

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2019

Marcela Joslová

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA

2018–2019

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Marcela Joslová

**Syndrom vyhoření u pedagogických pracovníků,
kteří pracují s mladými lidmi s tělesným postižením**

Praha 2019

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená závěrečná práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Marcela Joslová

Anotace

V závěrečné práci se zabývám syndromem vyhoření u lidí pracujících s mladými lidmi s tělesným postižením. V teoretické části se zmiňuji o somatopedii, pomáhající profesi a o syndromu vyhoření. V praktické části zjišťuji pomocí dotazníku BM míru vyčerpání u lidí pracujících s mladými lidmi s tělesným postižením. Zároveň mě zajímá, jaký podíl na míře vyhoření má pohlaví respondentů a délka pedagogické praxe. Práci uzavírám vyhodnocením dotazníku.

Klíčová slova

speciální pedagogika, somatopedie, syndrom vyhoření, pomáhající pracovník, psychohygienu, stres.

Obsah

ÚVOD	7
TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. Somatopedie	8
1.1 Vývoj vztahu společnosti k tělesně a zdravotně postiženým	9
1.2 Klasifikace pohybových vad	10
1.2.1 Malformace a amputace	10
1.2.2 Deformace	11
1.2.3 Obrny centrální a periferní	12
1.3 Rehabilitace	14
2. Pomáhající profese	15
2.1 Osobnost pomáhajícího	16
2.2 Problémy pomáhání.....	17
2.3 Syndrom pomocníka	18
3. Syndrom vyhoření	18
3.1 Definice syndromu vyhoření	19
3.2 Příčiny a faktory vzniku syndromu vyhoření	19
3.3 Projevy syndromu vyhoření	20
3.4 Fáze syndromu vyhoření	22
3.5 Metody zjišťování syndromu vyhoření	22
3.6 Prevence syndromu vyhoření	23
3.7 Pomoc sama sobě	24
3.8 Pomoc zvenčí	25
PRAKTICKÁ ČÁST.....	27
4. Cíl výzkumu	27
5. Charakteristika místa výzkumu	27

6. Charakteristika respondentů	28
7. Stanovení hypotéz.....	29
8. Kvantitativní výzkumné šetření.....	30
9. Analýza výzkumného šetření.....	31
10. Souhrn výsledků	41
ZÁVĚR.....	43
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	44
SEZNAM ZKRATEK.....	46
SEZNAM TABULEK.....	47
SEZNAM GRAFŮ	47
PŘÍLOHY	48

ÚVOD

Žijeme v moderní uspěchané době, která je náročná na udržení fyzického a duševního zdraví. Psaní této práce mi dává šanci zamyslet se nad skutečností, že dnešní životní rytmus je nevyvážený, plný konfliktů a stresu. Jsou na nás kladeny stále vyšší nároky jak psychické, tak fyzické. Neustále se zvyšující požadavky vedou ke stresu, který se může přenést až do fáze syndromu vyhoření. Odvykli jsme si efektivně odpočívat. Syndrom vyhoření se týká zejména oblasti pracovní a postihuje většinou lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Jedná se o lékaře, zdravotní sestry, učitele, sociální pracovníky, vychovatele. Nesmíme však zapomínat, že život není pouze práce. Z počátku motivovaným zaměstnancům, kteří pracují obětavě do úmuru, postupem času dochází síly a často si nepřipouští, že se něco děje. Dávají po emocionální stránce tolik, že jsou brzy přehlčení, vyčerpáni. Mají malé pravomoci, většinou nejsou finančně dostatečně ohodnoceni a stres z práce si odnáší domů. Tito lidé často začínají postupně pochybovat o smyslu své práce, ztrácí smysl života a z práce odchází. Pracuji v pomáhající profesi a zajímá mě, jak je možné, že si někteří lidé po tolika letech práce zachovali svěžest, profesionální přístup, radost a jiným stačí pár let a psychicky vyhoří. Prevence syndromu vyhoření spočívá především v dobré organizaci času, vyjasnění si kompetencí na pracovišti, sdílení svých zkušeností s kolegy a v neposlední řadě sem patří také supervize. O tom, co se pod syndromem vyhoření skrývá a jak se efektivně bránit, se rozepíši v teoretické části práce. Teoretická část práce začíná vymezením oboru somatopedie, dále se zabývá charakteristikou pomáhajících profesí a syndromem vyhoření. V praktické části se snažím zjistit pomocí dotazníku míru vyčerpání a riziko syndromu vyhoření u lidí pracujících s tělesně postiženými mladými lidmi.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Somatopedie

„Hlavním znakem osob s tělesným postižením je celkové nebo částečné omezení hybnosti.“ (Vítková, 2006, s. 11).

Pracuji jako vychovatelka na internátě (týdenním stacionáři) v Jedličkově ústavu a školách. Naši klienti jsou mladí lidé s tělesným postižením více či méně závažným. Každý vyrůstal v jiné rodině, každý má jiné osobnostní rysy a jejich postižení se nedá snadno hodit do pytle s nálepkami diagnóz. Jejich postižení je často kombinované. Ke každému klientovi je nutné najít ten nejvhodnější individuální přístup, abychom dosáhli určitých pokroků, pokud je to možné.

Obor, který se zabývá výchovou a vzděláním tělesně postižených lidí, se nazývá somatopedie. Vědní a studijní obor somatopedie vznikl v roce 1946. V tomto roce bylo zavedeno vysokoškolské studium speciální pedagogiky na nově vzniklých pedagogických fakultách. Původní název byl defektologie ortopedická a v roce 1956 se začal používat název somatopedie. Název oboru je vytvořen z řečtiny ze slov *soma*, tedy tělo, a *paidea* znamenající výchova. (Milichovský, 2010, s. 5).

„Somatopedie je vědní obor, který se zabývá edukací jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Mezi jedince počítáme jak jedince nemocné, tak zdravotně oslabené.“ (Defektologický slovník, 1984, s. 369 In: Vítková, 2006, s. 11).

Každý si při pohledu na tělesně postiženého člověka všimne jeho tělesné vady. Mnohdy si ale lidé neuvědomí, že tělesné postižení je více než často doprovázeno také mentálním nebo jiným přidruženým postižením. Nevidí dopad tělesného postižení na psychiku tohoto člověka, na jeho sociální začlenění. Když vidím v JÚŠ tělesně postiženého člověka, nevidím jeho postižení, ale jeho osobnost. *„Pohyb patří k základním životním projevům člověka, a proto poruchy pohybového aparátu hluboce ovlivňují život postiženého a odrážejí se výrazně v jeho celkovém tělesném a duševním stavu. Pohybové vady jsou nápadné, a proto působí na celou osobnost, traumatizují tělesně handicapovaného a vedou velmi často ke komplexům méněcennosti. Promítají se do prožívání a do celkového psychického stavu a tím ovlivňují jeho průběh. Mají také poměrně často sociální dopad.“ (Monatová, 1998, s. 54).*

1.1 Vývoj vztahu společnosti k tělesně a zdravotně postiženým

Vztah společnosti k tělesně a zdravotně postiženým jedincům se vyvíjel v průběhu let. Důležitými faktory jsou struktura společnosti v určité oblasti, stupeň myšlení, morálka a norma daného společenského života. Mnohdy bylo zásadní sociální postavení postižených osob. (Milichovský, 2010).

Vztah k postižením v prvobytně pospolné společnosti určovaly životně existenční pravidla, kdy se společnost v rámci zachování rodu nebo rodiny, jedinců nemocných a neschopných pracovat zbavovala. Neměli tehdy ještě vytvořené pevné mravní normy. Jedince tělesně postižené buď fyzicky likvidovali, vyloučili, nebo opustili. Toto období se nazývá represivní. (Vítková, 2006).

S příchodem křesťanství se začal měnit postoj k tělesně postiženým jedincům. Křesťanství hlásá rovnost všech lidí před Bohem a lásku k bližnímu svému. Pomoc nemocným a postiženým osobám poskytovaly nejvíce kláštery, špitály, chudobince. Toto období se nazývá charitativní. (Vítková, 2006).

V období humanismu a renesance byly vysloveny požadavky na vzdělávání a výchovu postižených. J. A. Komenský vyslovil požadavek všeobecného a všestranného vzdělání pro všechny lidi bez rozdílu původu, pohlaví a sociálního postavení. Pod jeho vlivem a pod vlivem dalších humanistů se začaly vzdělávat i tělesně a smyslově postižené děti v ústavech a dalších zařízeních. (Vítková, 2006).

S 20. stoletím přichází stadium rehabilitační a preventivní péče. Mění se všeobecné vzdělávání tělesně postižených jedinců v ústavech ve snahu připravit je na určité povolání. Profesionální příprava a rehabilitace tělesně postižených jedinců se objevuje na našem území v roce 1903, kdy MUDr. J. Gottstein založil ortopedický ústav v Liberci. Ten byl v roce 1910 přeměněn na Domov pro zmrzačené. V roce 1908 byla založena první škola při léčebně pro tuberkulózní děti v Luži-Košumberku zásluhou F. Hamzy. Myšlenku rehabilitační péče rozpracoval v plném rozsahu MUDr. Rudolf Jedlička. Jeho názory vedly v roce 1913 k vytvoření Jedličkova ústavu pro zmrzačené v Praze na Vyšehradě. Významné postavení měli také jeho spolupracovníci, pokrokový učitel F. Bakule, který se stal prvním ředitelem Jedličkova ústavu, a A. Bartoš, který byl druhým ředitelem. Jedličkův ústav měl pět oddělení. Nemocnici, školu pro mrzáky, cvičné dílny, ortopedické dílny, statek a chorobinec s azylem. (Vítková, 2006).

Současně s intenzivní rehabilitační péčí se prosazuje myšlenka preventivní péče o tělesně postižené jedince. Ta vychází z toho, že lepší než léčit, je postižení předcházet. V druhé polovině 20. století se projevil trend integrování tělesně postižených dětí a mladistvých do běžných škol. Integrace byla rozlišována na individuální, kdy je postižený jedinec integrován do běžné třídy ve škole, a na skupinovou, kdy je v rámci běžné základní školy zřízena třída pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Po roce 1992 se výrazně zlepšuje poradenská péče pro rodiče a učitele a začínají vznikat speciálně-pedagogická centra, kterých je v současné době 11 zaměřených přímo pro děti a žáky s tělesným postižením. (Vítková, 2006).

1.2 Klasifikace pohybových vad

Pohybové vady můžeme dělit podle různých kritérií. Lili Monatová rozlišuje dvě základní skupiny. Patří k nim poruchy vrozené, kam započítává i vady dědičné, a poruchy získané. (Vítková, 2006). Vady vrozené vznikají v době nitroděložního vývoje, při porodu a krátce po něm, cca do jednoho až do čtyř let dítěte. Příčinou je často infekční onemocnění matky v těhotenství, nedostatek vitamínů, minerálů, stopových prvků v potravě, vliv léků, rentgenové záření, nepříznivé vlivy prostředí. Dále také v případech, kdy došlo ke komplikacím při porodu spojeným s nedostatkem kyslíku, poruchou pupeční šňůry, těžkou novorozeneckou žloutenkou apod. Po porodu vznikají vady díky infekcím, úrazům, poruchou metabolismu a dalším poškozením. Vady získané mohou být způsobeny úrazem hlavy, páteře, amputací a dalšími chorobami, které působí negativně na pohybový aparát. Získané tělesné postižení může být dočasné nebo trvalé. (Milichovský, 2010).

„Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.“
(Vítková, 2006, s. 40).

1.2.1 Malformace a amputace

Malformace patří do skupiny vrozených vývojových vad. Typické je patologickým vyvinutím různých částí těla, nejčastěji končetin. Končetina může také částečně chybět, nebo navazovat přímo na trup. V současné době se s úspěchem provádí screening vrozených vývojových vad ultrazvukem. (Vítková, 2006).

Amputace je umělé odnětí části končetiny od trupu a příčinou jsou většinou úrazy, ke kterým dochází při autonehodách, při poranění elektrickým proudem, při sportu. Mezi další

příčiny amputací řadíme cévní onemocnění, zhoubné nádory na končetinách, nebo riziko vážné infekce se sepsí. „*V těchto případech je nezbytná spolupráce s plastickou chirurgií nebo s protetickým oddělením, kde se volí nejvhodnější řešení pro postiženého jedince.*“ (Vítková, 1998, s. 65).

1.2.2 Deformace

„*Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. K vrozeným deformacím patří vývojové deformity lebky, kloubů, svalů a končetin.*“ (Monatová, 1995, s. 62).

Během celého nitroděložního vývoje dítěte může dojít k vývojové poruše. Platí zde většinou pravidlo, že čím dříve k ní dojde, tím je vada závažnější. „*U většiny vrozených vad pohybového ústrojí jde o tzv. multifaktoriální typ dědičnosti, to znamená, že příčin vzniku těchto vad je tedy více.*“ (Vítková, 2006, s. 58).

Velice časté je vrozené vykloubení kyčlí. Dělíme jej na úplné vykloubení hlavice, tedy luxaci, ke které dochází zhruba u 15 % kojenců v populaci, a na částečné vykloubení hlavice, tedy subluxaci (3 % zastoupení). K vrozenému vykloubení kyčlí dochází vzhledem k nedostatečnému vývoji a léčba začíná již v porodnici. Perthesova choroba má příznivou prognózu. Jedná se o chorobu, kde je postižena hlavice stehenní kosti. Postihuje děti ve věku 5–7 let a léčba trvá většinou dva roky. Nesprávným držením těla vznikají skoliózy a kyfózy. (Vítková, 2006).

Další častou nemocí je progresivní svalová dystrofie, která zaujímá mezi svalovými chorobami více než 50 %. Napadené je příčně pruhované svalstvo. Dochází k degeneraci svalových vláken. Ta jsou nahrazována funkčně neplnohodnotnou vazivovou a tukovou tkání. Je zde velice významný genetický faktor. Duchennova svalová dystrofie má nepříznivou prognózu a postihuje chlapce. Postupně se rozpadá celé svalstvo, kdy první příznaky lze pozorovat mezi 2.–6. rokem života. Časté pády, kachní chůze, vstávání ze země šplhovitým způsobem jsou typickými projevy této nemoci. Ve věku 8–13 let takové dítě usedá na invalidní vozík. Chlapci umírají mezi 20. a 30. rokem života. (Vítková, 2006).

Jinou formou je Beckerova forma, která začíná až v pubertálním věku a má pomalejší průběh. Leyden-Moebiova forma postihuje obě pohlaví a průběh nemoci je velmi pomalý. Landouzyho-Dejerineova forma postihuje mladistvé a postihuje zpočátku obličejové svaly. Postupuje velice pomalu a jedinci se dožívají normálního věku. Erbova forma postihuje dospělé jedince a zpočátku zasahuje svalstvo ramenního pletence. (Milichovský, 2010).

„Vedle progresivní svalové dystrofie existují i jiná onemocnění svalů, neurální svalové poruchy a spinální svalová atrofie. O jaký druh svalového onemocnění se jedná, lze poznat jen vyšetřením tkáně nebo pomocí EMG (elektromyogram).“ (Milichovyký, 2010, s. 41).

Práce s tělesně postiženými, často velmi mladými klienty, je mnohdy psychicky náročná. Jsou klienti, kteří nám přináší radost svými pokroky, a těšíme se s nimi na další. Klienti se svalovou dystrofií jsou pro vychovatele a další pedagogické pracovníky psychicky velice vyčerpávající, jelikož jejich prognóza není příznivá. Uvedu zde jednu kazuistiku chlapce s progresivní svalovou dystrofií.

Honza je dospívající čtrnáctiletý chlapec, který má specifický smysl pro humor a snaží se užít si život naplno se svými vrstevníky. Trpí progresivní svalovou dystrofií. Honza nastoupil k nám do školy a na internát po úmrtí matky ve svých třinácti letech. Když nastoupil, byl to veselý kluk. Všichni mají Honzu rádi. Je inteligentní, vtipný, má nadhled. V tomto roce se jeho stav rapidně zhoršuje a úbytek jeho sil negativně ovlivňuje jeho náladu. Jeho stavu si samozřejmě všímají také jeho spolubydlíci, kteří trpí stejnou chorobou. Jeho stav ovlivňuje i psychiku vychovatelů, kteří s Honzou pracují. Je nutné takto psychicky náročné situace, které nastanou, přijmout jako nevyhnutelné. Naučit se s nimi vypořádat.

1.2.3 Obrny centrální a periferní

Obrny zasahují centrální a periferní nervovou soustavu, kdy centrální část zahrnuje mozek a míchu a periferní část obvodové svalstvo. Rozsah a stupeň závažnosti se dělí na parézy, kde dochází k částečnému ochrnutí, a plegie, kde dochází k úplnému ochrnutí. Narušená je senzorka, tedy smyslové vnímání, a motorika, tedy pohybová schopnost. Poškození je způsobeno před porodem, při něm, nebo po porodu. Postižená je buď centrální nervová soustava, svalový tonus, nebo koordinace.

Svalový tonus je podmíněn kontrakčním stahem svalů a je podmíněn nervovým vlivem. U hypertonie dochází ke spasticitě, nebo k rigiditě a u hypotonie ke sníženému svalovému napětí. Můžeme se setkat také se střídavým svalovým napětím, kde dochází k atetóze, tedy k mimovolným pohybům. (Vítková, 2006).

Podle lokalizace rozeznáváme:

- Kvadruparézu/kvadruplegii – částečné/úplné obrny všech čtyř končetin.

- Diparézu/diplegii – částečné/úplné postižení především dolních končetin.
- Hemiparézu/hemiplegii – částečné/úplné ochrnutí poloviny těla vertikálně. U hemiplegie a hemiparézy bývají více postiženy horní končetiny.
- Triparéza/triplegie – hemiparéza/hemiplegie s dodatečným postižením jedné končetiny.
- Monoparéza/monoplegie – postižena je jen jedna končetina, ale často se jedná o hemiparézu/hemiplegii v raném stadiu. (Vítková, 2006).

Dětská mozková obrna:

Z celkového počtu pohybových poruch se vyskytuje dětská mozková obrna u 50–60 % lidí. Projevuje se poruchami hybnosti a jedná se o závažné centrální postižení. Vzniká před porodem, při porodu, nebo krátce po něm. Jedním z hlavních příčin vzniku se uvádí nedonošenost dítěte. (Vítková, 2006). Více než polovina jedinců se závažnějším postižením pochází z vysoce rizikové skupiny nedonošených dětí, kdy mají novorozenci váhu nižší než 1500 gramů. (Komárek, Zumrová, 2000).

Dětská mozková obrna (DMO) je nejčastějším postižením i u našich klientů v JÚŠ. Jedná se zhruba o 80 % všech klientů.

„U DMO je dominující motorické postižení, ale může dojít k postižení i smyslových funkcí a k různě vyjádřenému defektu mentálnímu.“ (Vítková, 2006, s. 42).

Podle postižení hybnosti rozlišujeme dvě základní formy. Spastickou a nespastickou. Forma spastická tvoří až 61 % postižení a patří k ní:

- Forma diparetická – spastická forma obrny, postiženy jsou zejména dolní končetiny. Tzv. nůžkovitá chůze.
- Hemiparetická – spastická obrna jedné horní a dolní poloviny těla, vertikálně.
- Kvadruparetická – spastická obrna horních i dolních končetin.

Forma nespastická se dělí na:

- Dyskinetickou – nepotlačitelné mimovolné pohyby.

- Hypotonickou – chabá obrna dolních končetin vázaná na raný věk dítěte cca tři čtyř let. Později přechází do jiných forem. Např. do spastické DMO. Je často doprovázena těžkou mentální retardací.

Lehká mozková dysfunkce je lehčím typem poruchy centrální nervové soustavy, kdy je postiženo více chlapců než děvčat a z celkové dětské populace jsou to cca 3 %. Projevuje se specifickými poruchami učení a poruchami chování. (Říčan, Vágnerová, 1991, s. 241).

Dětská obrna postihovala nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávala za sebou těžké trvalé následky. Od roku 1958 jsou u nás všechny děti očkovány Sabinovou vakcínou a již se zde tato infekční nemoc nevyskytuje. (Vítková, In: Pipeková et al., 2010).

Dále mezi obrny centrální a periferní patří mozkové záněty, mozkové nádory a mozkové příhody. Rozlišujeme různé druhy mozkových zánětů, které jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli. (Monatová, 1994). Mozkové nádory jsou komplikované a mohou po operaci zanechat vážné pohybové obtíže. Mozkové příhody vznikají v důsledku krvácení do mozku, mozkových embolií a postihují starší jedince.

Následkem otevřeného nebo uzavřeného úrazu hlavy vznikají traumatické obrny. Nejlehčím stupněm je otřes mozku, poté stlačení mozku a nejtěžším případem je zhmoždění mozku. (Vítková, 2006).

Obrna míchy může nastat vlivem různých nemocí, ale příčinou může být i úraz páteře s poraněním míchy. Vrozeným postižením je rozštěp páteře. Dělí se na rozštěp bez postižení míchy a jejích plen, na rozštěp páteře a míšních plen a na rozštěp páteře, plen a míchy. Vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálku a v posledních dvou uvedených případech vyvolává částečnou až úplnou obrnu dolních končetin. (Vítková, 2006).

Degenerativní onemocnění mozku a míchy se projevuje v průběhu života, kdy se nervové dráhy rozpadají a zanikají nervové buňky. Do této kategorie patří větší množství onemocnění, např. roztroušená skleróza mozkomíšní nebo degenerativní onemocnění míchy. Prognóza nebývá příznivá. (Vítková, 2006).

Jako poslední zde zmíním obrnu periferních nervů, ke které dochází při úrazu horní nebo dolní končetiny. Dochází tak k částečné nebo úplné obrně dané končetiny. (Vítková, 2006).

1.3 Rehabilitace

Rehabilitace je souvislá, komplexní činnost, která se snaží zmírnit pomocí rehabilitačních prostředků nepříznivý zdravotní stav člověka. (Valenta, 2015).

Rehabilitace začíná již v raném věku dítěte s tělesným postižením. Ne všichni klienti jsou mentálně připraveni na dlouhodobé pobyty v lázních a na změnu prostředí. Jelikož jsou klienti s tělesným postižením často i lehce mentálně postižení, je pro ně mnohdy náhlá změna bydliště a osob, které se o něj starají, traumatická.

Pod pojmem ucelená rehabilitace se ovšem skrývá mnohem více. Neřadí se sem pouze medicína, zasahuje také do oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie a sociální práce. (Valenta, 2015). Patří sem tedy rehabilitace léčebná, sociální, pedagogická a pracovní. (Votava et al., 2003).

V JÚŠ klienti navštěvují ergoterapii, fyzioterapii, vodoléčbu, canisterapii, mají možnost dojíždět na hipoterapii. Klienti mají vypracovaný individuální vzdělávací plán a vyučuje je speciální pedagog. V týdenním stacionáři jsou klienti vedeni vychovateli k co největší samostatnosti. Je zde snaha sociální integrace, příprava na život a na budoucí zaměstnání.

Rehabilitace je dle Světové zdravotnické organizace definována jako (definice z roku 1969): „*Včasně, plynulě a koordinovaně úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků.*“ (Votava et al., 2003, s. 14–15).

2. Pomáhající profese

Pomáhání druhému lze vysledovat od samého počátku lidstva. Zpočátku plnili funkci pomáhajícího šamani, léčitelé, později potom rodinní lékaři, kněží a další lidé, kterým byla svěřena důvěra. Lidé se na tyto obraceli s žádostí o radu a pomoc ve chvílích, kdy nebyli schopni svou situaci vyřešit vlastními silami. (Kraus, Poláčková, 2001, s. 179).

V současnosti jsou pomáhající profese placené z rozpočtu sociálních výdajů státu. Pomáhající je odborník, profesionál. Nesmíme však zapomínat na podstatnou věc. U pomáhajících profesí je neméně důležitý také vztah k vykonávané práci a ke svému klientovi. (Kopřiva, 2006).

Pomáhající profese zahrnují řadu povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem. K těmto profesím patří lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, vychovatelé, psychologové. (Kopřiva, 2006).

Definice o tom, co je to vlastně pomáhající profese, co vyžaduje, kdy je pomáhající potřeba, je mnoho. Dle Úlehy (1999) se hlásí ke slovu profesionální pomoc tehdy, pokud ostatní způsoby, kterými lidé řeší problémy, selhávají nebo nejsou z rozličných důvodů dosažitelné.

Tématem závěrečné práce je syndrom vyhoření u pedagogických pracovníků, kteří pracují s mladými lidmi s tělesným postižením. Pedagogickými pracovníky zde myslím především vychovatele a asistenty pedagoga. V naší práci je důležité se rozhodnout pro určitý styl práce s klientem. Tohoto rozhodnutí dosáhneme tak, že se zamyslíme nad potřebami klienta a nad našimi lidskými a profesionálními preferencemi, znalostmi.

2.1 Osobnost pomáhajícího

Každý z nás vyrůstal v jiných podmínkách. Měli jsme jiné dětství, dospívání, získali jsme jinou genetickou výbavu po předcích. Máme jinou tělesnou konstrukci, inteligenci, temperament. Jsme individuality. Přesto existují určité společné obecné předpoklady, rysy, které charakterizují, jaká by měla osobnost pomáhajícího být.

Mezi obecné předpoklady a dovednosti pracovníka v pomáhající profesi patří zdatnost a inteligence. Zdatnost psychická i fyzická je nutná i pro pedagogické pracovníky, kteří pracují s mladými lidmi s tělesným postižením. Pomáhání druhým je těžká a vysilující práce, proto respekt ke svému tělu, které pracuje v náš prospěch, pokládáme za nezbytné. Správná strava, cvičení a celková kondice se pozitivně projevuje na psychice každého člověka, natož pak takto úzce specializovaného pedagoga.

Předpokladem pro pomáhajícího je vysoká inteligence, a to především emoční a sociální. Mezi další předpoklady lze zařadit přitažlivost pracovníka pro klienta. Nemyslí se tím pouze fyzická přitažlivost, ale hlavně názorová příbuznost, spontánní náklonost k pracovníkovi pro jeho chování. Pomáhající profesionál by měl vzbuzovat důvěru u klientů, měl by být čestný, srdečný, být si vědom své sociální role, být otevřený, diskrétní a spolehlivý. Protože je komunikace s klientem nevyhnutelná, měl by pomáhající profesionál ovládat také komunikační dovednosti, mezi které patří umění naslouchat. Mezi další osobnostní rysy pomáhajícího pracovníka patří empatie. Je to forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak i sdělování tohoto porozumění klientovi. Vcítění se do pocitů a jednání druhé osoby je součástí nezbytné emoční inteligence. (Matoušek et al., 2003).

Jak píše Lorenzová: „*Ideálním pracovníkem pomáhající profese je prosociálně orientovaná zralá osobnost, vědomá si svého životního směřování, s příznivým a realistickým*

sebepečetím, osobnost bez neurotických či psychopatologických rysů, s předpoklady sebereflexe vlastního rozhodování, jednání i emocí, otevřená podmětům, ochotná se sebevzdělávat i procházet pravidelnými supervizemi.“ (Lorenzová In: Kraus, Poláčková, 2001, s. 178).

2.2 Problémy pomáhání

Kopřiva (2006) rozděluje pracovníky na ty, kteří jsou angažovaní, a na ty, kteří nejsou. Angažovaný pracovník vidí v pomáhání určitou přitažlivost a je ochoten mnohdy pracovat ve sféře, která ho zajímá a baví, i za nižší plat, než by mu nabídli jinde. Práce je pro něj smysluplná a má z ní uspokojený pocit. Nerozděluje svůj život na dvě části, které se skládají z nezbytné práce a volného času. Neangažovaný pracovník mnohdy vidí svou roli ve své odborné znalosti, kterou má předat, uplatnit. Bez pozitivního vztahu ke klientovi se nejedná o pracovníka, který by měl dál svou roli vykonávat. (Kopřiva, 2006). Neangažovaný pracovník dokáže ovlivnit v kolektivu svým přístupem ke klientům i kolegy, kteří jsou angažovaní. Proto zde toto rozdělení uvádím jako problém v pomáhání.

Mezi problémy, které se mohou objevit v pomáhajících profesích, patří nadbytečná kontrola nad klienty, obětování se pro ně, používání moci, která ovlivňuje vztah mezi klientem a pomáhajícím. Moc je zvláště patrná například v ústavních zařízeních, při práci s handicapovanými osobami a s dětmi. Klient je do jisté míry bezmocný, už jenom tím, že nás potřebuje. My získáváme moc již jen tím, že klientovi pomáháme. (Kopřiva, 2006, s. 39–41). Mezi další problémy u pomáhajících pracovníků patří těžko udržitelná hranice mezi pracovníkem a klientem. Dodržování asertivního chování pomáhá tuto hranici udržet v normě. Pomáhající profese je psychicky náročná. Lidé, jejichž pracovní náplní je pomáhat druhým, často přebírají i jejich problémy, své vlastní pak odsouvají do pozadí. (Venglářová, 2011, s. 26).

Existuje pouze tenká hranice mezi soucitem a empatií. Pracovník musí dojít k takové míře sebepečování, aby dokázal udržet profesionální hranici a určitou rovnováhu ve vztahu ke klientům. Důležité je zůstat sám sebou. Existuje mnoho těžkých situací, se kterými se pracovník musí vypořádat. Každý klient nám „nesedí“ stejně. Pochopit klienta, zajímat se o něj, přijímat ho, jaký je, držet mu place – to vše by pro nás mělo být přirozené. Pracovníci se navíc také mnohdy setkávají s nemorálním chováním rodiny, klienta, nebo dalších členů. Je potřeba přijmout fakt, že ne vždy dané situace dokážeme řešit sami, a někdy je dokonce vhodné případ klienta předat kolegyni/kolegovi, kteří mají díky své osobnosti nebo předchozí zkušenosti větší předpoklady k naplnění práce. (Kopřiva, 2006).

2.3 Syndrom pomocníka

Problém syndromu pomocníka je pro mě velice zajímavý. Jakou máme motivaci k výběru pomáhající profese? Chceme snad spasit svět, mít moc nad druhými, léčit si své komplexy, nebo snad neumíme svůj život naplnit jinak? Objevení motivace je důležité. Mou motivací k práci vychovatelky u zdravotně handicapovaných bylo snad jen to, že jsem si přála dělat práci, která mi dává smysl, a která má okamžité výsledky. Tato práce je živá, různorodá, zajímavá. Celý den žiji v přítomnosti. To je pro mě zásadní. Nejedná se o přetvářku, kterou nasadím, když přijdu do práce, a sundám, když odcházím. Celou dobu jsem svá. Syndrom pomocníka se objevuje u lidí, kteří sami k sobě nechovají úctu. Nejsou sami se sebou spokojeni. Svou méněcennost si léčí tím, že se starají o klienty.

Syndrom pomocníka se projevuje tak, že nejsme schopni projevit vlastní city a potřeby. Tyto potřeby skrýváme za sociální služby. (Schmidbauer, 2008). Jinými slovy je syndrom pomocníka specifická porucha, kdy vlastní bezcennost a prázdnotu kompenzujeme prací pro druhé. U osobnosti pomáhajícího, který trpí syndromem pomocníka se vyskytuje většinou rané trauma, tzv. syndrom odmítnutého dítěte.

Schmidbauer (2008) rozděluje syndrom pomocníka na pět složek: odmítnuté dítě, identifikace s nadjád (superegem), narcistická nenasytnost, uhýbání před vzájemností a nepřímá agrese.

3. Syndrom vyhoření

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím dvakrát více světla. Svíčka však zároveň dvakrát rychleji vyhoří.“ Myron D. Rush

Syndrom vyhoření neboli burnout se jako odborný termín objevil v psychologii a psychoterapii v roce 1974, kdy jej poprvé použil psychoanalytik Hendrich Freudenberger. (Maroon, 2012). Autor byl původně přesvědčen, že se vyhoření vyskytuje pouze u těch, kteří poskytují pomoc v první linii. Později, s novými vědeckými poznatky, se vyhoření definovalo nově. Pracovní vyhoření neboli syndrom vyhoření se může týkat každého z nás. Nikdo není imunní. Příznaky vyhoření nejsou neobvyklé a objevují se většinou u lidí, kteří bezprostředně pracují s jinými lidmi. (Potterová, 1997). Vyhoření není totéž co stres, protože k němu dochází až při chronickém stresu. Dlouhodobá disbalance mezi zátěží a fází klidu bývá dlouhodobě narušena. (Stock, 2005). Náš energetický potenciál je vyčerpán a rezervy nám došly. (Kallwass, 2007).

3.1 Definice syndromu vyhoření

Podle ICD (Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace) je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz, není tedy klasifikováno jako nemoc. (Stock, 2010).

Pod slovem vyhoření se skrývá fyzické, emocionální a mentální vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým stresem, vysokou emocionální zátěží, nepřiměřenými emocionálními požadavky. Vyhoření se objevuje častěji u lidí, kteří měli původně od svého zaměstnání velké očekávání a prochází chronickými situačními stresy. (Křivohlavý, 1998).

Maslachová (1976) popisuje vyhoření jako: „*nepřetržitý, systematický proces ochabování, narůstajícího cynismu a ztráty angažovanosti vůči klientům.*“ (Maslach, 1976 In: Maroon, 2012, s. 20).

Podle Kahna (1979) je vyhoření: „*znakem nepřiměřeného přístupu ke klientům a k sobě samému, což se často projevuje nepřiměřenými tělesnými a citovými příznaky. Dá se zde vysledovat ohnisko případných onemocnění.*“ (Kahn, 1979 In: Maroon, 2012, s. 20).

Ze své zkušenosti vychovatelky bych ráda poznamenala, že termín syndrom vyhoření je mezi pracovníky, kolegy, známým pojmem. Obávám se však, že stejně jako slovo deprese, se často uvádí v neodpovídajících situacích, čímž se tento problém bagatelizuje. Na lidi, kteří tímto problémem trpí, se často nahlíží jako na slabochy, lenochy. Přičítáme jejich chování jejich osobnosti, ne možnému problému. Se zvyšující se zátěží všeobecně a v našem oboru se zhoršujícím se zdravotním postižením nově příchozích klientů je potřeba jisté osvěty. Měli bychom si více všimnout jak sami sebe, tak případné změny v chování u svých kolegů. Čím dříve problém odhalíme, tím máme vyšší šanci na vyléčení, pozitivní změnu.

3.2 Příčiny a faktory vzniku syndromu vyhoření

Vyhoření má jak fyzické, tak psychické důsledky. Není však ani fyzickým onemocněním, ani neurózou. Vyhoření je ztrátou vůle a motivace. Stejně jako naše tělo potřebuje vitamíny a proteiny, tak i naše motivace potřebuje určitou „výživu“, aby se udržela. (Potterová, 1997).

Individuálními faktory podle O. Matouška (2013) jsou:

- očekávání plné seberealizace od práce,
- přehnané nároky na sebe sama,
- omezená kapacita pro kontakt s lidmi,

- špatný tělesný stav,
- stres aj.

Pracovními faktory podle O. Matouška (2013) jsou:

- není věnována dostatečná pozornost potřebám personálu,
- noví členové nejsou zaškoleni již zkušeným personálem,
- neexistují plány osobního rozvoje,
- chybí supervize,
- pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešeních,
- vládne tam soupeřivá atmosféra,
- rivalizuje spolu několik nepřátelých skupin pracovníků, které navíc do svých konfliktů zaplétají i klienty,
- silná byrokratická kontrola chování personálu, případně i klientů.

3.3 Projevy syndromu vyhoření

Jaké projevy si představíme u člověka, který trpí syndromem vyhoření? Jak rozlišíme, že se jedná o počáteční stádium syndromu vyhoření, a ne pouze o momentální špatnou náladu?

Mezi typické projevy syndromu vyhoření jsou podle O. Matouška et al. (2003) zařazeny:

- neangažovaný vztah ke klientům,
- lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro individuální potřeby klientů,
- věnování minima energie práci,
- preference administrativní činnosti před přímým kontaktem s klientem,
- převaha skepse v úvahách o účinnosti služby, popř. o budoucnosti klientů,
- omezení komunikace s kolegy,
- pocit depersonalizace, vyčerpání.

Freudenberger pak v knize Křivohlavého (2012) uvádí těchto deset typických znaků:

- vyčerpání,
- odcizení a izolace,
- prázdnota a cynismus,
- netrpělivost a vznětlivost,
- dojem mimořádných schopností,
- nedůvěra,
- paranoia,
- ztráta cílevědomosti,
- psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy,
- deprese.

Křivohlavý (2012) uvádí, jak se cítí člověk propadající se do syndromu vyhoření:

- Cítí se tělesně vyčerpán.
- Cítí se emocionálně vyčerpán – citově chladný a prázdný.
- Cítí se duchovně a duševně na dně.
- Cítí se, jako by byl nějak nemocen, ovšem bez konkrétních příznaků nemoci.
- Cítí se bezcenně.
- Je v tísní, napětí, stresu, v distresu (nezvládnutelném stresu).
- Je zklamán, sláb.
- Je bez odvahy, iniciativy, tvořivosti.
- Není s to se pro něco rozhodnout, proti něčemu se postavit.
- Nemá valné mínění sám o sobě.
- Žije v napětí.

Jestliže se někdo chová nevhodným způsobem ke klientům, je nutné rozlišovat, jestli u něj došlo ke změně chování v průběhu měsíců a let, kdy pracuje v pomáhající profesi, nebo jestli se tak mohl chovat vždy, jen jsme o tom nevěděli. Pokud by to byl první případ, dá se takovému pedagogovi pomoci, pokud se jedná o druhou variantu, je nejlepším

řešením, když rozhodnutí převezme vedení. Ne každý se jako pedagog, pomáhající profesionál narodil, a ne každý disponuje osobnostními rysy, které jsou nezbytné pro výkon práce s lidmi.

3.4 Fáze syndromu vyhoření

Vývoj syndromu vyhoření se u většiny autorů rozděluje od tří do dvanácti fází. Tyto fáze zahrnují stádia, která se v některých případech nedají jednoduše ohraničit. Proces vzniku syndromu vyhoření trvá většinou několik měsíců až let. Většina autorů uvádí dva roky až pět let, pokud setrváváme na jednom pracovním místě. Syndrom vyhoření nepřichází bez ohlášení. Má začátek, průběh a konec a tyto fáze se prolínají jedna do druhé. (Stock, 2010).

Fázový model dvojice autorů Edelwiche a Brodského (In: Stock 2010) uvádí čtyři fáze:

1. idealistické nadšení,
2. stagnace,
3. frustrace,
4. apatie.

Podobné je rozlišení i u jiných autorů, kde mnozí přidávají 5. fázi, do které řadí konečné stadium úplného vyhoření. (Stock, 2010).

Christina Maslach uvádí ve svém čtyřfázovém modelu tyto fáze:

1. idealistické nadšení a přetěžování,
2. emocionální a fyzické vyčerpání,
3. dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením,
4. terminální stadium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se syndromu burnout v celé jeho pestrosti. (Maslach, In: Křivohlavý, 1998).

3.5 Metody zjišťování syndromu vyhoření

Mezi nejčastější způsoby určování syndromu vyhoření je zařazena dotazníková metoda založená na sebepozorování a následném vyhodnocení dle posuzovacích škál. Běžnou formou také je například sebepozorování, pozorování druhými lidmi, rozhovor. (Křivohlavý, 1998).

Jak uvádí Křivohlavý (1998) mezi nejčastěji používané metody k odbornému vyšetření patří metoda MBI (Maslach Burnout Inventory). Touto dotazníkovou metodou zjišťujeme tři

faktory. Emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. V dotazníku je celkem 22 otázek a odpověď vybíráme ze 7 stupňů odpovědní škály. (Křivohlavý, 1998, s. 40–41).

Mezi další metody patří dotazník BM psychického vyhoření, který je od autorů A. Pines a E. Aronson (1980) a který jsem ve svém výzkumu použila já. Obsahuje 21 otázek a lze si vypočítat míru vlastního psychického vyhoření ohodnocením otázek na škále 1 (nikdy) – 7 (vždy). Výhodou BM dotazníku je, že má dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření. Dotazník BM se zaměřuje na pocity fyzického, psychického a emocionálního vyčerpání. (Křivohlavý, 1998, s. 36–39).

Jak už jsem uvedla, metod zjišťování syndromu vyhoření existuje mnoho. Jako poslední zde uvedu orientační dotazník, který byl sestaven čtyřmi autory, kteří tento druh diagnostiky publikovali ve své knize (Hawking et al., 1990). Jedná se o metodu, která je velice vhodná k poznání blížícího se stavu vyhoření. Člověk sám je schopen poznat, jak na tom je. Dotazník je tvořen pomocí 24 otázek, kdy odpovídáme pouze ano či ne. Pokud je na většinu otázek zodpovězeno ano, pak se pravděpodobně jedná o zrod syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření je autory vnímán jako postupně se rozvíjející stav – zrod, vývoj, rozvoj a vyvrcholení (Křivohlavý, 1998, 33–36).

3.6 Prevence syndromu vyhoření

Důležitou součástí prevence je informovanost. Člověk by měl vědět, že každého, něco takového může potkat. Velký význam zde hraje osvojení si základních pravidel o tom, jak si zachovat čistou hlavu, zdraví, jak relaxovat.

Existují techniky a strategie, díky kterým lze překonávat stres a předcházet syndromu vyhoření. Důležitá je kvalitní příprava na profesi, která zahrnuje výcvik v potřebných sociálních dovednostech. (Matoušek et al., 2003).

Pomocníci rezistentní vůči vyhoření jsou podle Schmidbauera (2007) ti, kteří:

- Dbají o své zdraví a zajímají se o práci, kterou vykonávají.
- Vnímají sami sebe jako rozvíjející se profesionály.
- Prožívají i obtíže a břemena ve své práci jako cosi, co má smysl.
- Umí dosáhnout rovnováhy ve svém soukromém a pracovním životě.
- Vnímají se jako iniciativní, ví, že sami můžou změnit svou pracovní situaci.

- Cítí se být podporováni svým nadřízeným.
- Vnímají své povolání jako intelektuální výzvu, díky které mohou růst.

3.7 Pomoc sama sobě

Lidé, kteří žijí smysluplný život, podle subjektivního měřítka, jsou odolnější vůči syndromu vyhoření. (Křivohlavý, 2012).

Mezi změny individuální se řadí změna životního stylu. Zdravá strava má vliv nejenom na naši kondici, ale také na naši psychiku. Jezme zdravě, pomalu a s mírou. Odpočívejme jak aktivně, tak pasivně. Sport a relaxace zajišťují důležité složky v prevenci proti syndromu vyhoření. Relaxační cvičení pomáhají nalézt u člověka vnitřní klid. Učí nás mimo jiné, jak si vytvořit odstup od své životní situace. Sport nám umožní zvýšení fyzické kondice, zlepšení psychiky. Nezáleží na tom, jaký sport si vybereme. Sport by nás měl bavit a měli bychom ho provozovat pravidelně. (Stock, 2010). Zvýšení fyzického výkonu představuje jen jeden z důsledků cvičení. Dalším důsledkem je zvýšená míra sebeovládání. Jestliže jsem vytrvalý a chodím pravidelně cvičit, projeví tak svou silnou vůli. (Křivohlavý, 1994). Umění odpočívat, které je neméně důležité, spočívá v krátkém, asi pětiminutovém odpočinku. Odpočinkem si představte dechové cvičení nebo krátké procvičení, abychom se duševně uvolnili. (Míček, 1984).

Šest relaxačních typů podle Stocka (2010):

- autogenní trénink podle Schultze,
- uvolnění svalů podle Jacobsona,
- jóga, Tai chi, Čchi-kung (asijské techniky),
- autohypnóza,
- meditace (nejedná se o meditaci náboženskou, ale o tzv. bdění, snění),
- biofeedback (biologická zpětná vazba).

„Prevence na úrovni osobní tedy představuje vytváření si zdravého systému sebepodpory, což znamená postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.“ (Bartošíková, 2006, s. 42).

3.8 Pomoc zvenčí

Mezi hlavní pomoc zvenčí se řadí sociální opora. Sociální opora patří mezi jednu z nejdůležitějších pomoci člověku v těžké životní situaci. Oporu nám poskytuje v těžkých situacích rodina, přátelé, příbuzní a kolegové. Lidé, kteří mají silnou sociální oporu, mají nejméně příznaků psychického vyhoření. (Křivohlavý, 1998).

Pinesová a Aronson (In: Křivohlavý, 1998) se pokusili o podrobnější rozčlenění funkcí sociální opory:

- naslouchání,
- potřeba sociálního zrcadla,
- uznání,
- povzbuzování,
- soucítění – empatie,
- prověřování stavu světa,
- dělba práce,
- spolupráce,
- přejný prosociální postoj a nezištná pomoc.

Důležitým faktorem jsou také dobré vztahy mezi lidmi, kladné hodnocení druhých lidí a dobré pracovní podmínky. (Křivohlavý, 1998).

Syndrom vyhoření se projevuje v souvislosti s výkonem povolání. Proto je v zájmu zaměstnavatele, aby se zabýval prevencí tohoto syndromu. (Kebza, Šolcová, 2003).

Určitě jste slyšeli o velkých firmách jako je Apple nebo Google, kde převládá názor, že člověk, který se cítí v pracovní době přepracovaný a unavený, nepodává kvalitní výkon a snižuje se tím efektivita jeho práce. Proto jsou v těchto firmách vybudovány posilovny, bazény, relaxační místnosti, odpočinkové zóny apod. Může je využít každý zaměstnanec. Samozřejmě, nejen v těchto firmách, ale i u nás se najdou společnosti, které jsou tomuto modelu nakloněny. Všeobecně by se měly organizace zaměřit na rozvoj programů, zaměřených na osobní rozvoj pracovníků, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci a na zvýšení podílu pracovníků na řízení firem a zařízení. (Kebza, Šolcová, 2003).

Stock (2010) uvádí ve své publikaci opatření, díky kterým lze přispět k utužení pracovního kolektivu. Patří mezi ně důležitá komunikace mezi kolegy, společná práce, např. na projektu, noví členové, společné oslavy a další akce. Uspokojení v zaměstnání přináší finanční ohodnocení a uznání za dosažené výsledky.

Mohu říci, že na mém pracovišti v Jedličkově ústavu máme mnoho nabídek na další profesní vzdělávání v různých kurzech, máme i pravidelnou týmovou supervizi, kde můžeme přednést jakýkoliv problém, který nás trápí. Vedení se snaží nám dát dostatek svobody a vytvořit příjemné pracovní podmínky a přiměřené množství práce, které se dá zvládnout v přiměřené profesní kvalitě. Pořádá se mnoho akcí, které stmelují pracovní kolektiv. Mezi ně patří například zaměstnanecký turnaj Kopačky Rudy Jedličky. Máme možnost využití sauny, bazénu, posilovny. Máme možnost se rekreovat v našem rekreačním středisku Buková u Nových hradů. Dostáváme příspěvek na dovolenou, kterou si vybereme.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíl výzkumu

Výzkum je zaměřený na problematiku syndromu vyhoření u pedagogických pracovníků, kteří pracují s mladými lidmi s tělesným postižením. Zajímá mě, do jaké míry jsou tito pracovníci syndromem vyhoření zasaženi. Jaký je rozdíl mezi mírou syndromu vyhoření u žen a u mužů a jakou roli hraje délka praxe v procesu vyhoření u pedagogických pracovníků. Jsem si vědoma toho, že v této práci se nelze věnovat celé problematice syndromu vyhoření. Dotknu se pouze nepatrné části.

Výzkum syndromu vyhoření byl prováděn u pedagogických pracovníků, kteří pracují v Jedličkově ústavu v Praze. K uskutečnění dotazníkového šetření bylo osloveno 60 respondentů.

5. Charakteristika místa výzkumu

Výzkum byl prováděn v Jedličkově ústavu a školách (JÚŠ) v Praze. Ústav byl založen 1. dubna 1913 v Praze na Vyšehradě profesorem Rudolfem Jedličkou. Jedličkův ústav poskytuje mladým lidem s vrozeným či úrazem získaným tělesným postižením potřebnou léčbu, rehabilitaci, sociální podporu i vzdělání. JÚŠ se snaží o nejlepší integraci absolventů školy do běžného života a sociálního prostředí. Je zde možnost bydlet v týdenním stacionáři, nebo se zapojit do programu samostatného bydlení. Služby JÚŠ jsou v současnosti poskytovány přibližně dvěma stovkám dětí a mladých lidí. Klienti se vzdělávají v několika školních budovách. Je zde speciální základní škola, základní škola praktická, gymnázium, střední škola sociálně správní, obchodní škola, praktická škola a středisko praktického vzdělávání. V učňovských dílnách je zajištěn praktický výcvik v oborech švadlena, knihař a obuvník. Také je možné docházet v rámci pracovního vyučování ve škole do řemeslných dílen (keramická, textilní, košíkářská a dílna pro práci se dřevem). Klientům je nabídnuto navštěvovat fyzioterapii, hippoterapii, ergoterapii, rehabilitaci řeči a logopedii, psychologickou a sociální péči.

Součástí organizace je:

- mateřská škola speciální pro děti s poruchami řeči,
- základní škola,

- střední školy,
- středisko praktického vyučování – řemeslné dílny,
- školní klub,
- zdravotně rehabilitační pracoviště,
- týdenní stacionář (domov Topolka, domov TAP),
- speciálně pedagogické centrum,
- rekreační zařízení Buková.

Hlavním cílem Jedličkova ústavu je:

- připravit mladé lidi na běžný život,
- pomáhat jim k samostatnosti,
- posilovat a udržovat otevřenost celé organizace a všech, kdo v ní pracují,
- nabízet nejširší služby ucelené (včetně pedagogické) rehabilitace,
- rozvíjet tranzitní program – přechod z prostředí speciálního zařízení do běžného prostředí,
- působit na „majoritní“ společnost ve prospěch výraznějšího (opravdového, hlubšího) přijetí lidí se specifickými potřebami,
- spolupracovat s orgány samosprávy aj. (Jedličkův ústav a školy, online).

6. Charakteristika respondentů

V JÚŠ pracuje řada odborníků všech relevantních profesí. Respondenti, kteří vyplňovali dotazník, jsou vychovatelé a asistenti pedagoga v JÚŠ.

Cílem pedagogických pracovníků je nejenom klienty něčemu naučit, ale připravovat tyto mladé lidi s postižením na běžný život, učit je „hospodařit s tím, co mají“, pomáhat jim k samostatnosti. Jedná se tedy o edukační proces, který je chápán jako jeden z druhů sociální interakce (Průcha, 1997). Doprovázíme klienty (dle individuální potřeby) na tranzitní program, asistenční službu, fyzioterapii, ergoterapii, na kroužky dle výběru. Také se snažíme poskytovat plnohodnotné využití volného času. Klienti mají možnost vybrat si kroužek vaření, stolního tenisu, fotbalu, florbalu, šachů a dalších činností. Zatímco asistenti pedagoga zajišťují dopomoc

při výuce a v dalších činnostech v dopoledních hodinách, vychovatelé svou práci začínají v hodinách odpoledních. Cílem snažení je, aby se klienti mohli zapojit do běžného života.

Věkové rozmezí i délka praxe jednotlivých pedagogických pracovníků je velice rozdílná. Kromě podobně nebo stejně zaměřeného vzdělání nás všechny podle mého názoru spojuje touha dělat práci, která dává smysl.

Jako vychovatelé a asistenti pedagoga spolupracujeme s učiteli, fyzioterapeuty, ergoterapeuty, psychology, sestrami a dalšími rehabilitačními pracovníky. Důležitou součástí naší práce je tedy pracovat v týmu. Každý student má kolem sebe tým odborných pracovníků, kteří ho dobře znají a snaží se ho podporovat ve všech činnostech. Většinou se jedná o učitele, vychovatele, fyzioterapeuta a ergoterapeuta. Koordinátorem je většinou jeden z těchto pracovníků. Tento tým se pravidelně schází s rodiči i studentem a jejich úkolem je navrhnout vhodný rehabilitační program, realizovat ho a reagovat na změny, které mohou nastat. Vše je zapisováno do modrých desek, které jsou zpřístupněny všem pracovníkům, kteří s daným klientem pracují, aby mohl i nový pracovník rychleji pokračovat v práci ostatních. Jedním z výstupů práce týmu jsou výroční dopisy studentům, které shrnují výsledky za daný rok a zároveň nastiňují to, co by se mohlo odehrávat do budoucna.

7. Stanovení hypotéz

V rámci výzkumu jsem stanovila následující hypotézy:

Hypotéza č. 1:

H₀: Míra syndromu vyhoření se u žen a u mužů statisticky významně neliší.

H₁: Naměřené hodnoty ve výsledcích míry syndromu vyhoření budou u žen vyšší než u mužů.

Hypotéza č. 2:

H₀: Míra syndromu vyhoření se v závislosti na délce praxe pedagogických pracovníků statisticky významně neliší.

H₁: Vyšší naměřené hodnoty ve výsledcích míry syndromu vyhoření se objeví v závislosti na délce praxe pedagogických pracovníků.

8. Kvantitativní výzkumné šetření

Výzkum provádím v roce 2019 kvantitativní metodou pomocí dotazníku s uzavřenými otázkami. Dotazníků jsem rozdala pedagogickým pracovníkům celkem 60. Dotazník byl rozdělen na dvě části. Osobní dotazník zahrnoval otázky týkající se pohlaví, věku, povolání, délky pedagogické praxe a nejvyššího dosaženého vzdělání. Druhá část obsahovala dotazník BM.

Výhodou kvantitativního výzkumu je podle Hendla (1997) jeho objektivnost, protože je relativně nezávislý na výzkumníkovi. Výsledky lze často zobecnit, eliminují se rušivé prvky, a navíc je výzkum relativně rychlý a přesný. Mezi nevýhody patří opomenutí lokálních zvláštností, přílišná obecnost, kterou nemůžeme uplatnit všude.

V knize Křivohlavého (1998) je k dispozici dotazník Burnout Measure od autorů Ayala Pinese a Elliota Aronsona, který stanovuje míru vyhoření. Tento dotazník jsem využila. Dotazník obsahuje 21 tvrzení, u kterých respondenti označují své subjektivní pocity a zkušenosti slovním hodnocením.

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

Výsledky (hodnota BQ) jsou vypočítány podle vzorce:

1. výpočet hodnoty A – součet hodnot otázek 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.
2. výpočet hodnoty B – součet hodnot otázek 3, 6, 19 a 20.
3. výpočet položky C – podle vzorce $C = 32 - B$.
4. výpočet položky D – podle vzorce $D = A + C$.
5. výpočet hodnoty BQ – podle vzorce $BQ = D : 21$.

Psychický stav je pak podle Křivohlavého (1998) rozčleněn následovně:

- dobrý ($BQ < 2,0$),
- uspokojivý ($BQ = 2,0-2,9$),
- potřeba ujasnění žebříčku hodnot ($BQ = 3,0-3,9$),
- přítomnost syndromu vyhoření ($BQ = 4,0-4,9$),
- akutní stav vyhoření ($BQ > 5,0$).

9. Analýza výzkumného šetření

Návratnost dotazníků byla 52 (z celkového počtu 60 rozdaných dotazníků). Výsledky dotazníků shrnuji zde.

Respondenti, kteří vyplnili dotazník, byli v 27 (48 %) případech muži a v 27 případech (52 %) ženy.

Zastoupení respondentů žen a mužů

Tabulka 1 – Pohlaví a počet respondentů

Pohlaví	Frekvence
Muži	25
Ženy	27
Součet	52

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 1 – Zastoupení mužů a žen



Zdroj: Vlastní zpracování

Zastoupení respondentů podle věku

Věk mužů byl ve 20 případech (80 %) mezi 30–50 lety. V 5 případech (20 %) byl věk mužů nad 50 let a žádný muž nebyl mladší 30 let.

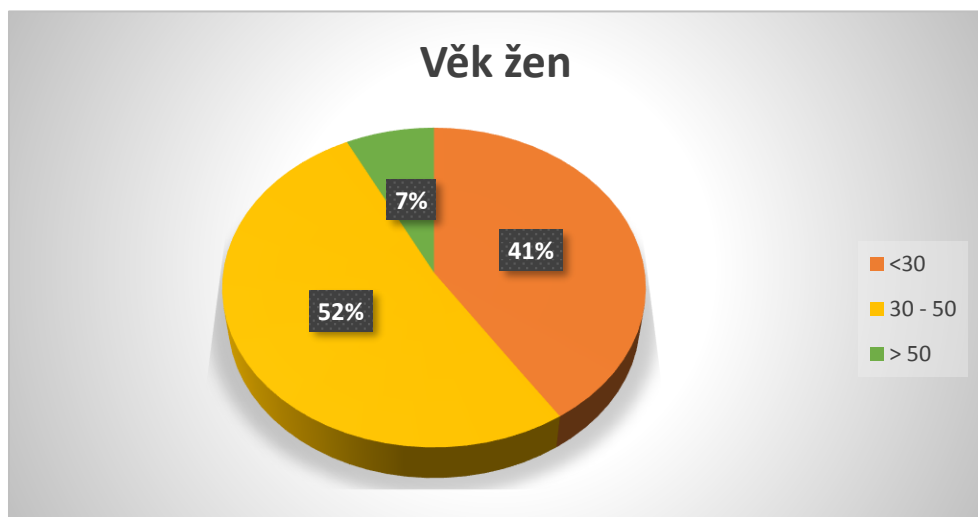
Graf 2 – Věkové rozdělení mužů



Zdroj: Vlastní zpracování

Věk žen byl ve 14 případech (52 %) mezi 30–50 lety. V 11 případech (41 %) se jednalo o ženy mladší 30 let a ve 2 případech (7 %) o ženy starší 50 let.

Graf 3 – Věkové rozdělení žen



Zdroj: Vlastní zpracování

Celkem se výzkumu účastnilo 11 účastníků ve věku do 30 let (21 %), 34 účastníků ve věku 30–50 let (65 %) a 7 účastníků nad 50 let (14 %).

Tabulka 2 – Věkové rozdělení respondentů a četnost věkových skupin

Věk	Frekvence
<30	11
30-50	34
>50	7
Celkem	52

Zdroj: Vlastní zpracování

Graf 4 – Věkové rozdělení mužů a žen

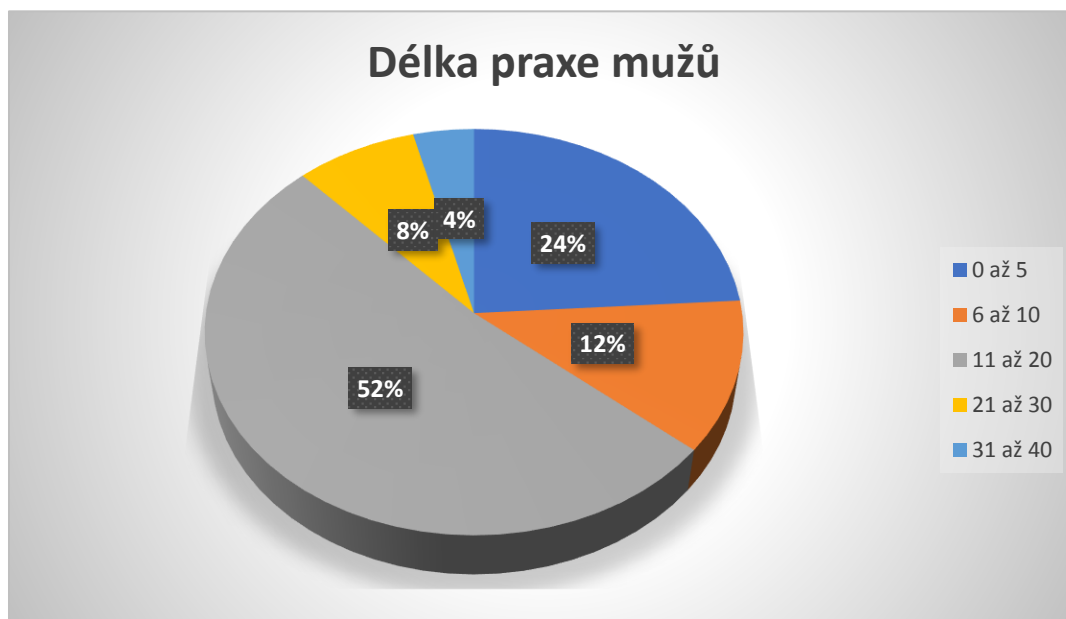


Zdroj: Vlastní zpracování

Zastoupení respondentů podle délky praxe v oboru

Nejvyšší počet mužů, tedy 13 (52 %), mělo délku praxe v rozmezí 11–20 let. V druhém největším zastoupení byla délka praxe u mužů 0–5 let o 6 mužích (24 %). Praxi v rozmezí 6–10 let měli 3 muži (12 %), v rozmezí 21–30 let 2 muži (8 %) a v rozmezí 31–40 let jeden muž (4 %).

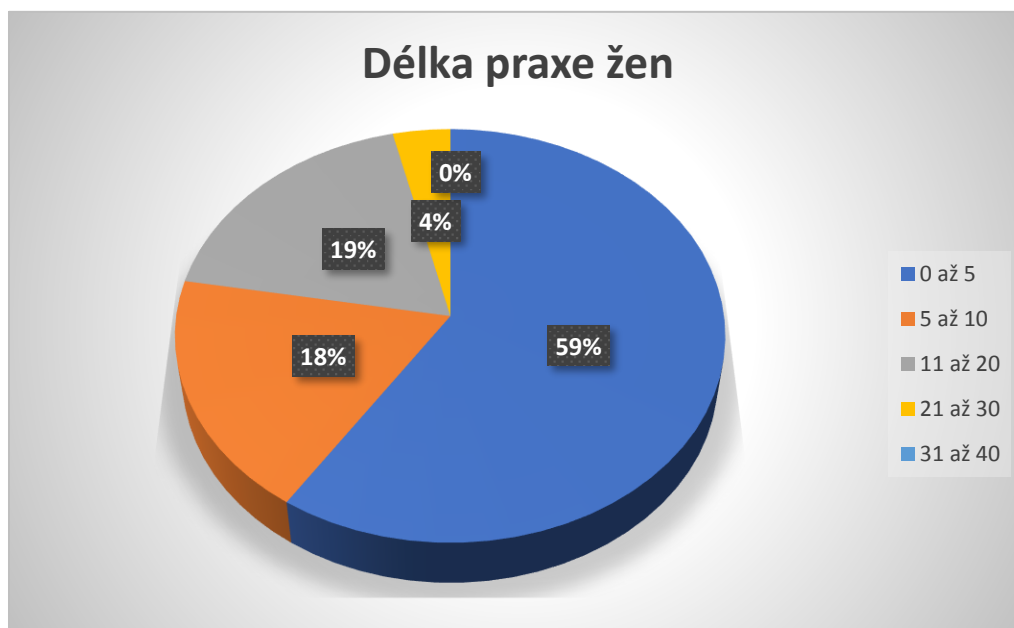
Graf 5 – Délka praxe mužů



Zdroj: Vlastní zpracování

Nejvíce žen, tedy 16 žen (59 %), bylo zastoupeno v rozmezí délky praxe 0–5 let. Po pěti ženách (18 % a 19 %) měli délku praxe v rozmezí 6–10 let a 11–20 let. Více než 21 let praxe měla pouze jedna žena (2 %) a nad 31 let pak žádná.

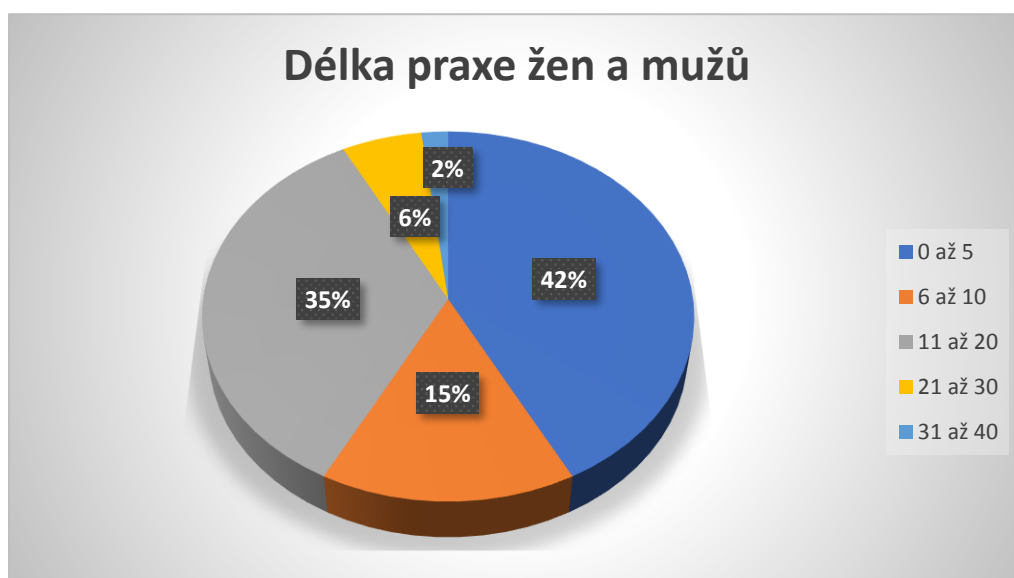
Graf 6 – Délka praxe žen



Zdroj: Vlastní zpracování

Celkem tvořilo výzkumný vzorek 22 respondentů (42 %), kteří se vešli do rozmezí délky praxe 0–5 let. Celkem 8 respondentů (15 %) bylo v kategorii 6–10 let. Dohromady 18 účastníků (35 %), spadalo do kategorie 11–20 let délky praxe, 3 (6 %) spadalo do kategorie 21–30 let a 1 (2 %) respondent měl délku praxe 37 let.

Graf 7 – Délka praxe žen a mužů



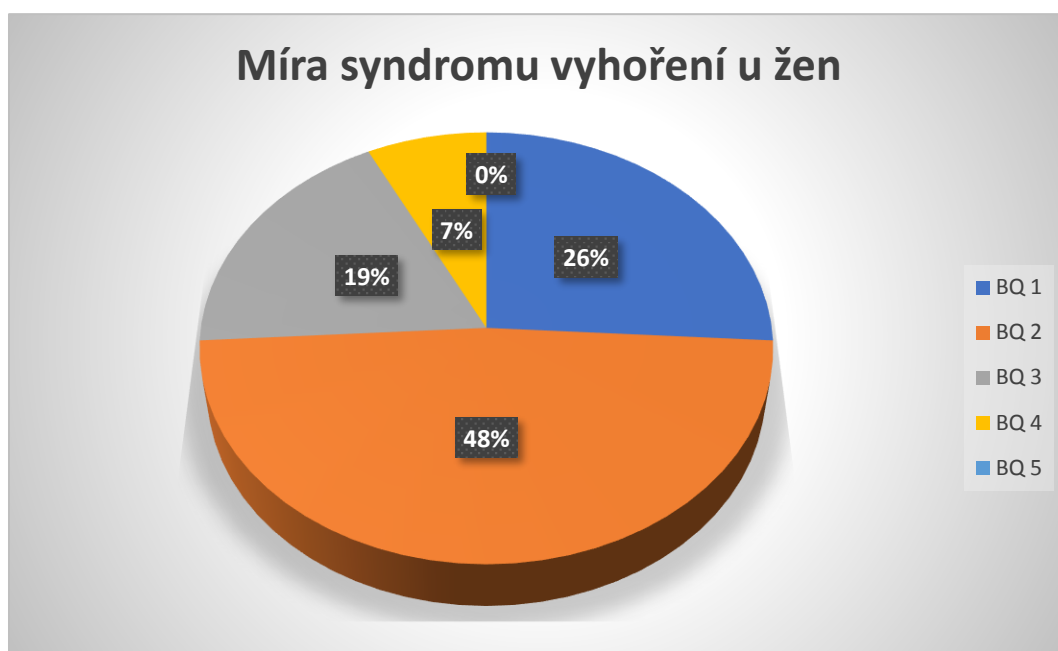
Zdroj: Vlastní zpracování

Průměrná délka praxe: 9,95 let.

Míra syndromu vyhoření u pedagogických pracovníků JÚŠ

Výsledek BQ 1, tedy dobrý psychický stav, mělo celkem 7 žen (26 %). V rozmezí BQ 2, tj. ve v uspokojivém psychickém stavu, bylo 13 žen (48 %). Ve stavu, kdy je třeba ujasnit si žebříček hodnot, se nacházelo 5 žen (19 %). Dvě ženy (7 %) byly vyhodnoceny v rozmezí BQ 4, tj. ve stavu s přítomností syndromu vyhoření. Akutní stav vyhoření nebyl zjištěn u žádné z žen.

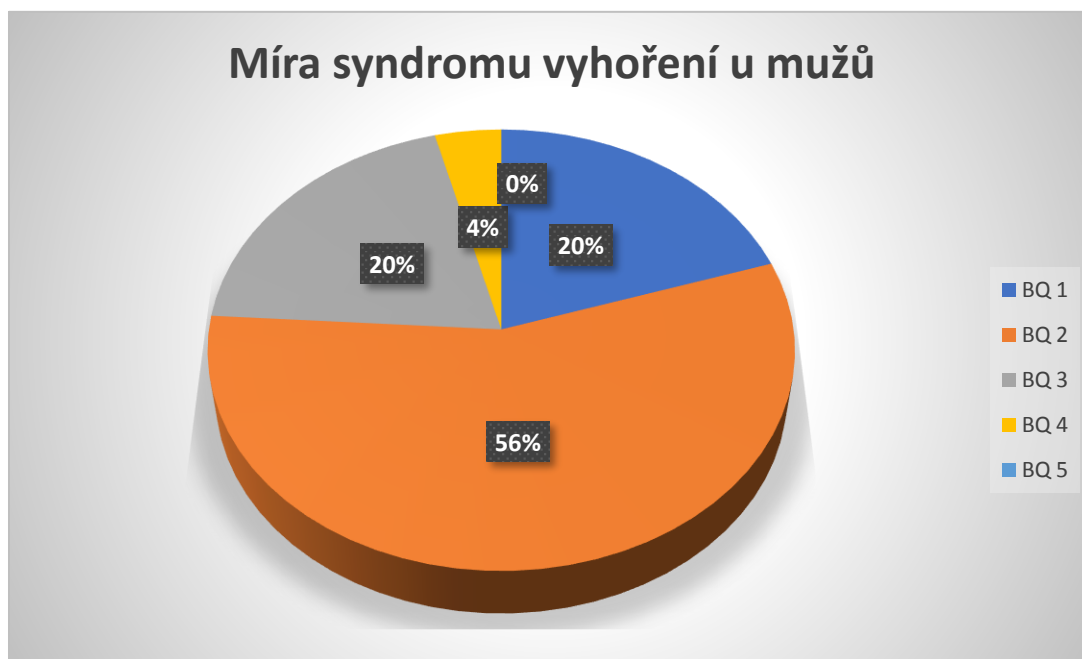
Graf 8 – Míra syndromu vyhoření u žen



Zdroj: Vlastní zpracování

Mužů bylo 5 (20 %) s dobrým výsledkem BQ 1. S uspokojivým výsledkem BQ2 bylo celkem 14 mužů (56 %). Potřebu ujasnit si žebříček hodnot (BQ 3) mělo celkem 5 mužů (20 %). U jednoho muže (4 %) byl zjištěn syndrom vyhoření (BQ 4). Akutní stav vyhoření nebyl zjištěn u žádného muže.

Graf 9 – Míra syndromu vyhoření u mužů



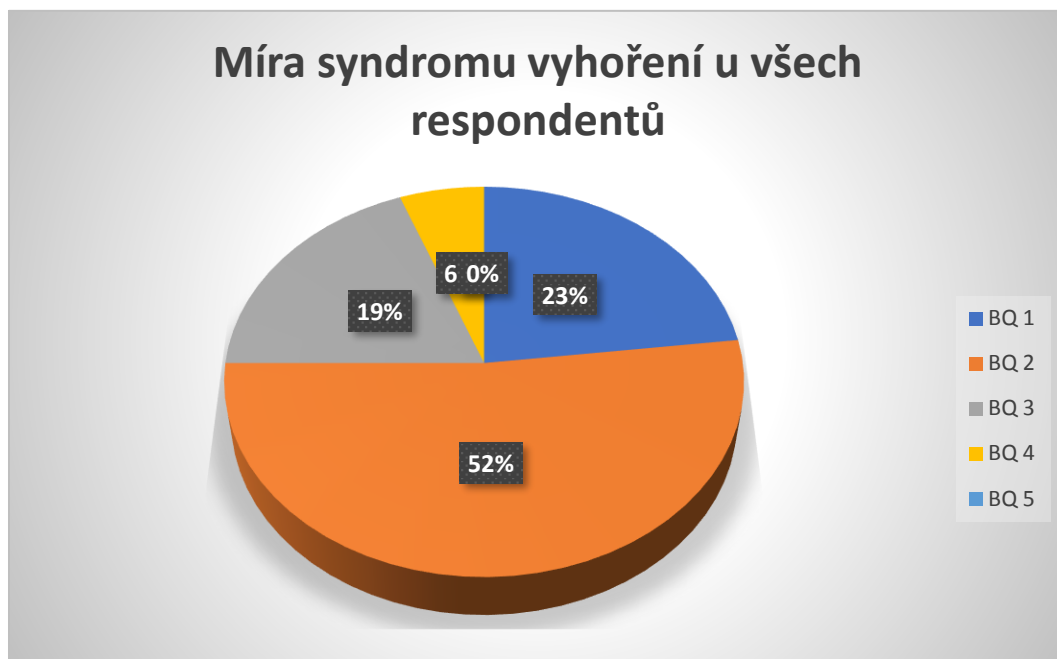
Zdroj: Vlastní zpracování

Nejvíce respondentů tedy mělo uspokojivý výsledek BQ 2 – celkem 27 respondentů (52 %). Celkem 12 respondentů (23 %) pak mělo velice dobrý výsledek v BQ 1. Celkem 10 respondentů (19 %) by si potřebovalo ujasnit žebříček hodnot, protože byli zařazeni do kategorie BQ 3. BQ 4 vyšlo 3 respondentům (6 %) což znamená, že se u nich projevila přítomnost syndromu vyhoření. U žádného z respondentů se neprojevil akutní stav vyhoření.

Tabulka 3 – Míry syndromu vyhoření a jejich četnost u respondentů

BQ	Frekvence
BQ 1	12
BQ 2	27
BQ 3	10
BQ 4	3
Celkem	52

Graf 10 – Míra syndromu vyhoření u mužů a žen



Průměrný výsledek 2,5262.

Výsledek č. 1:

Ve výzkumu byla vyvrácena hypotéza H_0 : Naměřené hodnoty ve výsledcích míry syndromu vyhoření budou u žen vyšší než u mužů. Pro testování hypotéz byl zvolen dvouvýběrový studentův t-test pro shodné rozptyly. Test byl vypočten na hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

$$H_0: \mu_z - \mu_m \leq 0$$

$$H_1: \mu_z - \mu_m > 0$$

$$TK = |0,1626|$$

$$KH = 1,6759$$

$$TK < KH$$

Testovací kritérium TK je menší než kritická hodnota KH , potvrzují tak nulovou hypotézu H_0 a vyvracím hypotézu alternativní H_1 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Z výpočtu plyne, že s 95% úspěšností nejsou mezi muži a ženami statisticky významné rozdíly v oblasti míry syndromu vyhoření. V tabulce 4 je možné vidět výsledek dvouvýběrového t-testu pro shodné rozptyly

Tabulka 4 – Výsledek dvouvýběrového t-testu pro shodné rozptyly

	<i>Muži</i>	<i>Ženy</i>
Aritmetický průměr	2,5424	2,5111
Rozptyl	0,3986	0,55583
n	25	27
TK	0,1627	
p	0,4357	
KH	1,6759	

Zdroj: Vlastní zpracování

Výsledek č. 2:

Pro zjištění, zdali existuje závislost mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření BQ u sledovaných pedagogických pracovníků a potažmo síly této závislosti byl použit výpočet korelačního koeficientu „ r “ těchto dvou znaků.

U výběrového souboru o velikosti $n = 52$ byla naměřena síla závislosti mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření $r = 0,2486$.

V tabulce 5 je možné vidět výsledek výpočtu korelačního koeficientu znaků „Délka praxe“ a „BQ – míry syndromu vyhoření“.

Tabulka 5 – Výsledek výpočtu korelačního koeficientu

	<i>DÉLKA PRAXE</i>	<i>BQ</i>
<i>DÉLKA PRAXE</i>	1	0,2486
<i>BQ</i>	0,2486	1

Zdroj: Vlastní zpracování

Tento výsledek lze interpretovat jako „nízký až střední“ – tzn. mezi délkou praxe a mírou syndromu vyhoření existuje pouze nízká až střední síla závislosti. V tabulce x jsou interpretovány hodnoty korelačního koeficientu v sociálních vědách (podle de Vaus, 2002).

Tabulka 6 – Interpretace korelačního koeficientu v sociálních vědách

Hodnota korelace	Interpretace souvislostí
0,01–0,09	triviální, žádná
0,10–0,29	nízká až střední
0,30–0,49	střední až podstatná
0,50–0,69	podstatná až velmi silná
0,70–0,89	velmi silná
0,90–0,99	téměř perfektní

Zdroj: Vlastní zpracování (podle de Vaus, 2002)

Statistickým testem byla potvrzena alternativní hypotéza H_1 : *Vyšší naměřené hodnoty ve výsledcích míry syndromu vyhoření se objeví v závislosti na délce praxe pedagogických pracovníků* a vyvrácena hypotéza H_0 : *Míra syndromu vyhoření se v závislosti na délce praxe pedagogických pracovníků neliší.*

Pro testování hypotéz byl zvolen test hypotézy o nulové korelaci dvou náhodných veličin. Test byl vypočten na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Kritická hodnota je nalezena ve studentově t rozdělení pravděpodobností s $n - 2$ stupni volnosti.

$$H_0: r = 0$$

$$H_1: r \neq 0$$

$$TK = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r}}$$

$$TK = 0,2486 \sqrt{\frac{50}{0.7514}}$$

$$TK = 2,0279$$

$$KH = t_{1-\alpha/2}^{n-2}$$

$$KH = 2,01$$

$$TK > KH$$

Testovací kritérium TK je větší než kritická hodnota KH . Nulová hypotéza je vyvrácena na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Z testu plyne, že s 95% úspěšností je míra syndromu vyhoření závislá na délce praxe.

10. Souhrn výsledků

V rámci výzkumu jsem rozdala celkem 60 dotazníků BM mezi pedagogické pracovníky v JÚŠ v Praze. Vrátilo se mi jich celkem 52. V 25 (48 %) případech šlo o vyplněný dotazník od muže a ve 27 případech (52 %) od ženy. Respondenti, spolupracovníci měli pro výzkum tohoto typu pochopení a samotné je zajímalo, jaké výsledky z dotazníku vyplynou. Návratnost dotazníků předčila mé očekávání. Dotazník BM jsem si vybrala pro jeho oblíbenost a přehlednost.

Celkový výsledek dopadl nad očekávání dobře. Z celkových 52 respondentů mělo 12 (23 %) velice dobrý výsledek. Dobrý psychický stav souvisí i s péčí o tělo a o naše sociální vztahy. Odráží se na něm to, jestli jsme spokojeni ve svém povolání, ve své rodině, ve svém těle.

U 27 respondentů (52 %) výsledek ukázal, že je jejich stav uspokojivý. Polovina všech respondentů dosáhla uspokojivého výsledku. Každý má lepší a horší dny, nálady. Tito respondenti si s nimi ovšem umí poradit a jejich celkový stav odráží i to, že si zřejmě vybrali povolání, které je více naplňuje, než vyčerpává.

Celkem 10 respondentů (19 %) by si potřebovalo ujasnit žebříček hodnot. Při tomto výsledku je nutné se již zamyslet nad tím, zda by nám neprospěla změna. Ta může spočívat jen v ujasnění si toho, co je pro nás nejdůležitější v práci i v životě. Přemýšlení nad svým životem, nad uspořádáním si žebříčku hodnot a popřípadě nad změnou povolání je u těchto respondentů vhodné.

Syndrom vyhoření se projevil u 3 respondentů (6 %). Syndrom vyhoření je složitým problémem, který nemusíme řešit sami. Je možné obrátit se na odborníky, např. na psychoterapeutické středisko.

U žádného z respondentů se neprojevil akutní stav vyhoření. Jednalo by se o havarijní signál, kde je odborná pomoc nutností. Klinický psycholog, psychoterapeut může pomoci otevřít nové obzory a dopomoci nám k nové, lepší životní cestě. I přes tuto etapu se dá přenést.

V první části výzkumu jsem se zajímala o to, zda jsou rozdíly ve výsledcích syndromu vyhoření mezi muži a ženami. Předpokládala jsem, že vyšší míra syndromu vyhoření se bude vyskytovat u žen, a to vzhledem k jejich vyšší emocionalitě, mnohdy přidruženým povinnostem v domácnosti a v rodině, a k vyšší míře zodpovědnosti. Můj předpoklad se nevyplnil. Výsledky ukázaly, že rozdíl ve výsledcích mezi muži a ženami je statisticky nevýznamný. Potvrdila se nulová hypotéza a vyvrátila jsem hypotézu H_1 na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Z výpočtu vyplynulo, že s 95% úspěšností nejsou mezi muži a ženami statisticky významné rozdíly v oblasti míry syndromu vyhoření.

Ve druhé části výzkumu jsem se zabývala otázkou, zda existují nějaké rozdíly v míře syndromu vyhoření v závislosti na délce praxe. Tento výsledek lze interpretovat jako „nízký až střední“. Testovací kritérium TK bylo vyšší než kritická hodnota KH . Nulová hypotéza byla tedy zamítnuta na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Z testu plyne, že s 95% úspěšností je míra syndromu vyhoření závislá na délce praxe.

ZÁVĚR

Syndrom vyhoření je závažným tématem, které je potřeba nepodceňovat. Při psaní této závěrečné práce jsem se dozvěděla mnoho o příčinách a projevech tohoto jevu. Syndrom vyhoření se objevuje především u pomáhajících profesí a je pro něj typické fyzické, psychické a emocionální vyčerpání. Zajímavé téma to je pro mě také proto, že sama pracuji jako vychovatelka pro tělesně postižené mladé lidi, tedy v pomáhající profesi.

V teoretické části závěrečné práce jsem definovala obor somatopedie, charakterizovala jsem pomáhající profesie a věnovala jsem se syndromu vyhoření.

V praktické části jsem použila dotazník Burnout Measure pro zjištění míry syndromu vyhoření u lidí pracujících s tělesně postiženými mladými lidmi. Výzkum jsem prováděla v Jedličkově ústavu a školách v Praze. Stanoveny byly dvě hypotézy, které zjišťovaly, zda je vyšší míra vyhoření u žen než u mužů a zda je vyšší míra vyhoření u pedagogických pracovníků s delší praxí. Výsledky ukázaly, že rozdíl ve výsledcích mezi muži a ženami je statisticky nevýznamný. A dále, že míra syndromu vyhoření je závislá na délce praxe.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- BARTOŠÍKOVÁ, I. *O syndromu vyhoření pro zdravotní sestry*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských oborů, 2006. ISBN 80-7013-439-3.
- HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 8071845493.
- Jedličkův ústav a školy: Integrace tělesně postižených, bezbariérová škola, léčebná rehabilitace, osobní asistence* [online]. Dostupné také z: <http://www.jus.cz/>.
- KALLWASS, A. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření*. (2nd ed.). Praha: Státní zdravotní ústav, 2003.
- KOMÁREK, V.. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Galén, ©2000. ISBN 80-246-0190-7.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál. 2006. ISBN 80-7367-181-6.
- KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN 80-7169-121-6.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Praha: Karmelitánské nakladatelství, 2012.
- MAROON, I. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
- MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*, Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984.
- MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. ISBN 978-80-7452-001-3.
- MONATOVÁ, L. *Pedagogika speciální*. Brno: Masarykova univerzita, 1997. ISBN 80-21-1009-6.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

POTTEROVÁ, B. A. *Jak se bránit pracovnímu vyčerpání: "pracovní vyhoření" - příčiny a východiska*. Olomouc: Votobia, 1997.

PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-170-3.

ŘÍČAN, P., VÁGNEROVÁ, M.. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 1. Praha: Avicenum, 1991. 359 s. ISBN 80-201-0131-4.

SCHMIDBAUER, W. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-369-7.

STOCK, CH. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.

ÚLEHLA, I. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. ISBN 80-86429-36-9.

VALENTA, M. *Slovník speciální pedagogiky*. Vydání první. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.

VENGLÁŘOVÁ, M. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*, Praha: Grada, 2011.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: UK, 2003. ISBN 80-246-0708-5.

SEZNAM ZKRATEK

DMO – Dětská mozková obrna

JÚŠ – Jedličkův ústav a školy

BM – Burnout Measure

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Pohlaví a počet respondentů.....	31
Tabulka 2 – Věkové rozdělení respondentů a četnost věkových skupin.....	33
Tabulka 3 – Míry syndromu vyhoření a jejich četnost u respondentů	37
Tabulka 4 – Výsledek dvouvýběrového t-testu pro shodné rozptyly	39
Tabulka 5 – Výsledek výpočtu korelačního koeficientu	40
Tabulka 6 – Interpretace korelačního koeficientu v sociálních vědách	40

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Zastoupení mužů a žen.....	31
Graf 2 – Věkové rozdělení mužů	32
Graf 3 – Věkové rozdělení žen.....	32
Graf 4 – Věkové rozdělení mužů a žen	33
Graf 5 – Délka praxe mužů	34
Graf 6 – Délka praxe žen.....	35
Graf 7 – Délka praxe žen a mužů	35
Graf 8 – Míra syndromu vyhoření u žen	36
Graf 9 – Míra syndromu vyhoření u mužů.....	37
Graf 10 – Míra syndromu vyhoření u mužů a žen	38

PŘÍLOHY

DOTAZNÍK

Vážení kolegové,

žádám vás o vyplnění dotazníku, který vám nezabere více než 10–15 minut. Dotazník je anonymní a skládá se ze dvou částí. První část zahrnuje vstupní údaje o vás, druhá obsahuje dotazník Burnout Measure (BM psychického vyhoření). Vaše odpovědi budou použity pouze pro účely závěrečné práce s názvem Syndrom vyhoření u pedagogických pracovníků, kteří pracují s mladými lidmi s tělesným postižením.

Děkuji vám za čas, trpělivost a spolupráci při vyplňování dotazníku.

1. Lokalita:

2. Datum:

3. Pohlaví:

Muž	
Žena	

4. Povolání:

5. Věk:

méně než 30 let	
30–50 let	
více než 50 let	

6. Nejvyšší dosažené vzdělání:

ZŠ	
SŠ	
SOŠ	
VOŠ	
VŠ	
Jiné	

7. Délka pedagogické praxe:

--

Dotazník Burnout Measure psychického vyhoření

BM – Burnout Measure od autorů Ayala Pines Ph.D. a Elliot Aronson Ph.D.
(Křivohlavý,1998).

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Ohodnoťte prosím otázky uvedené níže na škále 1 až 7. Vždy označte jen jednu možnost:

1 = nikdy

2 = jednou za čas

3 = zřídka kdy

4 = někdy

5 = často

6 = obvykle

7 = vždy

1. Byl jsem unaven.	
2. Cítil jsem se v depresi (tísni).	
3. Prožíval jsem krásný den.	

4. Byl jsem tělesně vyčerpán.	
5. Byl jsem citově vyčerpán.	
6. Byl jsem šťasten.	
7. Byl jsem vyřízen (zničen).	
8. Nemohl jsem se vzchopit a pokračovat dále.	
9. Byl jsem nešťastný.	
10. Cítil jsem se uhoněn, utahán.	
11. Cítil jsem se, jako bych byl uvězněn v pasti.	
12. Cítil jsem se, jako bych byl nula (bezcestný).	
13. Cítil jsem se utrápen.	
14. Tížily mne starosti.	
15. Cítil jsem se zklamán a rozčarován.	
16. Byl jsem slab a na nejlepší cestě k onemocnění.	
17. Cítil jsem se beznadějně.	
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen.	
19. Cítil jsem se pln optimismu.	
20. Cítil jsem se pln energie.	
21. Byl jsem pln úzkostí a obav.	

Prosím zkontrolujte ještě jednou, zdali jste odpověděli na všechny otázky. Děkuji.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marcela Joslová

Název kurzu: STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD – SPECIÁLNÍ
PEDAGOGIKA

Název práce: Syndrom vyhoření u pedagogických pracovníků, kteří pracují s mladými lidmi
s tělesným postižením

Rok: 2019

Počet stran textu bez příloh: 37

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet internetových zdrojů: 1