řeší a Informant I odpověděl, že nemá rád vyznávání čehokoli extrémního. *„Možná nějaká extremistická náboženství nebo i jakékoli extrémní vyznávání, třeba i vegetariánství. Co je extrémní a už pro člověka není svoboda.“*

Informanti v další otázce odpovídali na dotaz: **„Jak vnímáte duchovní stránku člověka?“** Dva informanti ze tří vypověděli, že vnímají duchovní stránku, jako neoddělitelnou součást člověka. Informant I: *„Je to jedna z mnoha složek člověka a tedy by na to člověk neměl zapomínat a věnovat se třeba pouze pohybu.“* Informant III uvedl: *„Je to prostě 50 na 50, když se necítí dobře duše, tak se necítí dobře ani tělo.“* Informanta II připouští, že duchovní stránka existuje, ale není pro něj moc důležitá. *„Asi tomu nepřikládám zas takovou váhu, jsou lidé, kteří tomu přikládají větší váhu.“*

V poslední otázce: **„Jaké duchovní metody využíváte a proč právě ty?“** Všichni informanti uvedli, že se nezabývají a aktivně nevyužívají žádné specifické duchovní

metody. Informant III v rozhovoru uvedl, že se dříve zabýval meditací z důvodu špatného spánku a zajímá se o psychosomatiku. „*Měla jsem problémy se spánkem, tak jsem zkoušela jako by meditaci, uvolňování končetin, dýchání a to mi hodně pomáhalo a bylo to příjemné. Také se trochu zajímám o psychosomatiku, jako že propojení mysli a těla.*“

Souhrn 5. Dílčí výzkumné otázky

Z výzkumu vyplynulo, že hlavní duševní aktivita u poradců rané péče je četba, ačkoli každý preferuje jiný druh literatury, tak pro všechny je to zdroj odpočinku a relaxace. Všichni informanti vypověděli, že při četbě zapomenou na všední starosti a mohou si tak psychicky odpočinout. Následně z rozhovorů vyplynulo, že dva informanti vnímají duchovní stránku člověka, jako důležitou součást a mají zkušenosti s meditací jako zdrojem relaxace. Z dalších odpovědí na otázky z oblasti duševní a duchovní stránky člověka je viditelné, že informanti nemají zcela jasno, co spadá do které oblasti a nevnímají jasnou hranici mezi duchovní a duševní stránkou člověka. Například Informant I uvedl mezi negativní duševní aktivity extrémistická náboženství nebo Informant III psychosomatiku, jako duchovní metodu.

Analýza ukázala pět hlavních trsů, které sjednocují názory informantů na téma možnosti prevence syndromu vyhoření v zaměstnání:

Četba – nejvýrazněji používaná duševní aktivita mezi informanty, která jim přináší dobrodružství, relaxaci, prožívání nových příběhů, poznávání nových světů a historických dob.

Neoddělitelná součást – vnímání duchovní stránky člověka, která je však i často opomíjená a upozaděná oproti fyzické či duševní úrovni člověka.

Tabulka č. 7: Vyhodnocení 5. dílčí výzkumné otázky (souhrn odpovědí informantů)

	Informant I	Informant II	Informant III
Preferovaná duševní aktivita	Četba, jóga, poslouchání audioknih	Četba	Četba
Duševní aktivita a pozitivní emoce	Preferované aktivity	Preferované aktivity	Preferované aktivity
Duševní aktivita a negativní emoce	Extrémismus	Konflikty	Neodpověděl
Duchovní stránka člověka	Neoddělitelná součást člověka	Opomíjí duchovní stránku	Neoddělitelná součást člověka
Duchovní metody	Nespecifické duchovní relaxace	Žádné	Psychosomatika

Zdroj: vlastní

7 Diskuze

V následující kapitole této bakalářské práce jsou shrnuty výše uvedené výsledky dílčích výzkumných otázek, které byly získány na základě výzkumného šetření, které probíhalo ve středisku rané péče plzeňského kraje „Raná péče Kuk z.ú.“ a účastnili se ho tři zaměstnanci daného střediska pracující na pozici poradce rané péče. Výsledky jsou porovnány s poznatky autorů, kteří se zabývají problematikou syndromu vyhoření a možnostmi prevence.

Výsledky výzkumu mohou být ovlivněny řadou faktorů. Ke zkreslení výsledků mohlo dojít v důsledku nízkého počtu informantů. Pro výběr informantů byla zvolena metoda kvótového záměrného výběru. Ten splňovali pouze čtyři zaměstnanci Rané péče Kuk z.ú. S jedním z informantů byl proveden předvýzkum, proto sebraná data nebyla použita v hlavním výzkumu. Ke zkreslení mohlo dojít i z důvodu mé nezkušenosti s vedením rozhovorů a vzhledem mé první zkušenosti s vytvořením a vyhodnocením takového výzkumu.

Hlavním záměrem této bakalářské práce je zaměření v praktické části na výzkum možností prevence syndromu vyhoření poradců rané péče v daném středisku. Nejprve byl zvolen hlavní cíl: **„Jaké oblasti prevence syndromu vyhoření jsou pro poradce rané péče daného střediska rané péče prioritní?“**. Na základě hlavní výzkumné otázky bylo vytvořeno pět dílčích otázek.

První dílčí výzkumná otázka zní: **„Jaká je informovanost o syndromu vyhoření u poradců rané péče?“**

V první části bylo zjišťováno, co si pod pojmem syndromu vyhoření představují poradci rané péče. Všichni informanti vypověděli, že se jedná o stav velkého vyčerpání a přetížení organismu, které se následně projevuje špatným psychickým stavem. Dva z informantů uvedli, že se syndrom vyhoření může projevovat i na úrovni fyzické. S tímto názorem se částečně shoduje i Křivohlavý (2012), který definuje syndrom vyhoření jako stav tělesného, citového a duševního vyčerpání, dodává však i důvody, proč syndrom vyhoření vzniká, tedy dlouhodobým setrváváním ve velmi náročných emocionálních situacích. Vznik syndromu vyhoření má multifaktoriální povahu, která je specifická pro věk, pohlaví, osobnost a rodinný stav jedince (Singh et al., 2016). Jeden z informantů udává, že za vznik syndromu vyhoření může velký stres. Ponížilová,

Urbanovská (2013) uvádějí, že chronický stres je jeden z hlavních zdrojů syndromu vyhoření. Preissová (2015) potvrzuje, že většina lidí udává jako hlavní příčinu vzniku syndromu vyhoření přemíru stresu, ale plně tuto hypotézu nepodporuje, jako hlavní příčinu vidí v negativních nebo chybějících pozitivních vztazích a neporozumění sobě samému. Čím lepší vztahy má jedinec k druhým lidem, tím má i relativně menší riziko vzniku psychického vyhoření (Krahulová, 2010).

V následující části dílčí otázky bylo zjišťováno, co vnímají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření a jaké jsou její možnosti. Všichni informanti chápou termín prevence jako předcházení vzniku syndromu vyhoření. V odborné literatuře je však prevence vnímána v širším kontextu. Kukla, Velemínský (2016) popisují cíl prevence jako zabránění vzniku nemoci nebo zachycení nemoci hned v počátku a zpomalení jejího rozvoje či minimalizování důsledků nemoci. Prevenci rozdělují do třech stupňů: preventivní, sekundární, terciální. S tím se ztotožňuje i Křivohlavý (2009) a Stibalová (2010), která do sekundární prevence zařazuje i aktivní vyhledávání zaměstnanců se syndromem vyhoření.

Jako jeden z důležitých způsobů prevence syndromu vyhoření označili všichni informanti ve výzkumu informovanost, kterou považují za prioritní. Kelnarová, Matějková (2014) uvádějí, že informovanost a osvěta je velmi důležitá v oblasti profesí ohrožených syndromem vyhoření, ale neměla by se omezovat pouze na ni, ale aktivně pracovat s celým kolektivem a nabízet teambuildingové aktivity. Zásadní roly v informovanosti vidí i Špačková (2011), která tvrdí, pokud si uvědomujeme reálné nebezpečí, můžeme mu vhodně předejít či včas zaznamenat symptomy syndromu a reagovat včasným vyhledáním pomoci. Vzdělávací programy zaměřené na syndrom vyhoření spojené s meditací nemusejí sloužit pouze jako prevence, ale mohou být využívány i jako účinné možnosti léčby syndromu vyhoření (Daniels et al., 2016). Jako další možnosti prevence syndromu vyhoření uváděli informanti ve dvou případech oddělení osobního života od pracovního, dále správné využití volného času či nastavení pravidel a dostatečnou sebereflexi. Se správným využitím volného času se ztotožňuje i Stibalová (2010), která poukazuje na vyplnění volného času vhodnými relaxačními technikami. Venglářová (2011) uvádí jedenáct způsobů, jak předcházet vyhoření. S informanty se shoduje na důležitosti sebepoznání a sebehodnocení a dále připomíná, že by člověk neměl zapomínat na svůj osobní život a ve svém volném čase by měl

pěstovat vlastní zájmy, které mu přinášejí radost. Krahulová (2010) spatřuje ochranu proti vyhoření v udržování dobrých vztahů jak s okolím, na pracovišti, tak i zdůrazňuje důležitost pozitivního vztahu k sobě samému, také klade důraz na správnou komunikaci, kterou můžeme předcházet většině konfliktů. Křivohlavý (2012) vidí vztah mezi vyhořením a hledáním smysluplnosti života a považuje smysluplnost za základní existenciální potřebu.

Z výsledků dále vyplynulo, že se v současné době informanti cítí dobře a svou práci zvládají jak po fyzické, tak i psychické stránce. Venglářová (2011) uvádí, že by každý jedinec měl znát své hranice a schopnosti a být schopen si připustit, že požadavky, které jsou na něj kladeny, už nezvládá a potřebuje vyhledat pomoc.

Druhá dílčí výzkumná otázka zní: „ *Jakým způsobem poradci rané péče tráví svůj volný čas?*“

Z výzkumu vyplynulo, že časové možnosti a způsob trávení volného času poradců rané péče se odvíjí od rodinného života. Dva informanti uvedli, že většinu času tráví s rodinou a hlavně svými malými dětmi. Křivohlavý a Pečenková (2004) uvádějí, že spokojené manželství, radost z dětí a dostatečné trávení společných chvil je nejdůležitější faktor, který vede k duševnímu zdraví. Jeden informant uvedl, že po práci tráví čas pasivním odpočinkem. V rámci duševní hygieny má nezastupitelnou roli i čas na zamyšlení a relaxaci (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Jeklová a Reitmayerová (2006) definuje relaxaci jako cílené uvolňování napětí v organismu, které se v něm vytváří během pracovní činnosti. Janiš, Skopalová (2016) ve své publikaci uvádějí, že během každé životní fáze se mění i priority pro trávení volného času. Procházka (2014) předkládá, že kvalitní využití volného času přispívá k tělesnému i duševnímu zdraví a podporuje pozitivní mezilidské vztahy, dodává, že trávení volného času je ovlivňováno věkem, pohlavím, rodinným stavem, zaměstnáním, tradicemi i zdravotním stavem. Na základě výsledků je patrné, že informanti ve volném čase preferují spíše pasivní aktivity a odpočinek.

Na otázku, Jak byste si představovali ideálně strávený čas? Všichni poradci rané péče odpověděli, že by si přáli více volného času. Procházka (2014) poukazuje na to, že volný čas je vnímán jako vzácná komodita a člověk může realizovat pouze to, co se

časově shoduje s jeho vymezeným volným časem. V rámci této otázky měli informanti reálné cíle a z odpovědí bylo patrné, že by rádi měli jen více času na své koníčky.

Součástí této dílčí otázky byla i otázka zaměřená na spánkový režim poradců rané péče. Dva z informantů popisují svůj spánkový režim, jako dostatečný a pravidelný. Jeden z informantů má pocit, že je jeho spánkový režim nedostatečný. Kukla a Velemínský (2016) uvádějí, že průměrná doba spánku by se měla pohybovat kolem osmi hodin, ale doplňují, že to neplatí všeobecně a to z důvodu, že potřeby spánku jsou individuální a jsou dány geneticky. Velmi důležitá je pravidelnost spánku, kterou prokázal i výzkum z roku 2014, který byl prováděn na zdravotnickém personálu a prokázal, že u jedinců pracujících na směny se syndrom vyhoření vyskytuje častěji (Wisetborisut et al., 2014).

Třetí dílčí výzkumná otázka: ***„Jaké možnosti prevence syndromu vyhoření mají poradci rané péče v zaměstnání?“***

Informanti vypověděli, že ve středisku rané péče Raná péče Kuk z.ú. jsou preventivní opatření proti syndromu vyhoření hojně podporovaná. V daném středisku se dle informantů jako preventivní aktivity proti syndromu vyhoření používá supervize, intervize, konzultace kolegů a následné vzdělávání. Kelnarová a Matějková (2014) jako další možnou prevenci vidí i v dobře rozdělených rolích a jasně definovaných povinnostech, možnostech a hranicích zaměstnanců. To uvádí i jeden z informantů, který poukazuje na dobře nastavená pravidla v daném středisku rané péče, která jasně definují hranice vůči klientům. S tím je v souladu i Křivohlavý (2012), který uvádí, že k prevenci vyhoření přispívá i jasné vymezení práv a povinností každého zaměstnance, měl by znát rozsah jeho činností a díky tomu být v souladu s nadřízeným. Jeklová a Reitmayerová (2006) uvádí jako další možnost prevence na úrovni organizace kompletizaci práce, aby zaměstnanec mohl vidět kompletní výsledek své práce. Komplexnost práce poradce rané péče je zajištěna pozicí klíčového pracovníka, kdy každý z poradců rané péče má na starosti jednotlivou klientskou rodinu a řeší její potřeby a problémy komplexně.

V daném středisku probíhají skupinové supervize čtyřikrát do roka, dle informantů je to dostačující. Venglářová (2013) však považuje za nejefektivnější pravidelná setkávání s frekvencí jedenkrát za šest až osm týdnů v rozmezí dvou až tří hodin. Hawkins a Shohet (2004) považují za úspěšnou supervizi tu, která má dostatečnou frekvenci a

kvalitní supervizor je schopen pracovníkům pomoci s lepším využíváním jejich schopností, které by jim pomohly lépe zvládat pracovní aktivity.

Informanti uvádějí i možnosti individuální supervize, kterou využil pouze jeden z nich, kdy potřeboval řešit individuálně konkrétní problém týkající se jedné z klientských rodin. Matoušek (2013) uvádí, že individuální supervize je zaměřena hlavně na podporu profesionality a dalšího rozvoje pracovníka. Havrdová (2008) dodává, že individuální intervize je často zaměřena na případ a jejím cílem je hledání co nejlepšího postupu, metodiky či řešení daného případu. Venglářová (2011) dodává, že při individuální supervizi často klient hledá zpětnou vazbu. Ta nám poskytuje vnější pohled na naši práci, jak ji vykonáváme a na základě této informace můžeme usměrňovat a rozvíjet naše snažení v zaměstnání (Jeklová, Reitmayerová, 2006). Zpětnou vazbu od klientů uvedli i informanti jako důležité opatření proti syndromu vyhoření. Jeden z informantů dodává, že ve středisku rané péče je možné si v rámci konzultace s klientskou rodinou přizvat kolegu, který mu případně podá nový a jiný pohled na problém s kterým si není jistým, jak ho řešit.

Z výzkumu vyplynulo, že pro poradce rané péče je podstatou dobrého pocitu v práci hlavně dobrý pracovní tým, který je soudržný a mohou se na své kolegy spolehnout a požádat je o pomoc. Křivohlavý (2012) tento výrok označuje termínem sociální opora, kdy malá skupina osob, v tomto případě kolegů, poskytuje danému člověku ve chvílích těžkostí či životních krizích oporu. Poschkamp (2013) popisuje sociální oporu v rámci zaměstnání dvěma termíny a to, informační oporou, kdy si kolegové navzájem poskytují informace, rady vedoucí k řešení problémů a instrumentální podporu, která zahrnuje vše, co vede k řešení určitých problémů a dosažení cíle. Stock (2010) vymezuje kolektiv lidí negativně, kdy říká, že špatné vztahy na pracovišti, hádky, špatná komunikace, přehnaná asertivita, nedostatek porozumění, úcty, pochvaly a uznání je často jedním ze spouštěčů syndromu vyhoření.

Z pohledu intervize informanti vypověděli, že mohou podporu od svých kolegů a nadřízených využít prakticky kdykoli a minimálně v pravidelných intervalech na společných interních konzultacích a pracovních poradách. Venglářová (2013) vidí výhody tohoto druhu supervize v možnosti konzultovat problémy v rámci pracoviště flexibilně, kdy dodává, že je potřeba vytvořit prostor bez autority. Křivohlavý (2012) uvádí některé zásady, které by měly pracovní porady splňovat, aby jejich existence měla

kladný vliv na prevenci proti syndromu vyhoření, jsou jimi např., zaměstnanec by měl mít možnost vyjádřit se i kriticky s konkrétním plánem pro zlepšení situace, má možnost projevit se citově, jsou zakázány negativní projevy vůči kolegům, účastník může uvést i své problémy k řešení.

Jako další z preventivních opatření organizace uvedli informanti možnosti následného vzdělávání, kde uvádí, že jim vedení umožňuje vybrání kurzu dle vlastního uvážení potřebnosti a přínosu. Jak vypověděli, vše závisí pouze na jejich iniciativě a v neposlední řadě na finančních možnostech. Bartoňková (2010) klade důraz v následném vzdělávání na oblast rozvoje, kde je kladen důraz na rozvoj pracovních schopností, kvalifikace a možnosti karierního růstu, než na stávající pracovní náplň.

Na otázku, zda by informanti uvítali na pracovišti ještě další preventivní aktivity, dva uvedli, že by byli rádi, kdyby se pořádaly nějaké společné akce, které by se konaly mimo pracoviště. Kelnarová a Matějková (2014) potvrzují, že organizace často nabízejí zaměstnancům různé aktivity mimo pracoviště. Venglářová (2011) uvádí, že je možné využití tzv. teambuildingových akcí, které slouží k rozvoji z stmelování týmu, cílem takové akce je získat náhled na své problémy a uvědomit si své kvality, přednosti, ale i své limity.

Čtvrtá dílčí výzkumná otázka: **„Jaké fyzické aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?“**

Křivohlavý (2009) se ve své publikaci zabývá, jak spolu souvisí cvičení a psychika, uvádí, že cvičení má vliv na řadu psychických projevů. To uvedli i dva informanti, kteří sdílí názor, že sporty a cvičení napomáhají u člověka k pozitivním emocím. Krahulová (2010) také považuje pohyb za jednu z možností prevence syndromu vyhoření, uvádí, že pohyb svalstva uvolňuje do těla hormony, které vyvolávají pocit štěstí. Stock (2010) poukazuje na pozitivní projevy pravidelného pohybu, který ovlivňuje průměrnou délku života, snižuj riziko vzniku rakoviny, pozitivně se projevuje na kardiovaskulárním systému a v neposlední řadě zlepšuje náladu.

Z výzkumu vyplynulo, že každý z informantů preferuje podobné druhy fyzických aktivit, ale žádnému se nevěnuje aktivně. Stock (2010) uvádí, že nezáleží, pro jaký sport se rozhodnete, ale nejdůležitější je, aby přinášel člověku radost a bavil ho.

Pátá dílčí výzkumná otázka: „*Jaké duchovní a duševní aktivity využívají poradci rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?*“

První část této dílčí otázky se týkala duchovních aktivit, které využívají poradci rané péče v prevenci syndromu vyhoření. Z výzkumu je zřejmé, že všichni informanti uvedli jako oblíbenou duševní činnost četbu, lišili se jejich preference v druhu četby, ale důvody uváděli podobné. Hlavně je to pro ně možnost zábavy a druh relaxace. Křivohlavý a Pečenková (2004) se zmiňují o biblioterapii, tedy léčení nežádoucích psychických jevů vhodnou četbou knih a jako další vhodné terapie, které pomáhají léčit či předcházet syndromu vyhoření, uvádějí arteterapie, muzikoterapie, zooterapie aj. Křivohlavý (2012) definuje duševní aktivitu, jako práci mozku a upozorňuje na důležitost stále podmiňovat jeho aktivitu.

Druhá část se týkala duchovní stránky člověka. Informanti uvedli, že vnímají duchovní stránku člověka jako neoddělitelnou, ale někteří z nich přiznali, že jí nevěnují pozornost a spíše ji opomíjejí. Dva informanti přiznali zkušenosti s meditací. V souvislosti s duchovní stránkou člověka považuje Křivohlavý (2012) za důležité smysluplnost žití. To je pevně spojeno s vytvořením žebříčku hodnot, které jsou pro člověka důležité a které méně (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Z odpovědí na otázky vyplynulo, že informanti zcela přesně nerozlišují mezi duševní a duchovní stránkou člověka a nedokáží přesně zařadit a uvést duchovní a duševní aktivity. V tomto případě mohlo dojít ke zkreslení výsledků z důvodu, že si informanti v dané chvíli nevzpomněli na danou aktivitu, kterou provozují. Nebo zcela neporozuměli otázce. Zkreslení může být způsobeno i mou nezkušeností ve vedení rozhovoru.

8 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zmapovat, jaké oblasti prevence syndromu vyhoření jsou pro poradce rané péče daného střediska prioritní. V souvislosti s cílem bylo stanoveno pět dílčích výzkumných otázek. První otázka se zabývala, jak jsou poradci rané péče seznámeni s tématem syndromu vyhoření. Druhá výzkumná otázka zjišťovala, jak a s kým tráví volný čas poradci rané péče. Třetí výzkumná otázka se zabývala tématem možnosti prevence syndromu vyhoření, které nabízí dané středisko rané péče. Čtvrtá otázka zjišťovala, jaké fyzické aktivity preferují poradci rané péče daného střediska. Pátá otázka se zabývala hledáním odpovědí na to, jaké preferují duševní a duchovní aktivity poradci rané péče. Pro nalezení odpovědí na dílčí výzkumné otázky byly stanoveny okruhy otázek související s daným tématem, pomocí kterých byly hledány potřebné informace.

Vlastní výzkum probíhal ve středisku rané péče se sídlem v Plzni Raná péče Kuk z.ú. Skupinu informantů tvořili poradci rané péče daného střediska, kteří byli vybráni metodou kvótového záměrného výběru.

Z první výzkumné otázky vyplynulo, že všichni informanti daného střediska rané péče se již s problematikou syndromu vyhoření setkali. Všichni mají částečnou představu o tom, co syndrom vyhoření znamená, jaké jsou příčiny i symptomy. Informanti mají i představu o tom, co je prevencí, ačkoli všichni uváděli pouze možnosti primární prevence. Výsledky ukázali, že se informanti orientují i v problematice vhodných metod prevence a uváděli správné způsoby prevence syndromu vyhoření, které mohou využívat. Bylo zjištěno, že poradci rané péče považují za důležité v prevenci proti syndromu vyhoření hlavně znalost a informovanost o možnosti vzniku syndromu vyhoření. Informanti také vypověděli, že se v současné době necítí být ohroženi syndromem vyhoření a svou práci zvládají jak po fyzické, tak psychické stránce.

Výsledky druhé výzkumné otázky, zaměřené na volnočasové aktivity poradců rané péče, ukázaly, že volný čas poradců rané péče v daném středisku je závislý na rodinném prostředí informantů. Většinu volného času tráví s rodinou a dětmi, kterým uzpůsobují i aktivity, které společně provozují. V případě možnosti výběru dle vlastního uvážení, poradci preferují převážně pasivní aktivity, před aktivními. Informanti vnímají svůj volný čas, jako vzácný a nedostačující.

Výsledky třetí výzkumné otázky, zaměřené na možnosti prevence syndromu vyhoření v zaměstnání vypověděly, že dle informantů mají v zaměstnání dostatečné množství možností prevence proti syndromu vyhoření. Pravidelně využívají možnosti týmové supervize, dále ve středisku probíhají intervize v rámci pracovních porad, ale i intervizí individuálních. V rámci prevencí využívají i následné vzdělávání, které je v organizaci podporováno. Poradci rané péče si mohou vybírat zaměření daného kurzu dle vlastního uvážení. Jako další možnosti prevence syndromu vyhoření, které by v organizaci uvítali, uvedli, občasné společné akce s kolegy i vedením, které by probíhaly mimo středisko rané péče. Poradci rané péče kladou velký důraz v prevenci syndromu vyhoření na sociální oporu mezi kolegy a vedením v zaměstnání, které jim přináší větší jistotu a potěšení z práce.

Výsledky čtvrté výzkumné otázky, která se zabývala preferovanými fyzickými aktivitami, které využívají poradci rané péče proti syndromu vyhoření, ukázaly, že poradci využívají odlišné fyzické aktivity a více druhů, ale žádné se nevěnují aktivně a pravidelně. Převládají u nich odpočinkové aktivity před aerobními.

Pátá výzkumná otázka přinesla odpovědi na otázky týkající se preferovaných aktivit na duševní a duchovní úrovni. Hlavní a oblíbenou duchovní aktivitou poradců rané péče v prevenci proti syndromu vyhoření je četba. Okrajově se zabývají i dalšími duševními aktivitami. Duchovní stránku člověka vnímají poradci rané péče jako neoddělitelnou součást člověka, ale potvrzují, že ji často opomíjejí. Z výzkumu vyplynulo, že poradci rané péče daného střediska plně nerozlišují mezi duševními a duchovními aktivitami.

Odpověď na hlavní výzkumnou otázku nelze generalizovat. Prevence na úrovni organizace je dle výpovědí na dobré úrovni, kdy poradci rané péče mají více možností prevence proti syndromu vyhoření a pravidelně je využívají. Odborná literatura nabízí i další možnosti, které by mohlo vedení střediska rané péče zařadit mezi nabízené možnosti prevence proti syndromu vyhoření. I sami poradci rané péče by uvítali možnost, setkávat se mimo organizaci na společných akcích, kde by mohli upevňovat pracovní tým, který považují za klíčový v navozování dobré atmosféry na pracovišti a tím i prevenci proti syndromu vyhoření. V prevenci na úrovni osobnosti se poradci rané péče soustředí převážně na fyzickou, psychickou a sociální úroveň osobnosti. Svůj volný čas a aktivity uzpůsobují rodinným vztahům a dětem.

Z výsledků bakalářské práce se zdá, že poradci rané péče využívají mnoho způsobů prevence proti syndromu vyhoření. Je však důležité zabránění monotónnosti a nabízet a využívat i jiné možnosti prevence. Proto bych doporučila na organizační úrovni rozšířit nabízené možnosti prevence proti syndromu vyhoření a to i výše zmíněný nápad poradců rané péče ohledně občasných společných setkávání mimo organizaci. Na úrovni osobnostní bych doporučila zaměřit se na vyváženost času stráveného v práci a času, který mohou poradci rané péče věnovat sami sobě. Zapojit více aktivit, které jsou pro poradce osobnostně příjemné a přinášejí jim radost. Také bych doporučila zaměřit aktivity na všechny úrovně člověka a využívat prevenci syndromu vyhoření komplexně a pamatovat na vyváženost mezi bio-psycho-socio-spirituální stránkou osobnosti.

Závěry tohoto výzkumu mohou být využity vedením Rané péče Kuk z.ú., kde výzkum probíhal, jako zpětná vazba ohledně prevence proti syndromu vyhoření na organizační úrovni. Výsledky také mohou sloužit vedení k zjištění o informovanosti a osobní péči poradců rané péče v ohledu prevence proti syndromu vyhoření a následné možnosti jejich edukace. Materiál může posloužit i k rozšíření povědomí o syndromu vyhoření a jeho prevenci mezi profesemi, které jsou syndromem vyhoření ohroženy.

9 Seznam použitých zdrojů

BÄRTLOVÁ, E., 2007. *Supervize v sociální práci*. Ústí nad Labem: Fakulta sociálně ekonomická UJEP. 62 s. ISBN 978-80-7044-952-3.

BARTOŇKOVÁ, H., 2010. *Firemní vzdělávání*. Praha: Grada. 204 s. ISBN 978-80-247-2914-5.

DISMAN, M., 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. vydání. Praha: Karolinum. 372 s. ISBN 978-80-246-1966-8.

EISLEROVÁ, I., 2012. Vnější faktory ovlivňující syndrom vyhoření. *Závěrečný almanach projektu "Tvorba a pilotní ověření systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků ve zdravotně-sociální oblasti": s výstupy z konference s mezinárodní účastí na téma "Rizika syndromu vyhoření u pomáhajících profesí"*. Praha: Střední zdravotnická škola Ruská. 48 s. ISBN 978-80-260-2697-6

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál. 797 s. ISBN 978-80-7367-686-5.

HAUKE, M., 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. 135 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HAVRDOVÁ, Z., et al., 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.

HAWKINS, P., SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. 202 s. ISBN 978-80-7178-715-9.

HENDL, J., 2012. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

HONZÁK, R., 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad. 229 s. ISBN 978-80-7429-331-3.

JANKOVSKÝ, J., 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vydání. Praha: Triton. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

JANIŠ, K., SKOPALOVÁ, J., 2016. *Volný čas seniorů*. Praha: Grada. 156 s. ISBN 978-80-247-5535-9.

JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E., 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. 32 s. ISBN 80-86991-74-1.

KALINA, K., ŠIMEK, A., 2004. *Supervize - kazuistiky*. Praha: Triton. 171 s. ISBN 80-7254-496-9.

KALLWAS, A., 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: portál. 139 s. ISBN 978-80-7367-299-7.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I., 2013. Současné sociální změny, jejich důsledky a syndrom vyhoření. *Československá psychologie*. 59 (4). 329 – 340. ISSN 0009-062159-4.

KELNAROVÁ, J., MATĚJKOVÁ, E., 2014. *Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3600-6.

KOPŘIVA, K., 2011. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vydání. Praha: Portál. 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

KRAHULOVÁ, K., 2010. Stres a syndrom vyhoření v pomáhajících profesích. *Sociální služby*. 12 (10). 22-24. ISSN: 1803-7348.

KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J., 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. Praha: Grada. 78 s. ISBN 80-247-0784-5.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vydání. Praha: Portál. 279 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

KŘIVOHLAVÝ, J., 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. 2. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.

KUKLA, L. et al., 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. 432 s. ISBN 978-80-247-3874-1.

MAHROVÁ, G. et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. 168 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

- MALÍK HOLASOVÁ, V., 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada. 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MAROON, I., 2012. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál. 151 s. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MAŠKOVÁ, J., 2012. *Prevence syndromu vyhoření. Závěrečný almanach projektu "Tvorba a pilotní ověření systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků ve zdravotně-sociální oblasti": s výstupy z konference s mezinárodní účastí na téma "Rizika syndromu vyhoření u pomáhajících profesí"*. Praha: Střední zdravotnická škola Ruská. 48 s. ISBN 978-80-260-2697-6
- MATOUŠEK, O., et al., 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vydání. Praha: Portál. 395 s. ISBN 978-80-262-0213-4.
- MICHALÍK, J., 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- MUKNŠNÁBLOVÁ, M., 2014. *Péče o dítě s postižením sluchu*. Praha: Grada. 128 s. ISBN 978-80-247-5034-7.
- PAULÍK, K., 2017. *Psychologie lidské odolnosti*. 2. vydání. Praha: Grada. 362 s. ISBN 978-80-247-5646-2.
- PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R., 2012. *Sociálně-právní ochrana dětí pro praxi*. Praha: Grada. 187 s. ISBN 978-80-247-4317-2.
- PONÍŽILOVÁ, T., URBANOVSKÁ, E., 2013. *Výzkum protektivních faktorů ve vztahu k syndromu vyhoření v České republice a v zahraničí. Klinická psychologie a osobnost*. Brno: Masarykova univerzita. 2 (2). 5-17. ISSN 1805-6393
- POSCHKAMP, T., 2013. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika. 104 s. ISBN 978-80-266-0161-6.
- POTMĚŠILOVÁ, P., 2014. *Supervize v podmínkách speciálního vzdělávání*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 213 s. ISBN 978-80-244-4127-6.

- PREISS, M., KŘIVOHLAVÝ, J., 2009. *Trénování paměti a poznávacích schopností*. Praha: Grada. 205 s. ISBN 978-80-247-2738-7.
- PREISS, M., 2015. *Jak zvládnout syndrom vyhoření: najděte cestu zpátky k sobě*. Praha: Grada. 175 s. ISBN 978-80-247-5394-2.
- PROCHÁZKA, R., et al., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. 249 s. ISBN 978-80-247-4451-3.
- PRŮCHA, J., 2009. *Moderní pedagogika*. 4. vydání. Praha: Portál. 481 s. ISBN 978-80-7367-503-5.
- PTÁČEK, R., ČELEDOVÁ, L., 2011. *Stres a syndrom vyhoření u lékařů posudkové služby*. Praha: Karolinum. 117 s. ISBN 978-80-246-1998-9.
- SMÉKALOVÁ, E., (2008). Supervize v sociální práci I. In: VAŠŤATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Způsoby evaluace v sociální práci*. Olomouc: Hanex. s. 32-40. ISBN 978-80-7409-018-9.
- SMETÁČKOVÁ, I., FRANCOVÁ, V., RABOCH, J., PTÁČEK, R., 2016. Lékařské vyhoření: kvalitativní studie. *Československá psychologie*. 60 (5). 510 – 524. ISSN: 0009-062159-5.
- SOKOL, R., TREFILOVÁ, V., 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI. 424 s. ISBN 978-80-7357-316-4.
- ŠPAČKOVÁ, A., 2011. *Umění dialogu: jak si s lidmi opravdu porozumět*. Praha: Grada. 196 s. ISBN 978-80-247-3810-9.
- STIBALOVÁ, K., 2010. Co je to Burnout syndrom. *Sociální služby*. 12 (10). 20-21. ISSN: 1803-7348.
- STOCK, CH., *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-3553-5.
- SVATOŠOVÁ, M., 2008. *Hospice a umění doprovázet*. 6. vydání. V Kostelním Vydří: APHPP. 151 s. ISBN 978-80-7195-307-4.

ŠKODA, J., DOULÍK, P., 2016. *Výzkum příčin a projevů syndromu vyhoření u pedagogických pracovníků*. Ústí nad Labem: Univerzita Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta. 191 stran. ISBN 978-80-7414-992-4.

ŠVAŘÍČEK, R. et al., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VACHULOVÁ, J., 2014. Představení služby raná péče, část I. *Sociální služby*. 16 (4). 14-15. ISSN 1803-7348.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada. 184 s. ISBN 978-80-247-3174-2.

VENGLÁŘOVÁ, M. et al., 2013. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. 100 s. ISBN 978-80-247-4082-9.

VOKOUNOVÁ, J., 2012., Pozitivní aspekty lidského života. *Závěrečný almanach projektu "Tvorba a pilotní ověření systému dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků ve zdravotně-sociální oblasti": s výstupy z konference s mezinárodní účastí na téma "Rizika syndromu vyhoření u pomáhajících profesí"*. Praha: Střední zdravotnická škola Ruská. 48 s. ISBN 978-80-260-2697-6.

WAGNEROVÁ, I., JANOŠŤÁKOVÁ, L., 2011. *Psychologie práce a organizace*. Praha: České vysoké učení technické v Praze. 92 s. ISBN 978-80-01-04966-2.

Elektronické zdroje

DANIELS, A. H. et al., 2016. Orthopaedic Surgeon Burnout: Diagnosis, Treatment and Prevention. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons*. 24 (4), 213-219, doi:10.5435/JAAOS-D_15_00148.

Druhé standardy kvality služby rané péče. 2013. [online]. Asociace poradců rané péče, [cit. 2017-04-11] Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/druhe_standardy_kvality_sluzby.pdf

HONZÁK, R. 2009. *Když lidé chtějí pomáhat až příliš aneb syndrom vyhoření*. [online]. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*. [cit. 2017-02-1] Dostupné z: <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla16.pdf>

HRADÍLKOVÁ, T., 2015. *Historie rané péče v Čechách*. [online]. Společnost pro ranou péči. [cit. 2017-04-11] Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/wp-content/uploads/letak-Historie-RP.pdf>

Optimální model rané péče. 2017. [online]. Asociace poradců rané péče. [cit. 2017-06-21] Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/optimalni_model_rane_pece.pdf

PETERKOVÁ, M., 2008. *Fáze vyhořívání*. [online]. Syndrom vyhoření. [cit. 2017-06-21]. Dostupné z: <http://www.syndrom-vyhoreni.psychoweb.cz/syndrom-vyhoreni-uvod/faze-vyhorivani>

RAMONS, R., JENNY, G., BAUER, G., 2016. Age-related effects of job characteristics on burnout and work engagement. *Occupational Medicine*. 66 (3), 230–237, doi:10.1093/occmed/kqv172.

SEIDLER, A., THINSCHMIDT, M., DECKERT, S., THEN, F., HEGEWALD, J., NIEUWENHUIJSEN, K., RIEDEL-HELLER, S. G., 2014. The role of psychosocial working conditions on burnout and its core component emotional exhaustion – a systematic review. *Journal of Occupational Medicine and Toxicology*. 9 (10). doi:10.1186/1745-6673-9-10.

SINGH, P., AULAK D. S., MANGAT S. S., AULAK; M. S., 2016. Systematic review: factors contributing to burnout in dentistry. *Occupational Medicine*. 66 (1), 27–31, doi:10.1093/occmed/kqv119.

VACHULOVÁ, J., 2011. Raná péče. [online]. *Okamžik, sdružení pro podporu nejen nevidomých*. [cit. 2017-04-11] Dostupné z: http://www.okamzik.cz/view/okamzik/Kurzy_zp/Studijni_materialy_osvetovy_pracovnik/J.Vachulova_Rana_pece.pdf

WISETBORISUT, A., ANGKURAWARANON C., JIRAPORNCHAROEN, W., UAPHANTHASATH, R., WIWATANADATE, P., 2014. Shift work and burnout among health care workers. *Occupational Medicine*. 64 (4), 279–286, doi:10.1093/occmed/kqu009.

Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí. 2014. [online]. *Ministerstvo zdravotnictví české republiky*. [cit. 2017-06-21] Dostupné z: http://www.mzcr.cz/verejne/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8690_3016_5.html

Legislativa

Zákon č. 108/2006 Sb., o Sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-4-6]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1257-1289. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Vyhláška č. 505/2006 Sb., Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, 2006. [online]. [cit. 2017-4-6]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 164, s. 7018-7056. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?cz=505&r=2006>

10 Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář pro rozhovor

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru

Příloha č. 1: Scénář pro rozhovor

Identifikace (nebude uvedeno v práci)

- Žena X Muž
- Věk
- Dosažení vzdělání
- Délka praxe v zařízení
- Rodinný stav

1. Jaká je informovanost o syndromu vyhoření u poradkyň rané péče?

- Co si představíte pod pojmem syndrom vyhoření?
- Co si představujete pod pojmem prevence syndromu vyhoření?
- Jakým způsobem si myslíte, že se dá syndromu vyhoření předcházet?
- Jak často se cítíte fyzicky vyčerpaní?
- Jak často se cítíte emocionálně vyčerpaní?

2. Jakým způsobem poradkyně rané péče využívají svůj volný čas?

- Jakým způsobem trávíte volný čas po pracovním dni?
- Jaké aktivity preferujete ve svém volném čase?, Proč právě tyto?
- Kolik času věnujete sami sobě?
- Jak si představujete trávení Vašeho volného času, dle Vašich představ?
- Když máte volný čas, jak a s kým ho trávíte?
- Jak byste popsala svůj spánkový režim?

3. Jaké mají poradkyně rané péče možnosti prevence syndromu vyhoření v zaměstnání?

- Které preventivní aktivity, nabízené zaměstnavatelem považujete za užitečné? V čem konkrétně?
- Jaké jsou Vaše zkušenosti se supervizí?
- Jaké jsou Vaše zkušenosti s dalším vzdáváním?
- Jaké jsou Vaše zkušenosti s konzultacemi v rámci organizace a kolegyně?
- Jaké další preventivní aktivity, které Váš zaměstnavatel nenabízí, byste uvítali?
- Jak vnímáte zpětné vazby od klientů?
- Jaké jsou zpětné vazby na pracovišti?
- Co a nebo kdo Vám pomáhá, abyste se v práci cítili dobře?

4. Jaké fyzické aktivity využívají poradkyně rané péče jako prevenci syndromu vyhoření?

- Které fyzické aktivity preferujete a proč právě ty?
- Věnujete se aktivně nějakému sportu? Co Vám to přináší?
- Jakou fyzickou aktivitu byste rádi vyzkoušeli a co se Vám na ni líbí?
- Jaká fyzická aktivita ve Vás vyvolává pozitivní emoce?
- Jaká fyzická aktivita ve Vás vyvolává negativní emoce?

5. Jaké duševní a duchovní aktivity využívají poradkyně rané péče v souvislosti s prevencí syndromu vyhoření?

- Které duševní aktivity využíváte a proč právě ty?
- Čím Vám právě tyto aktivity pomáhají?
- Jaké duševní aktivity ve Vás vyvolávají pozitivní emoce?
- Jaké duševní aktivity na Vás působí negativně?
- Jak vnímáte duchovní stránku člověka?
- Jaké duchovní metody využíváte?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru

Informovaný souhlas

Škola: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Student: Miluše Vágnerová

Informovaný souhlas týkající se účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma

„Prevence syndromu vyhoření u poradců rané péče.“

Tímto souhlasem prohlašuji, že jsem byl/a pečlivě seznámen/a s průběhem a podmínkami výzkumu. Byl/a jsem srozuměna s tím, že výsledky jsou zcela anonymní a budou použity pouze k interpretaci výsledků v této bakalářské práci. Rovněž prohlašuji, že se daného výzkumu zúčastňuji dobrovolně a je mi známo, že z něj mohu kdykoliv dle potřeby vystoupit.

V.....dne.....

Podpis.....