

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra obchodu a financí



Diplomová práce

Syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách

Bc. Klára Vinklerová, DiS.

© 2021 ČZU v Praze

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Klára Vinklerová, DiS.

Veřejná správa a regionální rozvoj – c.v. Litoměřice

Název práce

Syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách

Název anglicky

Burnout syndrom of workers in social services

Cíle práce

Cílem diplomové práce bude zjistit, co je nejčastějším důvodem syndromu vyhoření a jak se mu lze vyhnout. Dílčím cílem bude na základě vlastního výzkumu odborné literatury charakterizovat profesi pracovníka v sociálních službách, vymezit problematiku syndromu vyhoření a popsat možnou prevenci syndromu vyhoření. Dále pak na základě získaných dat z dotazníkového šetření zjistit, zda má na vznik syndromu vyhoření vliv: spokojenost s ohodnocením ze strany zaměstnavatele, kolegů a společnosti; spokojenost se zaměstnáním; duševní hygiena; doba po kterou člověk pracuje v rámci sociálních služeb.

Metodika

Diplomová práce bude vycházet ze systematického zpracování teoretických východisek pro vytvoření vlastní práce v části literární rešerše. Teoretická východiska budou zpracována na základě studia odborné literatury s tematikou syndromu vyhoření, sociální práce, pomáhající profese a další.

Praktická část diplomové práce bude zpracována metodou kvantitativního výzkumu, konkrétně dotazníkového šetření. Mimo jiné bude v rámci praktické části využita pilotáž, dotazník Burnout Measure od Pinese a Aronsona a statistická metoda korelace.

Doporučený rozsah práce

60-80 stran

Klíčová slova

syndrom vyhoření; prevence; sociální služby; pracovník v sociálních službách; sociální práce; pomáhající profese;

Doporučené zdroje informací

Gómez-García, R., Alonso-Sangregorio, M., & Llamazares-Sánchez, M. L. (2020). Burnout in social workers and socio-demographic factors. *Journal of Social Work*, 20(4), 463-482.

JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80- 7254-329-6.

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Syndrom vyhoření. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003, ISBN 80-7071-231-7.

Lichner, V., Halachová, M., & Lovaš, L. (2018). The concept of self-care, work engagement, and burnout syndrome among slovak social workers. *Czech and Slovak Social Work*, 18(4), 62-75.

Maslach, C. (1987). Burnout research in social services: A critique. *Journal of social service research*, 10(1), 95-105.

MATOUŠEK, O. a kol. Sociální služby. Praha : Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367- 310-9

MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. Praha : Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178- 549-0.

Předběžný termín obhajoby

2021/22 ZS – PEF

Vedoucí práce

Ing. Inna Čábelková, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra obchodu a financí

Elektronicky schváleno dne 21. 9. 2021

prof. Ing. Luboš Smutka, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 19. 10. 2021

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 24. 11. 2023

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 29. 11. 2023

Poděkování

Ráda bych srdečně poděkovala Ing. Inně Čábelkové, Ph.D. za cenné rady, věcné připomínky, metodické vedení, vstřícnost a v neposlední řadě za ochotu a trpělivost při konzultacích a v průběhu celé tvorby mé diplomové práce. Dále bych ráda poděkovala všem pracovníkům Centra sociální pomoci Litoměřice, kteří mi ochotně poskytli pro mou práci potřebné informace, a tím mi umožnili dokončit můj výzkum.

Syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách

Abstrakt

Práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření. Vysvětluje pojem syndrom vyhoření, jaké jsou jeho příčiny, důsledky, jaká jsou rizika s ním spojená a jaký vliv má supervize jako prevence u pracovníků, kteří pracují v sociálních službách. Dále se zaměřuje na práci a kompetence těchto pracovníků a cílové skupiny, se kterými pracují v jednotlivých sociálních zařízeních. Praktická část práce se opírá o kvantitativní výzkum a zaměří se na příčiny vzniku syndromu vyhoření a roli supervize jako jednoho z nástrojů prevence.

Klíčová slova: syndrom vyhoření; rizikové faktory; prevence; supervize; sociální služby; pracovník v sociálních službách; cílová skupina; pomáhající profese; sociální práce;

Burnout syndrome of workers in social services

Abstract

This paper deals with the issue of burnout syndrome. It explains the concept of burnout syndrome, what its causes are, the consequences, what are the risks associated with it and what effect supervision as a prevention has on workers in social services. It also focuses on the work and competencies of these workers and the target groups with which they work in individual social facilities. The practical part of the paper is based on quantitative research and focuses on the causes of burnout syndrome and the role of supervision as one of the tools of prevention.

Keywords: burnout; risk factors; prevention; supervision; Social Services; worker in social services; target group; helping professions; social work;

Obsah

| | |
|--|----------|
| 1 Úvod..... | 6 |
| 2 Cíl práce a metodika | 8 |
| 2.1 Cíl práce | 8 |
| 3 Teoretická východiska | 9 |
| 3.1 Veřejná správa..... | 9 |
| 3.2 Regionální rozvoj | 9 |
| 3.2.1 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022-2024 | 10 |
| 3.3 Sociální práce | 13 |
| 3.4 Burnout a další negativní psychické stavy | 14 |
| 3.4.1 Stres | 14 |
| 3.4.2 Deprese | 15 |
| 3.4.3 Odcizení | 15 |
| 3.4.4 Únava | 16 |
| 3.4.5 Pesimismus | 16 |
| 3.5 Syndrom vyhoření..... | 16 |
| 3.5.1 Historie syndromu vyhoření | 16 |
| 3.5.2 Definice syndromu vyhoření | 17 |
| 3.5.3 Profese s vysokým rizikem syndromu vyhoření | 19 |
| 3.5.4 Charakteristika syndromu vyhoření..... | 19 |
| 3.5.4.1 Východisko klinické psychologie | 20 |
| 3.5.4.2 Východisko sociální psychologie | 21 |
| 3.5.5 Příznaky syndromu vyhoření | 22 |
| 3.5.6 Fáze syndromu vyhoření..... | 23 |
| 3.5.6.1 Zjednodušený 5stupňový model rozvoje syndromu vyhoření..... | 23 |
| 3.5.6.2 Dvanáct stupňů syndromu vyhoření dle Freudembergera..... | 24 |
| 3.6 Profese a kompetence pracovníka v sociálních službách..... | 26 |
| 3.6.1 Etický kodex | 29 |
| 3.6.2 Osoby s mentálním postižením..... | 30 |
| 3.6.2.1 Klasifikace mentální retardace | 31 |
| 3.6.2.2 Příčiny vzniku mentálního postižení | 33 |
| 3.6.2.3 Metody a techniky práce s osobami se zdravotním postižením | 34 |
| 3.6.2.4 Formy podpory prostřednictvím sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením..... | 36 |
| 3.6.3 Sociální práce se seniory..... | 38 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 3.6.3.1 | Definice stárnutí a stáří..... | 39 |
| 3.6.3.2 | Změny ve stáří a jeho znaky | 41 |
| 3.6.3.3 | Přímá sociální práce se seniorem | 44 |
| 3.6.3.4 | Práce se seniory žijícími doma | 44 |
| 3.6.3.5 | Formy podpory prostřednictvím sociálních služeb pro seniory | 45 |
| 3.7 | Prevence syndromu vyhoření a psychohygiena | 46 |
| 3.7.1 | Interní individuální možnost prevence | 46 |
| 3.7.1.1 | Smysluplnost žití | 46 |
| 3.7.1.2 | Stresory a salutory | 47 |
| 3.7.1.3 | Osobnostní charakteristiky | 47 |
| 3.7.2 | Externí vlivy v prevenci a zvládání | 47 |
| 3.7.2.1 | Sociální opora..... | 47 |
| 3.7.2.2 | Dobré vztahy mezi lidmi | 48 |
| 3.7.2.3 | Kladné hodnocení druhých lidí | 48 |
| 3.7.2.4 | Pracovní podmínky..... | 48 |
| 3.8 | Supervize..... | 48 |
| 3.8.1 | Supervize v pomáhajících profesích | 51 |
| 3.9 | Relaxační metody..... | 52 |
| 3.9.1 | Jóga | 53 |
| 3.9.2 | Masáže | 53 |
| 3.9.3 | Akupresura..... | 54 |
| 3.9.4 | Reflexologie..... | 54 |
| 4 | Vlastní práce..... | 55 |
| 4.1 | Cíl výzkumu | 55 |
| 4.2 | Metodika výzkumu | 56 |
| 4.3 | Hypotézy | 57 |
| 4.4 | Centrum sociální pomoci Litoměřice..... | 57 |
| 4.5 | Základní charakteristika jednotlivých zařízení | 58 |
| 4.6 | Charakteristika zařízení, kde proběhlo dotazníkové šetření | 60 |
| 4.6.1 | Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace | 60 |
| 4.6.2 | Domov sociální péče Chotěšov..... | 61 |
| 4.6.3 | Domov U Trati Litoměřice | 62 |
| 4.6.4 | Domov Na Svobodě Čížkovice..... | 62 |
| 4.6.5 | Domov na Pustaji Křešice..... | 64 |
| 5 | Výsledky..... | 65 |
| 5.1 | Dotazník – základní informace | 65 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5.1.1 | Pohlaví | 65 |
| 5.1.2 | Věk..... | 66 |
| 5.1.3 | Délka praxe | 67 |
| 5.1.4 | Dosažené vzdělání | 69 |
| 5.2 | Dotazník – druhá část Burnout measure | 71 |
| 5.2.1 | Burnout measure | 71 |
| 5.2.2 | Zhodnocení celkového BM..... | 72 |
| 5.2.3 | Zhodnocení BM na jednotlivých zařízeních | 76 |
| 5.3 | Dotazník – třetí část | 80 |
| 5.3.1 | Uspokojení z práce..... | 80 |
| 5.3.2 | Ocenění | 81 |
| 5.3.3 | Spokojenost..... | 82 |
| 5.3.4 | Nejčastější příčina vyčerpání dle respondentů..... | 84 |
| 5.3.5 | Supervize | 85 |
| 5.3.6 | Relaxační metody | 89 |
| 6 | Zhodnocení výsledků | 91 |
| 7 | Testy hypotéz | 96 |
| 8 | Závěr | 101 |
| 9 | Seznam použitých zdrojů | 103 |

1 Úvod

*„... co dělat, aby nám naše láska nevyhasla, aby nám nadšení neutichlo
a – řečeno obrazně – oheň nevyhasl.“ (Jaro Křivohlavý, 1998)*

Většina z nás je „čerstvě“ po škole plná nadšení, energie, chuti a nápadů, jak změnit svět. Tento stav nás ale často brzy opouští a střetáváme se s tvrdou realitou světa. Každý jsme přesvědčený o tom, že se nás něco, jako syndrom vyhoření nemůže týkat, protože jsme silní jedinci. Opak je ale pravdou. Každý by si měl uvědomit své limity a seznámit se pojmem syndromu vyhoření, aby s ním uměl v budoucnu vhodně pracovat, aby si byl vědom např. různých možností prevence, jako je duševní hygiena apod. A pokud možno se mu těmito vhodnými přístupy vyhnul a neztratil ten počáteční elán a energii. Aby se pro něj časem práce nestala jen zdrojem obživy, ale aby zůstala posláním.

Téma syndromu vyhoření jsem si pro svou práci vybrala z důvodu mého předchozího zaměstnání v sociálních službách, které se považuje za velmi fyzicky a psychicky náročné a syndrom vyhoření je zde velkým rizikem. Nevybrala jsem si jej bohužel z důvodu, že by mi bylo téma blízké z mého pracovního působení na pracovišti, ba naopak s tematikou syndromu vyhoření se zde na můj dojem pracovalo velmi zřídka, nebyly zde náznaky prevence a pojem supervize znala jen malá skupinka pracovníků.

Sama jsem se v zaměstnání setkala s mnoha kolegy a kolegyněmi, kterých se syndrom vyhoření týkal. U některých případů si jednotliví pracovníci svůj stav uvědomili a začali s ním pracovat. Bohužel jiní si realitu nepřiznali a tehdy nastal vážný problém ve vztazích s kolegy, klienty, vedením... Ale hlavně v nich samých.

I v současné době jsem stále sociálním pracovníkem, a to v obci s rozšířenou působností, avšak nyní pociťuji nebezpečí syndromu vyhoření výrazně menší než v pobytových zařízeních, kde se pečuje o klienty soustavně. I tak si myslím, že je třeba se tomuto tématu v současné době věnovat, vzhledem k tomu, že se stalo často diskutovaným tématem, a to nejen mezi odborníky, ale i širokou veřejností.

V teoretické části práce se zaměřím na vysvětlení pojmu syndrom vyhoření, jeho příčiny, příznaky, důsledky, jaké jsou rizikové faktory, jeho vývoj a jednotlivé fáze. Další kapitoly pojednávají o práci a kompetencích pracovníků v sociálních službách, typech sociálních zařízení a sociální službě obecně. Poslední kapitoly se pak zaměří na důležitost prevence, konkrétně supervize.

Praktická část bude realizována prostřednictvím kvantitativního výzkumu, konkrétně dotazníkového šetření na jednotlivých zařízeních Centra sociální pomoci Litoměřice. Centrum sociální pomoci a jednotlivá jeho zařízení v této části popíšu a představím jejich činnost. Dotazníkové šetření se zaměří na míru a příčiny vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách na jednotlivých zařízeních a na vliv prevence v podobě supervize, pokud se na zařízeních aplikuje.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

V teoretické části bude cílem diplomové práce podat základní přehled o syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách, o jeho vzniku, příčinách, příznacích, důsledcích, rizikových faktorech, vývoji a jednotlivých fázích. Dále pak o práci a kompetencích pracovníků v sociálních službách, kteří budou hlavními aktéry empirického výzkumu.

V empirické části bude cílem práce, prostřednictvím kvantitativního výzkumu, konkrétně dotazníku, zjistit, v jaké míře se syndrom vyhoření objevuje ve vybraných zařízeních, co pracovníci na vybraných zařízeních považují jako jeho nejčastější příčinu a jaký vliv má na syndrom vyhoření prevence v podobě supervize a relaxačních metod, dále jaký vliv hraje spokojenost s oceněním, kolegy, nadřízenými atd.

Také se v této části zaměřím na popis konkrétních zařízení vybraného Centra sociální pomoci Litoměřice a jejich cílových skupin.

3 Teoretická východiska

V závislosti na cíli práce je v rámci teoretické části potřeba podat základní přehled o syndromu vyhoření, tedy o jeho historii, definici syndromu vyhoření, důvodech vzniku, jeho vývoji, příznacích, fázích, důsledcích, rizikových faktorech apod.

Dále je třeba obecně popsat hlavní aktéry výzkumu, tedy popsat, kdo je pracovníkem v sociálních službách a jaké jsou jeho kompetence.

V neposlední řadě je pak třeba popsat možnosti prevence syndromu vyhoření, tedy postupy, jak se lze syndromu vyhoření vyhnout či jak s ním posléze pracovat.

3.1 Veřejná správa

Mezi nejdůležitější úkoly veřejné správy, kterými jsou obstarávání veřejných činností sledujících veřejný zájem, bezpochyby patří sociální sféra. Ta v sobě zahrnuje širokou škálu činností, jejichž společným cílem je pomáhat těm, kteří to sami nedokáží. Patří mezi ně především lidé handicapovaní, sociálně slabí, senioři nebo ti, co se dostali do nějaké tíživé životní či sociální situace.

Profese sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, ať už v nějakém státním zařízení nebo soukromém, si v sobě nese obrovskou tíhu povinnosti těmto lidem nějak pomoci. Tito pracovníci musí mít často velmi široký záběr, aby byli schopni těmto „potřebným“ lidem zajistit základní životní podmínky, základní zdravotní péči nebo základní poradenskou činnost v různých oblastech života.

Tato práce je velmi náročná, a proto patří mezi profese, kde se nejčastěji vyskytuje syndrom vyhoření. Tito lidé své zaměstnání vykonávají plní nadšení a euforie, s velkou touhou pomoci. Během času však naráží na realitu, která je zcela odlišná od jejich původních představ, že „spasí svět“. Postupně se u nich začíná objevovat pocit frustrace, ztráty smyslu a beznaděje, jejich práce se časem stává pouze zdrojem příjmu, což je na hony vzdálené jejich původnímu motivu vykonávat tuto práci.

3.2 Regionální rozvoj

Regionální rozvoj lze definovat jako snahu o snižování rozdílů mezi regiony, jedná se především o sociální a ekonomické rozdíly. Je to proces, jehož jedním z hlavních cílů je zvyšování kvality života obyvatel a snížení zaostalosti nejvíce znevýhodněných regionů.

Ústecký kraj patří mezi regiony, kde se nacházejí i jedny z největších vyloučených lokalit České republiky s nejrychleji stárnoucí populací, což jde ruku v ruce s potřebou zajistit pro tyto oblasti co možná největší počet pracovníků v sociálních službách. To však není vždy zcela možné, protože to závisí i na ekonomických možnostech daného regionu, kolik takových pracovních úvazků je schopen financovat. Častý problém je pak to, že v této oblasti je mnohdy opravdový podstav takových pracovníků, kteří by se podíleli na plnění poslání, které v sobě tento proces nese. To pak jde ruku v ruce se stresem a vyčerpáním těchto pracovníků, kteří svou práci odvést musí tak jako tak. Následkem pak často bývá, frustrace z práce, která se může postupem času změnit až v syndrom vyhoření.

3.2.1 Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022-2024

Na území Ústeckého kraje žije více jak 800 000 lidí, v tomto množství najdeme všechny možné vzorky způsobu žití, chování a řešení životních situací. Předpokladem je, že se o sebe člověk postará sám, tak tomu je, pokud to člověk sám zvládne anebo pokud se může s důvěrou obrátit na komunitu či rodinu. Tam, kde rodina, komunita či jedinec selhává pak nastupuje na pomoc obec, kraj či stát v podobě široké škály sociálních služeb. Každá z těchto služeb se pak snaží člověku, který se dostal do nepříznivé sociální situace, pomoci, jak jen je to v jejich možnostech.

Plánování rozvoje sociálních služeb započalo již v roce 2007 např. v podobě „Transformace sociálních služeb“ v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV).

Spolu se změnami ve společnosti je nutné, aby se stejnou měrou měnily i sociální služby, aby mohly adekvátně reagovat na potřeby dnešní společnosti. Z toho důvodu se vytvářejí plány na určitá období, která mají svá specifika, priority, řešení atd. Každý plán, ač se soustředí na aktuální období, vychází i z plánů předešlých, inspiruje se jimi, přejímá zkušenosti... Aktuálně se jedná o „Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2022-2024“.

Kraj má povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, tato povinnost vyplývá ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“), konkrétně z ustanovení § 95 písm. d).¹

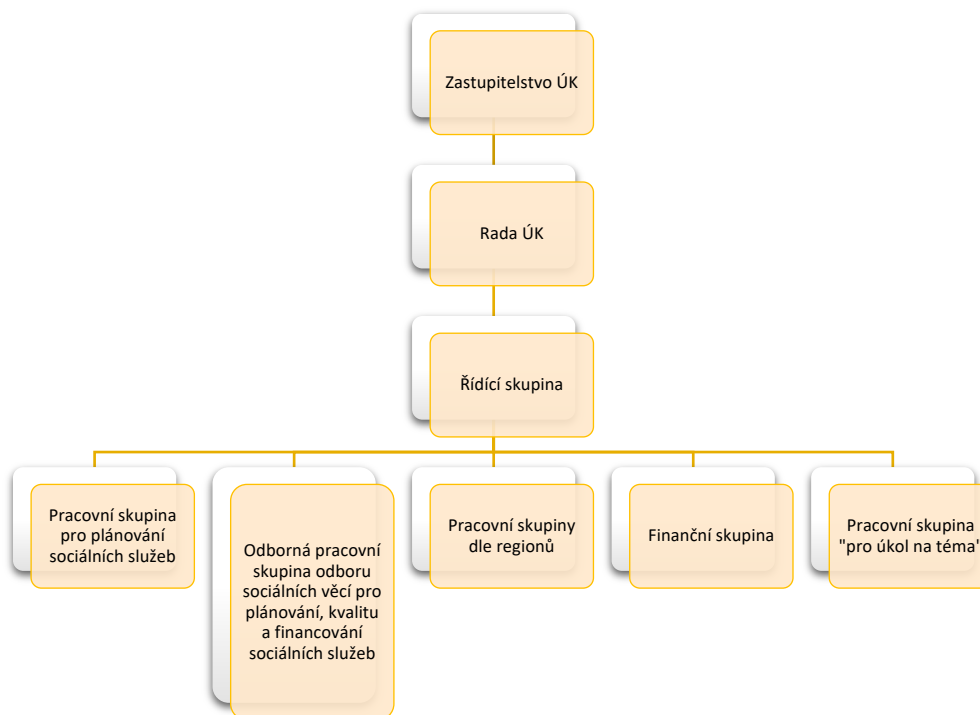
¹ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022–2024. Ústecký kraj [online]. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1763337.

„Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022-2024 je strategickým materiálem kraje v oblasti plánování a rozvoje sociálních služeb a nástrojem pro řízení sítě sociálních služeb z pohledu dostupnosti, efektivity a udržitelnosti. Stanovuje vize, priority a strategické cíle pro řešení nepříznivých sociálních situací občanů kraje za podpory sociálních služeb.“²

Proces střednědobého plánování reaguje na platnou legislativu ČR, na platnou legislativu EU, ale také na další strategické dokumenty, jak na úrovni vládní, tak na úrovni krajů či obcí. Konkrétní dokumenty lze nalézt na stránkách Ústeckého kraje. Aktuální střednědobý plán je již 7. plán v pořadí. Jak bylo zmíněno výše, plynule navazuje na předchozí plán pro období 2019-2021 a využívá zkušeností z něj vzešlých. Východiskem pro celý proces zpracování plánu je dlouhodobé sledování a vyhodnocování potřeb obyvatel Ústeckého kraje prostřednictvím pracovních skupin působících v jednotlivých regionech, dále pak hodnocení komunitních plánů obcí a v neposlední řadě spolupráce s obcemi. Na celý proces tvorby plánu mají vliv (podílí se) zástupci obcí, poskytovatelé sociálních služeb, uživatelé sociálních služeb a také občané Ústeckého kraje (v rámci veřejného projednávání). Celý proces zajišťuje krajská koordinační skupina.

² Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022–2024. Ústecký kraj [online]. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1763337, str. 5.

Obrázek 1 Struktura krajské koordinační skupiny



Řídící skupina je nositelem vizí a strategií Ústeckého kraje v sociální oblasti, což znamená, že celý proces řídí a koordinuje.

Pracovní skupina pro plánování sociálních služeb zajišťuje komunitní plánování na konkrétním území Ústeckého kraje (členy mohou být zástupci obcí nebo např. místní akční skupiny, dále jen MAS).

Odbornou pracovní skupinu odboru sociálních věcí pro plánování, kvalitu a financování sociálních služeb tvoří zaměstnanci odboru sociálních věcí Krajského úřadu Ústeckého kraje – jsou jimi např. metodik prevence kriminality, protidrogový koordinátor, registrátor sociálních služeb, metodik pro plánování sociálních služeb pro rodiny, seniory a osoby se zdravotním postižením a další.

Finanční pracovní skupina připravuje vhodné modely jednotlivých služeb, soustředí se také na jejich aktualizaci. Členy skupiny jsou zástupci poskytovatelů sociálních služeb a ekonomičtí pracovníci odboru sociálních věcí.

Pracovní skupina „pro úkol, na téma“ je zakládána dle potřeby a tvoří jí odborníci na danou problematiku.

Do pracovní skupiny dle regionů patří 7 regionů Ústeckého kraje, přičemž Děčín se, vzhledem ke specifikům a rozloze, rozdělil na Děčínsko a Šluknovský výběžek (celkem tedy 8 – Děčínsko, Chomutovsko, Litoměřicko, Lounsko, Mostecko, Šluknovský výběžek,

Teplicko, Ústecko) a jeden speciální region, tzv. „sociální služby s působností dle specifik“. Tento, devátý region, zahrnuje služby poskytované na území celého Ústeckého kraje a tyto služby jsou Ústeckým krajem přímo plánovány. Pracovní skupina dle regionů se dále člení na pracovní skupiny pro oblast služeb sociální péče, pro oblast služeb sociální prevence a odborné sociální poradenství. Skupinu tvoří odborníci z různých oblastí sociální práce a zástupci obcí. Ve skupině také nově působí zástupci dalších organizací, jako je např. úřad práce, probační a mediační služba, MAS, Agentura pro sociální začleňování a jiné.³

Střednědobý plán je krásnou ukázkou propojení regionálního rozvoje se sociálními službami, velmi hezky poukazuje na jejich provázanost a důležitost v rámci jednotlivých regionů. Sociální služby se i nadále rozšiřují a specifikují a nedílnou součástí práce v rámci každé sociální služby je pak jev zvaný syndrom vyhoření, o kterém budou následující stránky.

3.3 Sociální práce

V současné době patří sociální práce mezi soustavně se vyvíjející vědní disciplíny a pomáhající profese. V rámci vymezení předmětu, obsahu, cílů, kategorií, úkolů a metodiky můžeme rozlišit šest hledisek:

- historické hledisko → sociální práce jako praktická činnost,
- teoretické hledisko → sociální práce jako vědní obor,
- praktické hledisko → sociální práce jako samostatná profese,
- vzdělávací hledisko → sociální práce jako akademická disciplína,
- rozvojové hledisko → výzkum sociální práce,
- integrační hledisko → záměry sociální práce a její vývojové trendy.

Pokud tato hlediska sesumírujeme, pak můžeme vnímat sociální práci následovně:

- jako profesi, tedy odbornou činnost vykonávanou profesionály,
- jako akademickou disciplínu,
- jako vědní obor.⁴

„Sociální práce je společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby,

³ Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2022–2024. Ústecký kraj [online]. [cit. 2023-11-08]. Dostupné z: https://www.kr-ustecky.cz/assets/File.ashx?id_org=450018&id_dokumenty=1763337.

⁴ MÁTEL, Andrej. Teorie sociální práce I. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2220-2

zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. U klientů, kteří se již společensky uplatnit nemohou, podporuje sociální práce co nejdůstojnější způsob života“⁵

3.4 Burnout a další negativní psychické stavy

Syndrom vyhoření není jediným negativním emocionálním jevem, podobných jevů se vyskytuje hned několik. Jsou to např. stres, deprese, únava, odcizení, pesimismus atd. Mezi syndromem vyhoření a těmito jevy jsou však určité nuance.⁶

3.4.1 Stres

Se syndromem vyhoření bezpodmínečně souvisí stres. Pojem, jako označení pro typické fyziologické projevy zátěže na organismus, poprvé použil kanadský endokrinolog H. Selye. V současné době má však pojem mnohem širší rozsah, může se jím označovat např. zátěžová situace nebo stav individua.⁷

Stres je stav, kdy zatížíme organismus v takové míře, že pocítujeme různou úroveň napětí a celou škálu emocí. Reakce našeho těla pak vede organismus do stavu připravenosti, a to k boji či útěku. Máme dva druhy stresu, a to dobrý stres, tzv. eustres a špatný stres, tzv. distres. Přiměřená míra stresu je pro člověka přínosem. Pokud bychom tělo stresu nevystavovali, mohl by se u nás dostavit tzv. boreout syndrom neboli syndrom znučení. Na druhou stranu, budeme-li dlouhodobě setrávat v intenzivním stresu, může se u člověka objevit burnout syndrom neboli syndrom vyhoření. Doba, za jakou se u člověka objeví burnout či boreout syndrom je individuální a závisí na způsobu myšlení jedince, jeho možnostech, dovednostech atd.⁸

⁵ MATOUŠEK, O. Úvod: cíle a úroveň sociální práce. In MATOUŠEK, O., a kol. Metody a řízení sociální práce. s. 11.

⁶ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN 9788071782148.

⁸ PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

Se stresem se může potýkat každý člověk, bez ohledu na situaci či prostředí. Avšak na rozdíl od stresu, burnout se vyskytuje u lidí, kteří jsou silně zaujati svou prací, intenzivně se soustředí na vysoké cíle, očekávání a výkon.⁹

3.4.2 Deprese

Stejně jako syndrom vyhoření i deprese patří do negativních emocionálních jevů, kterými se zabývá obor psychologie. Deprese a burnout k sobě mají blízko v rovině pracovního prostředí. Jak deprese, tak burnout mohou vzniknout u lidí, kteří intenzivně pracují. Rozdíl však spočívá v tom, že deprese může vzniknout také u lidí, kteří nejenže nepracují intenzivně, ale nemusí pracovat vůbec nebo dokonce nepracovali nikdy.

Dalším společným je to, že deprese může být vedlejším příznakem syndromu vyhoření, avšak není to podmínkou.

Dalšími znaky, jak odlišit depresi a burnout:

- deprese je velmi často propojena s negativními zážitky z mládí, což u syndromu vyhoření neplatí,
- deprese se dá také léčit za pomoci farmak, burnout nikoliv.¹⁰

3.4.3 Odcizení

„Durkheim...definoval odcizení jako druh anomie (ztráty představ a pocitů normální zákonitosti), k němuž dochází, když lidé zažívají nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, které by mohly řídit jejich jednání a byly směrodatným měřítkem jejich životních norem.“¹¹

I přes to, že se pocity odcizení projevují také v rámci syndromu vyhoření, tak se burnout liší tím, že vzniká pouze u lidí, kteří byli zpočátku prací nadšeni. Kdežto samostatný jev odcizení se vyskytuje i u lidí, kteří nikdy nebyli ničím nadšeni. Vyskytuje se u lidí, kteří vykonávají něco, co není smyslem jejich života. U syndromu vyhoření je to přesně naopak, tam člověk dělá něco, co za smysl života považuje a až časem a okolnostmi se tento „náboj“ mění ve vyhoření.¹²

⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

¹⁰ Tamtéž.

¹¹ Tamtéž, str. 71.

¹² Tamtéž.

3.4.4 Únava

Ač se únava vyskytuje jako jedna z projevů syndromu vyhoření, má jako taková užší vztah k fyzické zátěži, než je tomu u burnoutu. Z únavy, která bude způsobena nějakou fyzickou zátěží se lze jednoduše dostat pomocí odpočinku či nějaké relaxace. U syndromu vyhoření to už tak lehké není, ba je to dokonce nemožné. Únava sama o sobě může být pocíťována i kladně. U burnout tomu tak není, tam je únava vždy pocíťována jako negativní, nežádaná, tíživá... Často je také spojována s pocitem marnosti či selhání.¹³

3.4.5 Pesimismus

Stejně jako předchozí negativní jevy i pesimismus může v mnohém připomínat syndrom vyhoření. Rozdílem však je, že pesimismus člověk nezpůsobí svou pasivitou či aktivitou. Pesimismus *„je navozován podmínkami prostředí, jež mu nedávají možnost danou situaci nějakým způsobem řešit a vyřešit (dostat se z problému, do kterého zabředl).“*¹⁴

3.5 Syndrom vyhoření

„Pokud zapálíte oba konce svíčky, získáte tím víc světla. Svíčka však zároveň rychleji vyhoří.“

(Myron, D. Rush, 2003)

3.5.1 Historie syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření jako jev se vyskytuje po celou dobu lidské existence. K jeho pojmenování, tak jak jej známe z literatury (současné pojetí), však došlo až v roce 1974 americkým psychoanalytikem Herbertem J. Freudenbergerem v časopise „Journal of Social Issues“. Hlavní vlna zájmu se tak o tuto problematiku objevila na přelomu 70. a 80. let 20. století, a to u různých profesí, kde se tato problematika dala očekávat. Nejproduktivnějším obdobím se staly roky 1982-1987, v tomto období vzniklo hned 207 psychologicko-medicínsky orientovaných studií, což byl obrovský nárůst oproti předešlým rokům, kdy v průměru vznikalo cca 5-10 takových studií ročně (rešerše provedená v databázi MEDLINE).

¹³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

¹⁴ Tamtéž, str.72.

Lze udělat malé porovnání v rámci existence publikací „tehdy a nyní“. V současné době existuje více jak 5000 anglicky psaných publikací na toto téma.

Česká odborná literatura je na tom o dost hůře, ve většině případů se objevují publikace, kde se téma probírá pouze okrajově v rámci jiných témat jako je psychologie zdraví, psychosomatika či psychoterapie. Jedinou monotematickou prací je tak kniha J. Křivohlavého „Jak neztratit nadšení“ z roku 1998. Postupem času však přibývá domácích časopisecky publikovaných prací hlavně z oblasti psychologie, pedagogiky a zdraví, kde je téma syndromu vyhoření, vzhledem k náplni práce těchto oborů, velmi aktuální. Také se čím dál častěji na toto téma objevují různé bakalářské a diplomové práce, což také poukazuje na aktuálnost problému syndromu vyhoření.¹⁵

3.5.2 Definice syndromu vyhoření

U pojmu syndrom vyhoření nenalezneme jednotnou a společnou definici. V rámci odborné literatury můžeme najít obrovské množství různých definic tohoto pojmu, každá z těchto definic pak popisuje syndrom vyhoření s většími či menšími nuancemi.

Pojem burn-out syndrom poprvé použil Herbert J. Freudenberger v roce 1974. Podle Freudenbergera syndrom vyhoření tzv. burn-out syndrom „*představuje celý soubor příznaků projevujících se zpravidla u tzv. angažovaných „pomahačů“ ztrátou elánu, radosti ze života, a především energie a nadšení potřebných při výkonu profese.*“¹⁶ Freudenberger vliv vnějších okolností na syndrom vyhoření nezamítá, ani nezlehčuje, ale zdůrazňuje primární význam osobnostních faktorů, postojů a rozhodnutí, jejichž špatným výběrem se riziko syndromu vyhoření zvyšuje.¹⁷

Na druhé straně Christina Maslach, americká psycholožka a profesorka psychologie na Kalifornské univerzitě v Berkeley tvrdí, že syndrom vyhoření je „*důsledkem působení vnějších vlivů, hlavně práce a pracovního prostředí*“.¹⁸

¹⁵ KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

¹⁶ JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6, str. 158.

¹⁷ HONZÁK, Radkin. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.

¹⁸ MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9, str. 15.

Křivohlavý nám ve své knize „Hořet, ale nevyhořet“ popisuje hned několik dalších různých pojetí a definic syndromu vyhoření, a to od různých psychologů, kteří se tímto jevem dlouhodobě zabývali.

Cary Cherniss

*„Burnout je situací totálního (úplného) vyčerpání sil. Burnout je pocitem člověka, který došel k závěru, že již nemůže jít dál. Burnout je stav, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit.“*¹⁹

Helena Seková

*„Burnout není výsledek dlouhotrvajícího stresu, je to spíše důsledek selhání procesů adaptace (schopnosti a možnosti vyrovnat se s těžkou situací). Burnout je stav chronického špatného fungování.“*²⁰

Carol J. Alexandrová

*„Burnout je stavem totálního odcizení (alienation), a to jak v práci, tak druhým lidem i sama sobě.“*²¹

Donald Hay

*„Burnout je kritický stav člověka, který má problémy s udržováním dobré úrovně zdravého sebehodnocení, sebecenění a sebepojetí (self-esteem).“*²²

Donald Oken

*„Burnout je stav člověka, který se opětovně setkává s neřešitelnými problémy.“*²³

Evžen Řehulka

*„Burnout je emoční vyprahlost. Burnout je ztrátou smyslu pro zaujetí pracovní činností. Burnout je vystupňovaná nespokojenost ze ztráty iluzí (disillusionement).“*²⁴

I přes to, že existuje dlouhá řada různých definic a výkladů syndromu vyhoření, jsou určité charakteristiky, které mají jednotlivé definice a výklady společné:

- syndrom vyhoření vždy postihuje pracovníky vykonávající určitý druh povolání,

¹⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3, str. 63.

²⁰ Tamtéž, str. 63.

²¹ Tamtéž, str. 63.

²² Tamtéž, str. 64.

²³ Tamtéž, str. 64.

²⁴ Tamtéž, str. 64.

- pro syndrom vyhoření jsou typické stavy emocionálního vyčerpání, únavy či deprese,
- důraz se klade více na emocionální stránku člověka (na jeho chování) než na fyzické příznaky syndromu vyhoření,
- vyskytuje se u lidí jinak psychicky zcela zdravých,
- nižší efektivita práce není důsledkem nedostatku kompetencí či pracovních schopností, ale má spojitost s negativními postoji a z nich vzešlého chování.²⁵

Pro obory jako je sociální práce, sociální psychologie, medicína nebo např. antropologie je výzkum syndromu vyhoření velmi důležitý, a to z toho důvodu, aby odborníci v rámci různých spleťtých profesionálních a osobních vztahů našli vzorce, které ovlivňují pracovníky v oblasti sociální práce.²⁶

3.5.3 Profese s vysokým rizikem syndromu vyhoření

Mezi profese s rizikem vzniku syndromu vyhoření patří především lékaři, zdravotní sestry, psychologové, sociální pracovníci, učitelé, policisté, pracovníci věznic, úředníci, duchovní apod. Tedy profese, kde je na denním pořádku kontakt s druhými lidmi, jejich problémy, životními příběhy atd. Někdy se syndrom objeví i u lidí v rámci nezaměstnaneckých kategorií, jako jsou špičkoví umělci, sportovci, dealeri apod. Ale i zde platí pravidlo, že jsou to lidé, kteří jsou v jakémkoliv kontaktu s druhými lidmi a jsou závislí na jejich hodnocení.²⁷

3.5.4 Charakteristika syndromu vyhoření

V průběhu desítek let výzkumů této problematiky se objevila řada pojetí a vymezení syndromu vyhoření. Jednotlivá pojetí a vymezení se mohou v různých aspektech lišit a často tomu tak je. Většina pojetí se však shoduje v následujících bodech:

- primárně jde o psychický stav, prožitek a vyčerpání,
- nejčastěji se s ním setkáme u profesí, kde je hlavní náplní „práce s lidmi“,

²⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. Orientace (Karmelitánské nakladatelství). ISBN 978-80-7195-573-3.

²⁶ MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

²⁷ KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

- symptomy vytvářející syndrom vyhoření nejsou pouze fyzické, ale také psychické a sociální,
- ústředními prvky syndromu vyhoření jsou emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a velmi často také celková únava,
- klíčové složky syndromu vyhoření jsou výsledkem chronického stresu.²⁸

Dle dlouholetých výzkumů má syndrom vyhoření dvě hlavní východiska. První z nich tvrdí, že syndrom vyhoření je vnitřní duševní reakcí, toto východisko je založeno na klinické psychologii (Freudenberger, 1974) a syndrom vyhoření hodnotí na pozadí osobních rysů života jednotlivce. Druhé je pak založeno na sociální psychologii (Maslachová, 1982) a uvádí nám, že syndrom vyhoření je primárně důsledkem vnějších vlivů, jako je práce, pracovní prostředí atd.²⁹

3.5.4.1 Východisko klinické psychologie

Východisko klinické psychologie je spojováno s psychoanalytikem Herbertem Freudenbergerem, který zavedl pojem syndrom vyhoření do vědecké diskuze, a to v době, kdy pracoval v rehabilitačních centrech pro drogově závislé. V rámci těchto rehabilitačních center popisoval, jak se emocionální, fyzické a psychické vyčerpání projevuje u pomáhajících osob, hlavně tehdy, kdy musí tyto osoby hodně vydat a nepřetržitě věnovat pozornost problémům jiných lidí. Mezi projevy vyčerpání pak spadala chronická únava, náchylnost k nemocem, pocity selhání, odpor ke své práci apod. Freudenberger nejprve předpokládal, že tento způsob absolutního vyčerpání se projevuje jen u pracovníků „v první linii“, ale postupem času začal zjišťovat, že vyčerpání se může objevit nejen u nich, ale u všech pomáhajících pracovníků. Stačí např., aby představy pomáhajícího byly v silném rozporu s realitou (nadmíru se angažoval, obětavý idealista).

Dle Freudenbergera se syndrom projevuje ve všech sférách, jak ve vztahu ke klientovi, tak ve vztahu k zaměstnavateli, ale mimo jiné také mimo pracovní prostředí, tedy je možné, že se pomáhajícímu změní postoje, city, osobnost atd.

²⁸ KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

²⁹ MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

V rámci pozorování pracovníků, kteří si prošli silným vyhořením, dokázal Freudenberger vymezit dva základní typy obzvláště náchylných lidí: první skupinou byli lidé s komplexy méněcennosti vůči přátelům a rodině a druhou pak děti ctižádostivých, motivujících a aktivních otců považovaných za vzor. Všichni zmínění mají pocit, že jsou osamělí, v pubertě se mohli potýkat s problémy prosadit se, jsou často zaměřeni na výkon a soutěž, aby dosáhli svých cílů, jsou na sebe schopni vzít velkou zátěž. Tito lidé často touží po uznání, spoléhají se primárně na sebe a neumějí říct „ne“.

Příznaky vyhoření se projevují nejen na úrovni emocionální, ale také kognitivní a často se mohou projevit i v rovině somatické.

Co se týče léčení syndromu vyhoření, je Freudenberger přesvědčen, že záleží na osobnosti jedinců. Tedy, jak dlouho by měla léčba trvat a jak hluboko by měla zasahovat, záleží na osobnosti postiženého. Cílem je, aby postižený jedinec získal zpět svou identitu a kontrolu nad životem.³⁰

3.5.4.2 Východisko sociální psychologie

Východisko sociální psychologie je spojováno se jménem Christina Maslach. Dle tohoto výzkumu je syndrom vyhoření „*zvláštní forma stresu, vyplývající ze sociálních vztahů mezi poskytovateli pečovatelské služby s jejich příjemci*“.³¹ Syndrom vyhoření tedy, na rozdíl od učení Freudenbergera, nevychází ze zvláštního individuálního stavu, ale má na něj vliv prostředí a nároky profesionálních povinností. Většina lidí pracujících v pomáhající profesi, se setkává s lidmi, kteří mají nějaký problém, ať už je tělesný, citový či sociální. A vzhledem k realitě, že spousta z těchto problémů je pro pracovníka neřešitelných, je velmi pravděpodobné, že tlak začne být na pracovníka na tolik silný, že to pro pomáhajícího může začít být skličující, narušovat mu každodenní život nebo ho (v extrémních případech) i ochromit.

Dle Christiny Maslach, při takto úzkém vztahu pomáhajícího s potřebným vyžaduje tato spolupráce intenzivní citovou účast pomáhajícího a klade na pomáhajícího tak velké nároky, že to může ve výsledku způsobit i vyhoření. Jsou to tzv. „*povolání spojená se silnou citovou zátěží*“, platí pro mnohé pečovatelské profese.

³⁰ MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

³¹ Tamtéž, str. 17.

Pro pomáhajícího je nemyslitelné, aby dlouhodobě pracoval pod tlakem a zároveň byl schopný být soucitný s jinými lidmi.³²

V průběhu let výzkum, na téma syndrom vyhoření, přesáhl rámce obou výše zmíněných východisek.

3.5.5 Příznaky syndromu vyhoření

Mezi tři základní symptomy syndromu vyhoření patří: vyčerpání, odcizení a pokles výkonnosti. Postižený jedinec se cítí být vyčerpán nejen fyzicky, ale také emocionálně.

Mezi znaky fyzického vyčerpání patří:

- slabost, nedostatek energie, chronická únava,
- náchylnost k infekčním onemocněním,
- bolesti zad,
- svalové napětí,
- poruchy soustředění a paměti,
- poruchy spánku atd.

Mezi znaky emocionálního vyčerpání patří:

- bezmoc,
- sklíčenost,
- beznaděj,
- pocity strachu,
- pocity prázdnoty, apatie,
- ztráta odvahy apod.

Asi nejvýraznější jsou pocity odcizení, a to nejen od zaměstnání, klientů či kolegů, ale i v osobním životě, v podobě lhostejnosti ke všemu kolem nás. Dříve byl pocit odcizení spojován hlavně s profesemi sociálního typu, jako jsou zdravotní sestry, sociální pracovníci apod., ale postupem času se přišlo na to, že těmito pocity trpí mnozí i v jiných druzích zaměstnání. To vše pak vyvolává rezignaci a pasivitu. Počáteční nadšení v průběhu času slábne, jedinec postupně ztrácí idealismus, cílevědomost, zájem. Klienti či zákazníci, začínají postiženému připadat jako jakási přítěž, zátěž, stávají se pro něj otravnými. Stejně či obdobné pocity pak cítí i vůči nadřízeným či kolegům.

³² MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

Projevy odcizení jsou následovné:

- negativní postoj k sobě samému,
- negativní postoj k životu,
- negativní vztah k práci,
- negativní vztah k ostatním,
- ztráta schopnosti navázat a udržet si společenské vztahy,
- ztráta sebeúcty,
- pocit vlastní nedostatečnosti,
- pocit méněcennosti.³³

3.5.6 Fáze syndromu vyhoření

3.5.6.1 Zjednodušený 5stupňový model rozvoje syndromu vyhoření

Nejčastěji využívaný model. Dle tohoto modelu má syndrom vyhoření celkem pět fází. Jsou jimi nadšení, stagnace, frustrace, apatie a vyhoření.

Fáze nadšení je období, kdy pracovník překypuje elánem, má velká (bohužel často nerealistická) očekávání, práce ho zcela naplňuje, identifikuje se s ní, je ochotný kvůli práci „odsunout“ osobní život apod.

Po fázi nadšení následuje fáze stagnace, kdy se jedinec již s realitou seznámil a musí začít přehodnocovat své ideály a představy. V této fázi si již zažil nějaké to zklamání. Práci vykonává dobře i nadále, ale bez počátečního nadšení a do popředí se dostávají odlišné priority než ve fázi nadšení, jako jsou např. plat, možnosti kariérního růstu, volný čas atd.

Další fází je fáze frustrace, kdy vzrůstá pracovníkovo zklamání na základě toho, že si uvědomuje, jaký je rozdíl mezi tím, co by chtěl udělat a co reálně provést může. Postupně zjišťuje, jak málo možností vlastně má a jak jsou jeho možnosti omezené, začíná pochybovat o významu své práce, o smyslu snažení, kupí se problémy s nedostatkem uznání ze strany klientů a nadřízených. To vše vyústí v poslední fázi, fázi apatie.

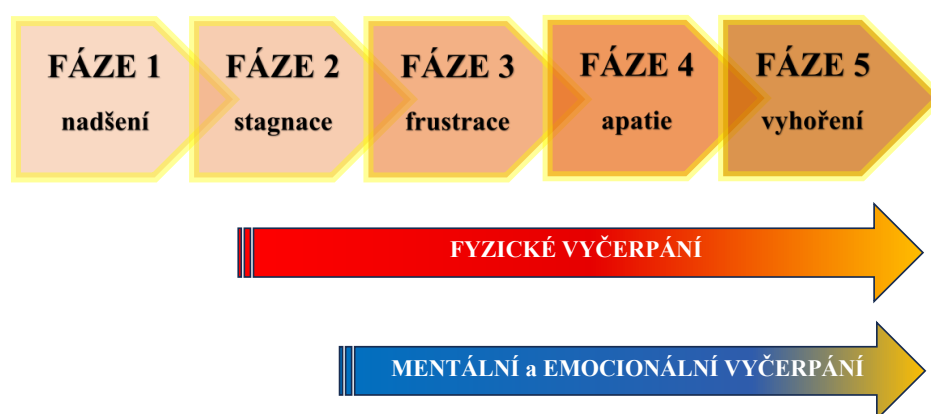
Fáze apatie je obranným mechanismem proti dlouhotrvající frustraci. Namísto frustrace se objevuje vnitřní rezignace. V této fázi je práce už pouze zdrojem příjmů, pracovník tedy vykonává jen to, co je nejnnutnější, nezbytně nutné, vyhýbá se čemukoliv

³³ STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

nad rámec svých povinností, vyhýbá se náročným úkolům apod. Počáteční nadšení je zcela pryč, zůstává jen pocit bezmoci, beznaděje, zoufalství, rezignace.³⁴

Poslední fází je samotné vyhoření, je to fáze, kdy dochází k naprostému emocionálnímu vyčerpání, depersonalizaci, negativismu, pocitům ztráty smyslu a naprostému vyhýbání se pracovním požadavkům.³⁵

Obrázek 2 Zjednodušený 5stupňový model rozvoje syndromu vyhoření



Zdroj: vlastní zpracování – ResearchGate

3.5.6.2 Dvanáct stupňů syndromu vyhoření dle Freudembergera

- 1) Nutkání ukázat se – obsedantní potřeba vykonávat, pečovat, dosahovat výsledků.
- 2) Pracovat tvrději – organizační očekávání mimo kontrolu, nepřiměřená, nespravedlivá.
- 3) Zanedbávání potřeb – špatný spánek a strava, „uzavírání se“ před ostatními, může se začít objevovat špatný zdravotní stav.
- 4) Vytěsnění konfliktů – tendence vyhýbat se problémům, pocitu úzkosti či ohrožení.
- 5) Revize hodnot – zkreslené hodnoty, práce na prvním místě, potlačení koníčků, rodiny, názory rodiny na „přepřacovanost“ jsou odmítány.
- 6) Popírání vznikajících problémů – zvyšuje se míra netolerance vůči kolegům, klientům (jsou hloupí, nároční, nespolutracující...), cynismus, problémy jsou

³⁴ STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

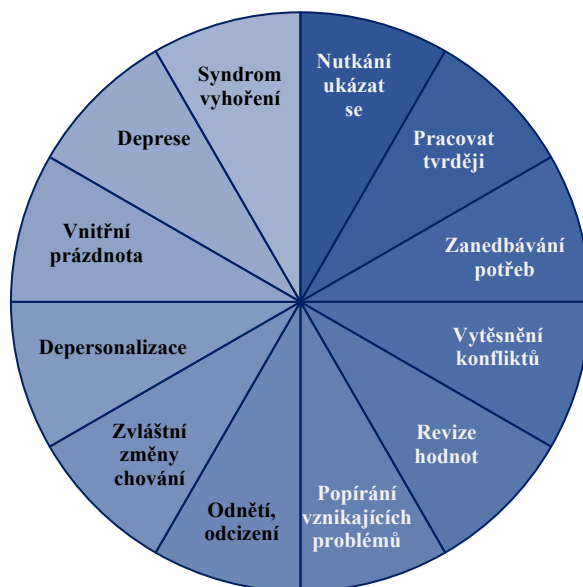
³⁵ VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.

vnímány ve spojitosti s časovým tlakem a pracovní zátěží nikoliv jako něco patologického.

- 7) Odnětí, odcizení – společenský život na minimu či vymizel, riziko spoléhání se na nevhodné formy úlevy od stresu.
- 8) Zvláštní změny chování – lidé se začínají určitého způsobu chování obávat.
- 9) Depersonalizace – odcizení se od sebe sama, pocit, že člověk nemá žádnou hodnotu, extrémní cynismus, nevnímá vlastní potřeby.
- 10) Vnitřní prázdnota – k překonání se vyhledávají nevhodné způsoby, aktivity – přejídání, sex, alkohol, drogy... hluboký pocit prázdnoty.
- 11) Deprese – pocit ztracenosti, nejistoty, vyčerpání, budoucnost je ponurá a temná, špatné nálady.
- 12) Syndrom vyhoření – duševní a fyzický kolaps, rozpad kariéry, nemoc...³⁶

³⁶ Freudenberger's 12 stages. Burnout Geese Ltd. [online]. England & Wales [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: <https://www.burnoutgeese.com/freudenberger-burnout.html>

Obrázek 3 Dvanáct stupňů syndromu vyhoření dle Freudenbergera



Zdroj: vlastní zpracování – Burnout Geese Ltd.

3.6 Profese a kompetence pracovníka v sociálních službách

Profese pracovníka v sociálních službách spadá do tzv. pomáhajících profesí. Pomáhající profesi lze definovat jako: „*souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby mohla být pomoc účinnější*“³⁷

Nejdůležitějším nástrojem pracovníka v sociálních službách je jeho osobnost, která ovlivňuje kvalitu jeho práce. Osobnost jako taková má mnoho definic. Nakonečný definuje osobnost jako přímo nepozorovatelný fenomén či hypotetický konstrukt, kterým můžeme popsat či jím vysvětlit jedinečnost lidského chování, jednání a prožívání.³⁸ Podle toho, do jaké míry pracovník zapojí svou osobnost, můžeme pozorovat různé jevy. Na jedné straně to jsou např. radost z práce, pocit naplnění, uspokojení a na straně druhé frustrace, beznaděj či dokonce

³⁷ HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x, str. 61.

³⁸ NAKONEČNÝ, M. Základy psychologie. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.

vyhoření. U pracovníků v sociálních službách by měla být nejdůležitější „částí“ osobnosti jeho empatie, tedy umět se vcítit do pocitů druhých.³⁹

Základní požadavky a charakteristika pracovníků pomáhajících profesí, tedy i pracovníků v sociálních službách:

- jsou to lidé s širokým zájmem o to, co se kolem nich děje, jak se cítí jejich blízcí,
- jsou to lidé, kteří nejsou zaměřeni pouze na sebe,
- mají schopnost komunikovat s lidmi,
- mají dostatečné vzdělání potřebné pro výkon své profese a mají zájem na celoživotním vzdělávání se.⁴⁰

Co se týče požadavků pro výkon pracovníka v sociálních službách, tak každý, kdo chce tuto práci vykonávat, musí mít dokončeno minimálně základní vzdělání a absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz. Tento kvalifikační akreditovaný kurz musí mít rozsah minimálně 150 hodin a pracovník jej musí absolvovat a mít ukončený do 18 měsíců ode dne nástupu na pozici pracovníka v sociálních službách. Pokud má pracovník vzdělání v oboru sociální pracovník, ošetřovatel či ergoterapeut, pak tento kurz vykonávat nemusí.⁴¹

Kurz se dělí na základní a specializační část a je zaměřený na „*osvojení všeobecných znalostí a odborných specializovaných dovedností, včetně plnění odborných praktických cvičení u poskytovatele, vedoucí k získání potřebných cílových kompetencí stanovených v profilu povolání pracovníka v sociálních službách*“⁴²

Práce pracovníka v sociálních službách musí být vždy individuálně přizpůsobena potřebám klienta, tedy není možné, aby jednu a tu samou činnost pracovník dělal u vícero klientů naprosto stejně. Vždy musí respektovat individualitu a jedinečnost klienta.

V případě práce pracovníka v sociálních službách jde o práci velmi psychicky i fyzicky náročnou. Je to profese, kterou nemůže dělat každý. Bohužel představa společnosti

³⁹ GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton)

⁴⁰ KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7181-6.

⁴¹ Povolání pracovník v sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. ČR, 2021 [cit. 2023-06-07].

Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/P%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka_povol%C3%A1n%C3%AD_PSS_final.pdf/a315a803-4d1d-f2ed-2fcb-3b46b7b18140

⁴² Metodika vzdělávání pracovníků v sociálních službách: aneb průvodce pro aktéry kvalifikačního kurzu a dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. ČR, 2021 [cit. 2023-06-06].

Dostupné z:

<https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika+vzd%C4%9B1%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+PSS.pdf/7d330616-7650-1b25-a966-d0c5be11009a>

je jiná a často se traduje, že tuto práci může dělat každý, a to i bez potřebného vzdělání a kvalifikace. Není ale nic více vzdáleného pravdě. I z toho důvodu se na tuto pozici hlásí vysoký počet uchazečů, kteří ale často záhy práci opouštějí, protože nejsou schopni odolat psychické a fyzické zátěži, která je na tuto profesi kladena.

Pracovník v sociálních službách má v náplni práce, dle aktuálně platných právních předpisů, následovně:

- přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních či pobytových zařízeních (každodenní péče, nácvik denních činností, pomoc při hygieně, podávání stravy, oblékání, podpora soběstačnosti, aktivizace apod.),
- základní výchovnou nepedagogickou činnost (prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, rozvíjení pracovních návyků, rozvoj osobnosti apod.),
- pečovatelskou činnost v domácnosti osoby (komplexní péče o domácnost klienta, podpora při vytváření sociálních kontaktů, osobní asistence apod.),

Pod dohledem sociálního pracovníka může pracovník v sociálních službách dále poskytovat sociální poradenství, výchovné a vzdělávací aktivity, depistáže apod.⁴³

Co tedy takový pracovník v sociálních službách dělá. Především plně podporuje své klienty v různých každodenních činnostech, rozhodnutích, samostatnosti, soběstačnosti atd. Bývá často klientovým zpovědníkem a rádcem. Mimo jiné:

- pomáhá při zajištění chodu domácnosti,
- pomáhá nebo podporuje klienty při přípravě nebo podávání jídla a pití,
- pomáhá klientům při oblékání a svlékání, včetně pomoci se speciálními pomůckami,
- pomáhá klientům při přesunu na lůžko nebo na vozík nebo pomáhá při vstávání z lůžka, při uléhání, při změnách polohy na lůžku,
- pomáhá při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- pomáhá s osobní hygienou,
- zprostředkovává kontakt se společenským prostředím,

⁴³ METODIKA K POVOLÁNÍ PRACOVNÍK/PRACOVNICE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO POTŘEBY ÚŘADU PRÁCE ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika_povol%C3%A1n%C3%AD_PSS_UP+CR.pdf/d7bb4e46-2e6e-b786-41cb-f6106f30423f

- podporuje při různých výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činnostech,
- podporuje základní sociální a společenské kontakty a uspokojování psychosociálních potřeb,
- pomáhá také při obstarávání osobních záležitostí.

Každou z těchto činností vykonává v souladu s přáním klienta a s respektem k jeho individualitě a potřebám.⁴⁴

3.6.1 Etický kodex

Každé zařízení poskytující sociální služby má svůj etický kodex, který je závazný pro všechny pracovníky v sociálních službách (a nejen pro ně). Etický kodex je soubor norem a pravidel, stanovuje standardy chování pracovníků v sociálních službách.

Etický kodex sice obsahuje etická pravidla chování pracovníků, ale není v něm uvedeno, jak jednat, pokud se nám nedaří určitý požadavek splnit. Je třeba tedy jednat nejen na základě daných pravidel, ale také na základě vlastního citění.⁴⁵

Hlavním cílem je snaha naplnit očekávání, které máme od sociální práce, sociálních pracovníků, pracovníků v sociálních službách a sociální služby jako takové. Každá sociální práce je založena na demokratických hodnotách a každý etický kodex vychází zejména z následujících dokumentů: Všeobecné deklarace lidských práv, Listiny základních práv a svobod České republiky, mezinárodní smlouvy a legislativy České republiky.

Každý etický kodex mimo jiné popisuje pravidla ve vztahu ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, kolegům, povolání a odbornosti, společnosti. Dále v nějaké podobě, určené pro konkrétní zařízení či službu, obsahuje následovně:

- pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho rasu, barvu pleti, pohlaví, věk, rodinný stav, sexuální orientaci, náboženství atd.,
- pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci,
- pracovník pomáhá jak jednotlivcům, tak skupinám či komunitám svými schopnostmi a znalostmi,

⁴⁴ Povolání pracovníků v sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. ČR, 2021 [cit. 2023-06-07].

Dostupné z:

https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/P%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka_povol%C3%A1n%C3%AD_PSS_final.pdf/a315a803-4d1d-f2ed-2feb-3b46b7b18140

⁴⁵ KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006, 147 s. ISBN 80-736-7181-6.

- pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před osobními zájmy.

V rámci Etického kodexu můžeme nalézt také jednotlivé problémové okruhy a postupy při řešení etických problémů.⁴⁶

3.6.2 Osoby s mentálním postižením

Je znám velký výčet definic pojmu mentální postižení či mentální retardace, obecně se jednotlivé definice od různých autorů shodují v jednom, a to na tom, že se jedná o snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnosti adaptace na prostředí.

Vágnerová definuje mentální retardaci jako „*souhrnné označení vrozeného defektu rozumových schopností*“ nebo jako „*neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem stimulován*“⁴⁷

Valenta, Müller definují mentální retardaci jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí, demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií*“.⁴⁸

Podobně definují mentální retardaci i Říčan, Krejčířová a kolektiv, kde tvrdí, že „*mentální retardace je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatální, perinatální nebo časné postnatální etiologie, které vedou i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či jedince v jeho sociálním prostředí*“.⁴⁹

World Health Organization (Světová zdravotnická organizace, dále jen WHO) pak postižení definuje jako „*částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“.⁵⁰

Matoušek, Koláčková, Kodymová definují mentální postižení jako „*souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností*“.⁵¹

⁴⁶ Etický kodex. Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách [online]. ČR [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: <https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex.pdf>

⁴⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6, str. 77.

⁴⁸ VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. 5. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6, str. 16.

⁴⁹ ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2, str. 155.

⁵⁰ LEČBYCH, M. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2008. ISBN 978-80-244-2071-4, str. 17.

⁵¹ MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180, str. 111.

Obdobnou definici používá např. Americká asociace pro mentálně retardované (dále jen AAMR), ta říká, že mentální postižení je „*podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce*“.⁵²

Další možná definice zaznívá od tzv. **sebeobhájců**, což jsou dospělí lidé s mentálním postižením, kteří v České republice hájí názory a zájmy lidí s mentálním postižením. Ti tvrdí, a v mnohém se shodují s AAMR, že mentálně postižení lidé jsou ti, „*kteří mají problémy v učení, porozumění, orientaci a komunikaci*“.⁵³

Z výše uvedených definic můžeme konstatovat, že mentální postižení nemá vliv pouze na snížení inteligenčního kvocientu, jak zmiňuje např. Vágnerová, ale také velmi často a ve velké míře jedince ovlivňuje v jeho schopnostech adaptability v sociálním prostředí.

U malých dětí vnímáme mentální postižení hlavně v oblasti komunikačního rozvoje, senzomotorických schopností, sebeobsluhy či v rámci problémů se socializací. Ve věku, kdy jedinec nastupuje **v rámci školní docházky** si můžeme znaků mentálního postižení všimnout hlavně v oblasti osvojování si základních školních dovedností jako jsou psaní, čtení, počítání, dále pak v osvojování běžných denních aktivit jako je hygiena, sebeobsluha, samostatnost a v neposlední řadě také v rámci sociálních dovedností (dítě má často problémy „zapadnout“ do skupiny. V **období dospívání** je pak výrazný rozdíl u jedinců s mentálním postižením v rámci profesní orientace, výkonu či sociálního chování.

3.6.2.1 Klasifikace mentální retardace

Abychom mohli s pojmem mentální postižení či retardace pracovat, je třeba jej nějakým způsobem klasifikovat. Těchto klasifikací je hned několik.

Jeden z nejznámějších dokumentů vydaný WHO, se kterým se lze v praxi setkat, je Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN). Aktuálně existuje již 10. revize MKN, která je platná od 1. 1. 2023 (MKN-10 2023). Tento dokument kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. MKN-10 2023 definuje mentální retardaci jako „*stav zastaveného nebo*

⁵² MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180, str. 111.

⁵³ Tamtéž, str. 111.

neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti“.⁵⁴

Dále můžeme zmínit např. dokument American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (Americká asociace pro intelektuální a vývojové postižení), dříve známá jako Americká asociace pro mentální retardaci (dále jen AAMR). Asociace definuje mentální postižení jako „stav charakterizovaný významnými omezeními jak v intelektuálním fungování, tak v adaptivním chování, který vzniká před 22. rokem věku“.⁵⁵

V neposlední řadě bych ráda zmínila klasifikační systém s názvem Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (dále jen DSM), který se využívá převážně ve Spojených státech amerických a vzhledem k tomu že je oproti české MKN-10 2023 podrobnější a konkrétnější, lze jej využít jako její rozšíření či doplnění. Tato klasifikace je určena primárně odborníkům, jako jsou psychologové či psychiatři a není tedy vhodné, aby z ní čerpali laici a využívali ji jako zdroj diagnostiky. Tento systém používá pojem „porucha intelektu“ a definuje ji následovně „porucha, která vzniká v průběhu vývoje a zahrnuje poruchu intelektových a adaptivních funkcí v konceptuální, sociální a praktické oblasti“.⁵⁶

3.6.2.1.1 Klasifikace dle MKN-10 2023

MKN-10 2023 klasifikuje mentální retardaci na základě inteligenčního kvocientu (dále jen IQ) na lehkou, střední, těžkou, hlubokou, jinou a neurčenou mentální retardaci. V této kapitole bych ráda zmínila čtyři základní, se kterými se v praxi běžně setkáme.

Lehká mentální retardace má označení F70 a patří sem osoby s IQ od 50 do 69, což odpovídá mentálnímu věku cca 9 až 12 let. Vyskytují se zde potíže při školní výuce, ale v dospělosti jsou jedinci často schopni práce a udržení sociálních vztahů.

Střední mentální retardace má označení F71 a patří sem osoby s IQ od 35 do 49, což odpovídá mentálnímu věku cca 6 až 9 let. U těchto osob je zřetelné vývojové opoždění

⁵⁴ MKN-10 2023. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

⁵⁵ Defining Criteria for Intellectual Disability. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [online]. [cit. 2023-10-02]. Dostupné z: <https://www.aaid.org/intellectual-disability/definition>

⁵⁶ RABOCH, J. a kol. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5. 1. Vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5, str. 33.

v dětství. Jedinci s tímto postižením jsou ale stále schopni, za správných podmínek, dosáhnout určité samostatnosti a nezávislosti. V oblasti pracovní budou dospělí s tímto mentálním postižením potřebovat určitou míru podpory.

Těžká mentální retardace má označení F72 a patří sem osoby s IQ od 20 do 34, což odpovídá mentálnímu věku cca 3 až 6 let. Tato míra postižení již vyžaduje trvalou potřebu pomoci druhé osoby.

Hluboká mentální retardace má označení F73 a patří sem osoby s IQ do 20, což odpovídá mentálnímu věku pod cca 3 roky. Osoby s touto mírou postižení jsou zcela odkázáni na pomoc druhých, a to ve všech směrech života – pohyb, komunikace, hygiena, strava atd., jedinci jsou naprosto nesamostatní.

3.6.2.2 Příčiny vzniku mentálního postižení

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou různé, ale lze je sjednotit do několika základních skupin:

- dědičné podmíněné postižení → vzniká z důvodu poruch ve struktuře či funkci genetického aparátu, můžeme sem zařadit např. Downův syndrom,
- postižení způsobené vlivem teratogenních látek v prenatálním věku → vzniká prostřednictvím těla matky, které je primárním prostředím plodu; postižení může vzniknout vlivem chemických látek jako je alkohol, léky, drogy atd., vlivem fyzikálních jako je úraz, stlačení, zhmoždění atd., ale také vlivem biologickým jako jsou vážná onemocnění v době těhotenství (např. zarděnky),
- postižení způsobené během porodu → vzniká např. nedostatkem kyslíku či mechanickým stlačením hlavičky novorozence atd.
- postnatální postižení mozku → poškození, které vzniká až po porodu, ale pouze do 18 měsíců, mohou to být různé úrazy, infekce či nedostatečná výživa dítěte,
- pseudooligofrenie → specifická kategorie; vzniká vlivem nedostatečného a nepřiměřeného výchovného působení, tedy v důsledku zanedbanosti, nemá souvislost s poškozením centrální nervové soustavy.⁵⁷

⁵⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

3.6.2.3 Metody a techniky práce s osobami se zdravotním postižením

Mezi hlavní metody práce s osobami s mentálním postižením patří **asistence**. V rámci asistence jde o pomoc s činnostmi, se kterými by zdravý člověk pomoc nepotřeboval a vykonával je sám. Asistent klientovi nahrazuje dovednosti a schopnosti, které klient postrádá anebo mu činí problémy. Asistence se využívá v různých oblastech života jako je bydlení, navštěvování školy, zaměstnání, lékaři, hygiena, nákupy, stravování atd. Nejdůležitějším znakem asistence je zaměření se jednotlivce, na jeho individualitu. Je potřeba mu asistenci tzv. „ušít na míru“, každý klient má odlišné potřeby v rámci asistence a v průběhu času se míra asistence může měnit (např. z počátku je třeba klientovi léky podávat, postupem času se je klient naučí sám brát, pouze s připomenutím asistenta, stejně tomu může být u hygieny, stravy atd.). U asistence nejde pouze o pomoc v rámci organizace aktivit, povinností apod., ale často jde také o pomoc v rámci uvědomění si např. rizik, chápání souvislostí apod. Zde spočívá asistentova pomoc hlavně v popisu různých situací, vysvětlení důsledků chování klienta apod. Neznamená to, že asistent za klienta rozhoduje, to není jeho úkolem, jeho úkolem je naopak klientovi dát dostatek informací, vysvětlit konkrétní situace atd., aby se mohl klient rozhodovat sám s přiměřenou mírou rizika.

Další možnou metodou je **individuální práce** s klientem. Tato metoda se do jisté míry s asistencí překrývá, rozdíl je v tom, že asistent kompenzuje chybějící dovednosti, kdežto individuální práce usiluje o to, aby si klient určité dovednosti osvojil (samozřejmě dle jeho možností a na základě individuálních přání klienta). Lidé s mentálním postižením nejsou schopni se jednotlivé každodenní dovednosti učit pouhým pozorováním jako zdraví jedinci, velký vliv má na jejich učení také prostředí, kde vyrůstají (rodina, ústav, stacionář...), ne v každém prostředí je člověku s mentálním postižením dáno dostatek prostoru pro učení se těmto každodenním dovednostem, problémem je u těchto lidí také navazování kontaktů s okolím. Z těchto důvodů se ne zřídka stane, že se běžné dovednosti (praní, vaření, úklid...) člověk s mentálním postižením začíná učit již jako dospělý jedinec. Zde vzniká prostor pro individuální práci. Na jednotlivé dovednosti, které se chce klient naučit, se sestaví individuální plán (dále jen IP). Součástí IP je popis současné situace klienta, tedy to, jak danou dovednost zvládá na začátku (při sestavení IP). Dále je v IP popsán dlouhodobý cíl, k němuž se chce klient dostat. Na IP spolupracuje klíčový pracovník, klient a často také zákonný zástupce. V IP se dále stanoví menší cíle, které představují jednotlivé kroky, kterými se klient postupně dostane k cíli dlouhodobému. U IP je důležité si stanovit nějaký časový úsek a po uplynutí této doby IP zhodnotit, zda se daří klientovi plán uskutečňovat

či ne. I zde je kladen důraz na individualitu, protože jednotliví klienti mohou stejného cíle dosáhnout jinými technikami, kroky či pomůckami. Tímto způsobem lze nacvičit různé dovednosti v rámci široké oblasti, jako je hospodaření s penězi, cestování dopravními prostředky, sledování času, jak se s někým seznámit či začít rozhovor, jak jít na konkrétní místo (zastávka, kavárna, herna...) a mnoho dalšího.

Zajímavou metodou práce s člověkem s mentálním postižením jsou **pracovní a umělecké terapie**. Pracovní terapie rozvíjí člověka s mentálním postižením za pomoci pracovních činností. Metoda spočívá v provádění pracovních úkonů, které si klient postupně osvojuje a zlepšuje se v nich. Důraz je kladen na odpovědnost klienta a řád, který musí dodržovat. Jedním z cílů této metody je získání pracovních návyků. Metody se využívá např. v sociálně terapeutických dílnách, chráněných dílnách, denních stacionářích, ústavech atd. Taneční, hudební a výtvarná terapie se využívá spíše jako doplňková aktivita v rámci jiných služeb a aktivizačních činností. Cílem je jak osobní rozvoj jedince, kdy terapeuti s klientem hledají ideální výrazové prostředky, které by klientovi usnadnili navazování kontaktů a komunikaci, tak relaxace a vyplnění volného času.

Důležitou roli v životě lidí s mentálním postižením hraje také **komunitní podpora**. Vytváření komunit, kde žijí lidé s postižením i bez něj, je možnou alternativou k dalším službám, hlavně v oblasti bydlení. Cílem komunit je vytvořit lidem s mentálním postižením prostor, kde budou mít své místo, svůj domov, kde se budou stýkat s dalšími lidmi, ať už s postižením či bez něj. Lidé bez postižení zde pak hrají významnou roli podobnou té, co mají asistenti. Každý jednotlivec do komunity něco přináší (schopnosti, zkušenosti...), členové komunity se vzájemně doplňují, pomáhají si. Práce je zde rozdělena dle možností a schopností jednotlivých členů. Rozvoj lidí s mentálním postižením zde může probíhat buď na základě IP nebo spontánně. V rámci komunitního bydlení často najdeme také volnočasové dílny či různé pozemky, kde mohou jednotliví členové pracovat či trávit volný čas. Komunita je uzavřené společenství s jistou mírou nezávislosti. Krásnou ukázkou komunitního bydlení jsou např. camphillské komunity, kde žije skupina lidí s mentálním postižením spolu s rodinou zdravých lidí (součástí rodiny bývají i děti). Jednu takovou komunitu lze nalézt přímo v Litoměřicích (spolek Camphill na soutoku).

V rámci metod nesmíme opomenout ani model **péče**, jehož hlavním rysem je zajištění základních potřeb lidí s mentálním postižením. V tomto modelu není aktivita ze strany klientů podmínkou ani pravidlem, jde hlavně o uspokojení primárních potřeb klienta jako je strava, hygiena, bydlení atd. Tento model je typický pro starší pojetí služeb. Jeho

nevýhodou je, že při zaměření na primární potřeby klientů mohou být opomenuty další významné potřeby jako je např. seberealizace. Avšak i zde dochází k rozvoji klientů, ačkoliv ne řízeně, ale pouze spontánně a v menší míře.⁵⁸

3.6.2.4 Formy podpory prostřednictvím sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením

Sociální služby jsou taxativně vymezeny zákonem a zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.⁵⁹ Tyto služby lze poskytovat jako pobytové, ambulantní a terénní.

Pro osoby se zdravotním postižením jsou k dispozici vedle základního a odborného sociálního poradenství služby sociální prevence:

- raná péče → terénní služba, v případě potřeby doplněna o formu ambulantní; je poskytována rodičům dětí se zdravotním postižením nebo v případě ohrožení vývoje v důsledku nepříznivého zdravotního stavu do věku 7 let; cílem je podpora rodiny a dítěte; služba se zaměřuje na výchovné, vzdělávací, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti, dále pak při uplatňování práv a oprávněných zájmů či jako pomoc při zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím; služba je poskytována bez úhrady,
- sociálně aktivizační služby → služba ambulantní, v případě potřeby terénní; služba je zaměřená na zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, terapeutické činnosti a při uplatňování práv a oprávněných zájmů; služba je bez úhrady,
- sociálně terapeutické dílny → služba ambulantní; služba pro osoby, které nejsou z důvodu zdravotního postižení umístitelné na otevřeném trhu práce; smyslem služby je nácvik a zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím pracovní terapie.

A dále pak služby sociální péče:

- osobní asistence → služba poskytovaná terénní formou v přirozeném sociálním prostředí; služba je poskytována v předem dohodnutém rozsahu a čase; zaměřuje se na pomoc při zvládnutí běžných úkonů jako je péče o vlastní

⁵⁸ MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180

⁵⁹ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění §32

osobu, osobní hygiena, zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím apod.,

- pečovatelská služba → terénní či ambulantní forma; služba se poskytuje v domácnostech či zařízeních sociálních služeb a je zaměřena na pomoc při zvládnutí běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena, poskytnutí či zajištění stravy, zajištění chodu domácnosti.

Rozdíl mezi osobní asistencí a pečovatelskou službou je následovný. V rámci pečovatelské služby si klient domlouvá konkrétní úkony z výčtu úkonů, které pečovatelská služba nabízí. Služba se domlouvá dopředu v určeném časovém intervalu, a to především v domácnosti nebo v zařízení sociálních služeb. Osobní asistence se poskytuje během celého dne, a to nejen v domácnosti, ale v jakémkoliv přirozeném sociálním prostředí, jako je např. škola. Navíc je tato služba více individuální než služba pečovatelská.

Další služby sociální péče:

- průvodcovské a předčitatelské služby → služba terénní či ambulantní; služby zaměřené na problémy spojené s orientací či komunikací; služba klientům pomáhá si vyřídit vlastní záležitosti, zprostředkovává kontakt se sociálním prostředím či pomáhá při uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- podpora samostatného bydlení → terénní služba; poskytuje se v domácnosti klientů a pomáhá primárně při zajištění chodu domácnosti, dále pak v rámci výchovných, vzdělávacích a aktivizačních činností, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, terapeutické činnosti a při uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- odlehčovací služby → terénní, ambulantní nebo pobytové služby; cílem služby je odlehčit pečující osobě tak, aby měla čas na vlastní odpočinek a regeneraci a mohla tak nadále pečovat o osobu, která její pomoc potřebuje; služba poskytuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena, poskytnutí či zajištění stravy, ubytování, zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, terapeutické činnosti a při uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- centra denních služeb → ambulantní služba; cílem je posílit samostatnost a soběstačnost klientů, u kterých je riziko sociálního vyloučení; služba nabízí pomoc s osobní hygienou, poskytnutím či zajištěním stravy, zprostředkováním

kontaktem se sociálním prostředím, uplatňováním práv a oprávněných zájmů, dále se zaměřuje na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

- denní stacionář → ambulantní služba; pomoc při zvládnání běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena, poskytnutí stravy, dále nabízí výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- týdenní stacionář → pobytová služba; služba zajišťuje ubytování a poskytnutí stravy, dále pak pomoc při zvládnání běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena apod., nabízí také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů; zpravidla se služba poskytuje od pondělí do pátku,
- domov pro osoby se zdravotním postižením → pobytová služba; služba poskytuje ubytování a stravu, pomoc při zvládnání běžných úkonů jako je péče o vlastní osobu, osobní hygiena apod., nabízí také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů,
- chráněné bydlení → pobytová služba formou individuálního či skupinového bydlení mimo zařízení sociální služby, často v pronajatých bytech či rodinných domcích; služba poskytuje pomoc se zajištěním stravy, poskytnutím ubytování, zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, pomoc při zprostředkování kontaktu se sociálním prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů.⁶⁰

3.6.3 Sociální práce se seniory

Život každého z nás probíhá v jednotlivých vývojových etapách, každá z nich má svá pravidla a řád a do určité míry ovlivňují celý náš život – kvalitu, způsob, rozsah...

⁶⁰ Sociální služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Zákonitostem jednotlivých etap je třeba se přizpůsobit a zohledňovat je, ať už nám dávají různé možnosti či nás limitují.⁶¹

Starý člověk je většinou charakterizován svou příslušností k určité věkové skupině, konkrétně dosažením věku 60, resp. 65 let. Toto období je spojováno se sociálním statutem důchodce a je obecně pojímáno spíše negativně, jako období, kdy je již člověk neaktivní, neproduktivní, často se potýká se zdravotními potížemi, dochází ke ztrátě funkčních schopností a postupné ztrátě soběstačnosti.

Stáří lidé vnímáni jako homogenní skupina bez individuálních rozdílů, která je pro společnost spíše přítěží, i takto může vypadat stereotypní pohled na stáří. Bohužel tento stereotypní pohled postrádá snahu nalézt pozitivní hodnoty stáří a vnímat tak významnou roli velkého počtu seniorů, kteří i v tomto věku prospívají společnosti svou prací či jiným smysluplným alternativním programem. Věk sám o sobě totiž není důvodem pro zvýšenou potřebu péče, ta je potřeba až v důsledku vlivu různých sociálních a zdravotních faktorů.

Hlavní zaměření sociální práce se seniory by měla být směřována na nejvíce ohrožené jedince, osaměle žijící, dlouhodobě nemocné, velmi staré (80+), propuštěné z nemocnice, křehké a zmatené, trpící demencí či depresí, žijící v nevhodných bytech či domech, žijící v chudých čtvrtích, sociálně izolované, vystavené špatnému zacházení apod. Měla by se tedy primárně zaměřit na jedince, jejichž zdravotní stav je spojen s poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Omezení se v tomto smyslu mohou týkat např. hybnosti, smyslového vnímání či jiných kognitivních funkcí, čímž se snižuje kvalita života jedince.⁶²

Smyslem sociální práce se seniory je „pomoci starému člověku vyjít ven z tohoto bludného kruhu nezvládnutí“.⁶³

3.6.3.1 Definice stárnutí a stáří

Interdisciplinární vědní disciplína, která se zabývá příčinami, projevy, zákonitostmi a mechanismy stáří a stárnutí se nazývá gerontologie. Cílem gerontologie je zlepšení kvality života seniorů.

⁶¹ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁶² MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180

⁶³ Tamtéž, str.164.

Gerontologie jako věda se dělí na tři obory:

- gerontologie teoretická → formuluje hypotézy a teorie stárnutí, vytváří teoretické základy pro péči o osoby vyššího věku,
- gerontologie klinická (geriatrie) → specializovaný lékařský obor, který se zabývá zdravotním a funkčním stavem stárnoucího a starého člověka (prevence, diagnostika, léčba, rehabilitace, následná péče...),
- gerontologie sociální → velmi široký obor, zabývá se vzájemnými vztahy mezi seniory a společností (aspekty demografické, sociologické, psychosociální, praktické, právní, etické...).⁶⁴

Definovat pojem stárnutí je poměrně náročné, existuje velké množství takových definic, ale žádná není zcela výstižná a přesná.⁶⁵ Každá z velkého výčtu teorií má své pro a proti, své slabé a silné stránky a některé teorie si dokonce protirečí.⁶⁶

Dle Pacovského bychom mohli definice velmi zjednodušit a o stárnutí říci, že je to cesta do stáří.⁶⁷

Podle Topinkové a Neuwirtha je stárnutí „*specifický, nezvratný a neopakovatelný biologický proces, univerzální pro celou přírodu... jeho průběh je nazýván životem*“.⁶⁸

Vostrý a Veteška definují stárnutí jako „*plynulý a přirozený fyziologický proces, kdy dochází ke změnám v organismu a také v psychice člověka... je to proces, při kterém dochází k degenerativním, morfologickým a funkčním změnám v jednotlivých orgánech... rychlost stárnutí je geneticky zakódována*“.⁶⁹

Podle Ondruškové a Krahulcové je stárnutí „*neodvratný, celoživotní proces, na jehož konci je stáří*“.⁷⁰

Podle Malíkové je stáří „*důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů modifikovaných dalšími faktory (chorobami, způsobem života a životními*

⁶⁴ ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. Gerontologie pro sociální práci. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 9788024643830.

⁶⁵ MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.

⁶⁶ KOVAL. Š. Antropologický rozmer epidemiologie staroby. Košice: PonT, 2001. ISBN 80-967611-3-7

⁶⁷ PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.

⁶⁸ Topinková, E., & Neuwirth, J. (1995). Geriatrie pro praktického lékaře. (1. vyd., 298 s.) Praha: Grada, str. 13.

⁶⁹ VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti. Praha: Grada, 2021. ISBN 9788027128662, str. 16.

⁷⁰ ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. Gerontologie pro sociální práci. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 9788024643830, str. 16.

podmínkami) a je spojeno s řadou významných sociálních změn (osamostatnění dětí, penzionování, změny sociálních rolí)^{.71}

Ptáčková, Ptáček popisují stáří následovně „Stáří... závěrečná vývojová etapa lidského života, je obdobím, během kterého dochází nejen k involučním procesům, ale také ke zrání naší osobnosti“^{.72}

Dle Mühlpachra stáří „není choroba, je však spojeno se zvýšeným výskytem nemocí a zdravotních potíží. Kromě smrti je hlavní hrozbou chorob ztráta soběstačnosti“^{.73}

3.6.3.2 Změny ve stáří a jeho znaky

Podle Jarošové má stáří „vysoce individuální charakter s velkými rozdíly“^{.74} Popisuje také tři „druhy“ stáří:

- biologické,
- psychologické,
- sociální.

Biologické stáří jsou fyziologické změny v organismu, které se týkají tkání a orgánů. Biologické stárnutí je individuální, u každého jedince probíhá jinak (různou rychlostí a intenzitou). Biologické stárnutí je silně ovlivněno genetikou a životním stylem.⁷⁵ Obecnými projevy biologického stárnutí jsou snížení výkonnosti všech funkcí, atrofie a změny reakcí na určitou zátěž. Atrofie se týká jak orgánů, tak tkání (kůže, svaly, játra...). Změny nastávají také v elasticitě orgánů a tkání, zhoršují se hormonální funkce, zvyšuje se obsah tělesného tuku atd. Mezi změnami tělesnými a psychickými je úzká souvislost.⁷⁶

Psychologické stáří je ovlivněno tím biologickým. Zhoršení fyzického stavu senior vnímá často velmi negativně a má to tak vliv i na jeho stránku psychickou. Někdy mohou tělesné změny vést ke změnám intelektovým, ale obecný předpoklad je takový,

⁷¹ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3, str. 16.

⁷² PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 9788027108763, str. 13.

⁷³ MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2, str. 39.

⁷⁴ JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2, str. 10.

⁷⁵ KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.

⁷⁶ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

že by s přibývajícím věkem nemělo docházet k zásadním změnám v oblasti psychologické, tyto změny nastupují pozvolna.⁷⁷ Projevuje se hlavně snížením poznávacích schopností, zpomalením psychomotorického tempa, zhoršením paměti a zhoršením pozornosti.⁷⁸ Mezi další projevy psychologického stárnutí patří zhoršení řeči (problém věci pojmenovat), zhoršení porozumění řeči, zvýšená emoční nestabilita, výkyvy nálad či naopak citová oploštělost, změny hodnotového systému, potřeb, zájmů apod.⁷⁹

Sociální stáří je spojeno se sociálními aspekty, kterých je nepřehledné množství. Většina lidí ve věku 60+ řeší (dle psychosociálního vývoje E. H. Eriksona) konflikt mezi integritou a zoufalstvím. Dosažení integrity znamená, že „*senior přijme globálně celý svůj život a akceptuje jeho smysl... přijímá své stáří, životní chyby a omyly, nesplněná přání a nedosažené cíle... akceptuje sám sebe takového, jaký je, neodsuzuje se, odpouští si*“.⁸⁰ Takovéto přijetí pak seniorovi umožňuje svobodně, plnohodnotně a důstojně dožít svůj život. Pokud by tato jednotlivá témata nezpracoval, došlo by u něj k opačnému výsledku, tedy k zoufalství. To je spojené se změnami psychických funkcí, neumožněním prožití stáří jako takového. Člověk pak stáří pouze „přežívá“ nikoliv prožívá a o důstojném stáří nemůže být řeč. Mezi nejvýznamnější sociální aspekty patří odchod do důchodu, změna ekonomické situace, změna společenské situace, generační osamělost, fyzická závislost apod.⁸¹

V našem organismu ve stáří probíhá řada různých změn. Venglářová, obdobně jako Jarošová, popisuje změny ve stáří na třech úrovních: tělesné, psychické a sociální.

⁷⁷ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁷⁸ HEGYI, L. A KOL. Sociálna gerontológia. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-80-89171-99-6

⁷⁹ MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁸⁰ Tamtéž, str. 19.

⁸¹ Tamtéž.

Tabulka 1 Přehled změn ve stáří

| Tělesné změny | Psychické změny | Sociální změny |
|---|------------------------------|-----------------------|
| změny vzhledu | zhoršení paměti | odchod do penze |
| úbytek svalové hmoty | obtížnější osvojování nového | změny životního stylu |
| změny termoregulace | nedůvěřivost | stěhování |
| změny činnosti smyslů | snížená sebedůvěra | ztráty blízkých lidí |
| degenerativní změny smyslů | sugestibilita | osamělost |
| kardiopulmonální změny | emoční labilita | finanční obtíže |
| změny v trávicím systému (v trávení, vyprazdňování) | změny vnímání | |
| změny vylučování moči | zhoršení úsudku | |
| změny sexuální aktivity | | |

Zdroj: vlastní zpracování – Venglářová (2007)

V rámci stárnutí je třeba si mimo jiné ještě rozlišit stárnutí fyziologické, které probíhá přirozeně, je součástí běžného života jedince a patologické stárnutí. Patologické stárnutí může mít podobu předčasného stárnutí, tedy nepoměru mezi kalendářním a funkčním věkem (kalendářní věk je nižší, než ten funkční).

Stárnutí a stáří má své charakteristické znaky:

- stárnutí a stáří má svou anatomii a fyziologii,
- stárnutí a stáří se vyznačuje morfologickými a funkčními změnami, mezi nimiž je určitý vztah (změna struktury → změna funkce),
- stárnutí je proces disociovaný, dezintegrovaný a asynchronní (nastupuje v různém věku, postupuje různou rychlostí a jednotlivé orgány stárnou odlišnou rychlostí),
- proces stárnutí je individuální → každý stárne jinak, jinou rychlostí, jinou intenzitou, navíc se kalendářní věk nemusí krýt s věkem funkčním
- dochází k funkčním změnám → involuce, regrese.

Z výše uvedeného můžeme tedy obecně shrnout, že pro stárnoucí osoby je charakteristický celkový úbytek sil, úbytek kognitivních schopností, snížení výkonnosti

a zvýšená potřeba odpočinku. Dále se pak stárnoucím osobám mění mimo jiné žebříček hodnot, životní styl, potřeby a zájmy.⁸²

3.6.3.3 Přímá sociální práce se seniorem

Nedílnou součástí práce se seniory je také práce s jejich rodinami. Sociální pracovník by měl podpořit v rozhodování nejen seniora, jakožto klienta, ale také jeho rodinu. Tato práce je někdy velmi náročná, ne vždy se klient s rodinou shodne na způsobu zacházení či umístění do zařízení a zde může sociální pracovník, ač často nechtěně, vstupovat do role mediátora. Přes to přese všechno, pouze klient, nehledě na to, jak je starý či nemocný, má právo rozhodovat o způsobu, jak s ním bude zacházeno a jak se bude jeho situace řešit.

Rolí sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách (dále jen PSS) je vytvořit pro klienta místo důvěry, bezpečí, vytvořit pro něj ty nejvhodnější podmínky, aby mohl vyjádřit svou vůli. Vzhledem k tomu, že v domovech bývají lidé již velmi staří či nemocní, měl by pracovník v tomto typu zařízení ovládat speciální komunikační dovednosti, aby byl schopen identifikovat i ty nejmenší možné náznaky vůle klienta.⁸³

3.6.3.4 Práce se seniory žijícími doma

Pro práci se seniory žijícími doma je třeba znát dobře problematiku rizikových starých osob, aby mohl pracovník nabídnout širokou škálu vhodných služeb, založených na individuálním přístupu k danému jedinci, tak, aby mohl řešit jeho náročnou životní situaci, zdravotní, sociální, ekonomický stav či jinou problematiku.

Základním pilířem terénní práce je dobrý monitoring starých lidí, kteří již potřebují nějakou pomoc či péči druhé osoby. Na základě vyhledávání a sledování ohrožených starých lidí mohou pracovníci poskytnout další návazné služby jako je poradenství, sociální intervence, komunitní práce, práce s rodinou, vyhledání vhodného zařízení atd.⁸⁴

⁸² MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.

⁸³ MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180

⁸⁴ Tamtéž.

3.6.3.5 Formy podpory prostřednictvím sociálních služeb pro seniory

Sociální služby jsou taxativně vymezeny zákonem a zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.⁸⁵ Tyto služby lze poskytovat jako:

- služby pobytové → spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněné bydlení, odlehčovací služby, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče),
- služby ambulantní → služby, kam osoba dochází nebo je doprovázena/dopravována, součástí není ubytování (odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, sociálně aktivizační služby pro seniory, odborné sociální poradenství),
- služby terénní → jsou poskytovány v přirozeném (domácím) sociálním prostředí (osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, odlehčovací služby a sociálně aktivizační služby pro seniory).⁸⁶

Celkově zákon definuje 33 sociálních služeb (§§39-70 Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách), výše zmíněné jsou zaměřené na cílovou skupinu osob, které mají „*sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku*“⁸⁷, tedy na seniory, kteří potřebují určitou míru pomoci či podpory.

Každá služba musí být na základě zákona vymezena základní definicí služby a okruhem osob, pro které je služba určena (cílová skupina). Vždy je třeba u každé služby poskytnout taxativní výčet základních činností, tzv. úkonů, které jsou součástí prováděcího předpisu. Úkony se dále specifikují dle druhu sociální služby.⁸⁸

⁸⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění §32

⁸⁶ Tamtéž, § 33.

⁸⁷ Tamtéž, §§ 39-70.

⁸⁸ Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění

3.7 Prevence syndromu vyhoření a psychohygienu

Každý pracovník v sociálních službách by měl mít alespoň nějaké povědomí o tom, že existuje něco jako totální psychické vyčerpání. Mnohdy však lidé pracující v těchto „rizikových“ oborech, co se syndromu vyhoření týká, nemají o tomto fenoménu ani ponětí.

Aby si člověk včas uvědomil, že se dostal do situace, kdy prochází některou z fází vyhoření, je potřeba nejen vědět, že něco takového existuje, ale také jakým způsobem se tento stav projevuje a čím je nejvíce ovlivňován. Měl by být seznámen s tím, co je možné udělat pro to, aby se do stresového stavu a psychického vyčerpání vůbec nedostal.

Možnosti prevence a zvládnání jevu psychického vyčerpání vycházejí z nesčetného množství odborných knih, článků a prací, kterými se zabývají stovky psychologů, psychiatrů a odborných lékařů. Předcházení a léčení syndromu vyhoření je třeba zaměřit na dvě oblasti. První oblastí je interní individuální možnost prevence, jež se týká jednotlivých lidí, kteří se mohou stát nebo se již stali obětí psychického vyhoření. Druhou oblastí jsou negativní vlivy prostředí, které na tyto lidi působí zvenčí (vliv okolností, životních a pracovních podmínek). Z pohledu jednotlivce bude asi důležitější první jmenovaná oblast, protože tu může každý z nás nějak ovlivnit.

3.7.1 Interní individuální možnost prevence

3.7.1.1 Smysluplnost žití

Jedná se o uspokojení či neuspokojení základních existenciálních potřeb, kterými jsou smysluplnost práce a smysluplnost života jako celku. S otázkami smysluplnosti se setkáváme ve všech psychologických pojetích, která se zabývají zvládnáním potíží, stresů, distresů, depresí či dokonce syndromem vyhoření. Aaron Antonovský (americký, později izraelský psycholog) ve své knize „Odkrývání závoje, zakrývajících tajemství zdraví“ uvádí, že „*Smysluplnost je centrálním faktorem zvládnání životních těžkostí (coping)... Komponent smysluplnosti v pojetí coping se vztahuje k tomu, jak člověk cítí, že jeho život má určitý smysl, že přinejmenším některé problémy, před které ho život staví, stojí za to, aby do nich investoval svou energii, aby se jejich řešení cele oddal, aby je chápal jako výzvu spíše nežli jako břemena, bez nichž by se raději obešel*“⁸⁹

⁸⁹ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3, str. 75.

3.7.1.2 Stresory a salutory

Výraznou roli v životě člověka hraje nepoměr stresorů (faktorů, které člověka zatěžují, stresují) a tzv. salutorů (schopností, dovedností, sil a možností danou situaci řešit). Pokud dojde k tomu, že stresory podstatně převyšují salutory, dochází ke stresu, který může přejít v distres (neřešitelnou, těžkou stresovou situaci). Řešením takovéto situace je pak buď ubrat stresory nebo naopak přidat na straně salutorů. V prvním případě to znamená, že se člověk vzdá některých aktivit, které jsou pro něj např. časově náročné nebo velmi zatěžující. Patří sem i delegace pravomocí, to znamená, že pracovník přenechá část svých kompetencí a zodpovědnosti na někoho jiného. V nejzazším případě, kdy rozdělit pravomoci nelze, je asi nejlepším řešením „zcela odejít ze hry“.

Ve druhém případě to znamená přidat na faktorech, které jedinci pomáhají udržet a posilovat zdraví, což představuje v podstatě odpověď na stres, obrannou strategii a únik do bezpečí. Jedná se o vnitřní psychickou pohodu, pozitivní emocionalitu nebo aktivní postoj ke stresu (dýchání, pohyb, pasivní odpočinek nebo hudba).

3.7.1.3 Osobnostní charakteristiky

Jelikož existují velké osobnostní rozdíly mezi lidmi, existují i velké rozdíly mezi tím, jak jsou lidé schopni odolávat stresu. Někteří se při sebemenším problému hrouť, jiní zastávají názor: „co Tě nezabije, to Tě posílí“ a překážky berou jako výzvu. Vše, co se jim podaří posiluje jejich sebevědomí a sebehodnocení. Proto je důležité jako prevenci proti stresu posilovat u lidí charakteristiky, které umožňují lépe vzdorovat stresu a tím snížit nebezpečí syndromu vyhoření.

3.7.2 Externí vlivy v prevenci a zvládání

3.7.2.1 Sociální opora

Sociální opora je mimořádně důležitým faktorem jak při předcházení stresovým situacím nebo psychickému vyhoření tak i při zvládání těchto jevů a terapii. Žádný člověk není na světě sám, je součástí určité sociální skupiny, do které patří především rodina, přátelé, spolužáci, sousedé či spolupracovníci. Toto společenství lidí, kteří jsou nějakým způsobem spolu propojeni vytváří tzv. sociální síť. Ta pak slouží jako důležitá pomoc v boji se stresem či zabránění stavu emocionálního vyhoření.

Autorská dvojice Ayala Pines a Elliot Aronson ve své výzkumné práci uvádí myšlenku: „*Ukazuje se, že čím lepší vztahy daný člověk k druhým lidem má, tím*

má i relativně nižší úroveň psychického vyhoření. Lidé, kteří připisují druhým lidem poměrně vyšší hodnotu nežli věcem, si více váží sociální opory a vytvářejí kolem sebe podpůrnou sociální síť přátelských vztahů. Čím více se určitému člověku dostává sociální opory, tím méně příznaků syndromu burnout je u něho možno zjistit.“⁹⁰

3.7.2.2 Dobré vztahy mezi lidmi

Jelikož má psychické vyčerpání velmi blízko k nespokojenosti, je jasné, že vzájemné vztahy mezi lidmi na pracovišti budou významně ovlivňovat pracovní spokojenost či nespokojenost. Proto jsou to dobré vztahy mezi lidmi jak doma, tak i na pracovišti, co kladně působí jako prevence na vznik syndromu vyhoření.

3.7.2.3 Kladné hodnocení druhých lidí

V případě, že se člověk dostává do situace, kdy se pomalu propadá do stavu vyhoření, je kladné hodnocení druhých lidí velmi důležitým externím vlivem v rámci prevence a zvládnutí nastalé situace. Jedná se o projev úcty, respektu či váženosti, které přispívají k tomu, aby se člověk cítil poctěn, obohacen a měl důvod o sobě lépe smýšlet.

3.7.2.4 Pracovní podmínky

Jak již bylo řečeno výše, syndrom vyhoření je úzce spjat s pocitem nespokojenosti. Aby byl člověk spokojený v práci, kde stráví většinu svého života, jsou velmi důležité jeho pracovní podmínky. S těmi je spojena organizace práce (co se od koho očekává, průběžná kontrola a zpětná vazba, flexibilita), úprava pracoviště (hluk, světlo, tepelné podmínky, klid na práci).

Důležité je neztratit smysl pro humor ...

3.8 Supervize

Supervize je často zaměňována s jinými metodami, které se používají při rozvoji sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Supervizí NENÍ koučink⁹¹, mentoring či tutoring, popřípadě psychoterapie nebo organizační poradenství. Jednotlivé metody je velmi těžké rozlišit, hlavně z důvodu jejich prostupnosti v rámci formálních

⁹⁰ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.

⁹¹ V textu používáme tento fonetický přepis anglického slova coaching, které bývá užíváno buď v této, či původní podobě (rovněž také koučování). Pojem pochází z angl. coaching – soustavně připravovat (HAIS, HODEK, 1984).

a obsahových rámců. Zejména supervize, která má jak prvky vzdělávání, tak vedení či poradenství a řízení. Kdyby však zdůrazňovala pouze jeden z mnoha prvků, pak by ztratila svůj původní a jedinečný význam.⁹²

Pojem supervize byl do českého jazyka převzat z anglického *supervision* což znamená „dozor“ (jakákoliv situace, kde pověřená osoba dohlížela na osobu jinou v průběhu zadaného úkolu či činnosti). Avšak základem je jazyk latinský. V latinském jazyce má předpona *super* význam ve smyslu „výše“ nebo „přes“, vyjadřuje nám tedy jakýsi nadhled, pomocí něž lze na věc pohlížet z různých úhlů.⁹³ Kořen slova *videre/vizia*, pak znamená „hledět, vidět“ ale je překládáno také jako „vidina, zjevení či přelud“.⁹⁴

Supervize má nepřeborné množství definic. V základu se autoři shodují, že jde o jakýsi dozor či kontrolu nad prací druhých, dále se však objevují různé nuance v tom, jak jednotliví autoři definují supervizi (v anglickém jazyce *supervision*). Z mnoha definic, které jsou k nalezení v odborné literatuře mohu zmínit mimo jiné např. tyto:

- *supervision* obecně jako dohled, dozor, kontrola či introspekce,⁹⁵
- supervize jako nadhled a zároveň dohled (jedno bez druhého – supervize by nebyla supervizí); nadhled je potřebný k řešení otázek, se kterými se pracovník v pracovním životě setkává, to pak vede k rozvoji,⁹⁶
- supervize jako nadhled, který je však třeba až ve chvíli, kdy si pracovník se situací neví rady, neví, jak dál postupovat, jaké kroky učinit, zda kroky, co podnikl byly správné,⁹⁷
- dle Velkého anglicko-českého slovníku je význam *supervision* následovný „1 dohled, dozor; 2 kontrola, řízení, vedení, inspekce, vrchní dozor; 3 školní inspekce; 4 řídčeji revize, redakce textu“,⁹⁸

⁹² SVOBODOVÁ P. et al. Úvod do supervize: Cyklický model. Tišnov: SCAN, 2002. ISBN 80-86620-002-X.

⁹³ HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ, et al., 2008. Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizity, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén. ISBN 978-7262-532-1.

⁹⁴ KADUSHIN, Alfred, 2002. *Supervision in Social Work*. 4th ed. New York: Columbia University Press. ISBN: 0-231-12094-X.

⁹⁵ KOPŘIVA, Karel, 2000. Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-429-X

⁹⁶ MICHKOVÁ, Adéla, 2008. *Supervize*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-145-1.

⁹⁷ ÚLEHLA, Ivan, 2007. *Umění pomáhat*. 2. vydání. Praha: Slon. ISBN 978-80- 86429-36-6.

⁹⁸ HAIS, K.; HODEK, B. *Velký anglicko-český slovník* .: 3. přeprac. vyd. Praha :Academia, 1997. 2 sv. 2918 s. ISBN 80-200-0673-7 (1. sv.), 80-200-0674-5 (2. sv.).

- supervize jako kvalifikovaný dohled nad průběhem programu či projektu, zaměřený na kvalitu činnosti pracovníků,⁹⁹
- supervize jako metoda, kterou dohlížíme a ověřujeme, zda zásahy ze strany pracovníků byly ve prospěch klientů (odpovídají jejich potřebám),¹⁰⁰
- supervize jako metoda práce, která je cíleně zaměřená na zlepšení a rozvoj profesionality,¹⁰¹
- supervize jako schopnost reagovat na vzájemné argumenty, být schopen jít do střetu a zároveň být schopen rozvinout důvěru, respektovat názory druhých apod..¹⁰²

A na koho je tedy dobré supervizi cílit nebo pro koho je konkrétně určena? V podstatě pro každého, kdo pracuje v pomáhajících profesích. Ať už jsou to lékaři, zdravotní sestry, pracovníci v sociálních službách (domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, dětské domovy, chráněné dílny, sociálně terapeutické dílny...) nebo sociální pracovníci na úřadech či v různých nízkoprahových zařízeních, na linkách důvěry či v azylových domech.¹⁰³ Tedy pro ty, kteří jsou v rámci svého zaměstnání v úzkém a silném kontaktu s druhými lidmi a jsou tak více ohroženi působením velkého množství stresu a následně tedy i syndromem vyhoření.¹⁰⁴

⁹⁹ MATOUŠEK, Oldřich, 2008. Slovník sociální práce. Praha: Portál. 2 přepracované vydání. ISBN 978-80-7367-368-0.

¹⁰⁰ DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2009b, č. 6. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. Sociální péče. s. 42-44. ISSN 1213-2330.

¹⁰¹ MICHKOVÁ, Adéla a Adéla MOJŽÍŠOVÁ, 2008. Supervize v sociální práci. In Kapitoly sociální práce v praxi. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. 108–117 s. ISBN 978-80-7394-074-4.

¹⁰² CARROL, Michael a Margaret THOLSTRUPE, 2004. Integrovaní přístupy k supervizi. Praha: Triton. ISBN 80-7254-582-5

¹⁰³ Centrum supervize: Pro koho je supervize? [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <http://centrumsupervize.cz/pro-koho-je-supervize.html>

¹⁰⁴ MUDr. Vanda Valentová psychiatrická a psychoterapeutická ambulance: SUPERVIZE V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie-hradiste.cz/supervize-v-pomahajicich-profesich>

3.8.1 Supervize v pomáhajících profesích

Hess definuje supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, supervidovaným, ve snaze zlepšit schopnost supervidovaného účinně pomáhat lidem“.¹⁰⁵

Loganbill a kolektiv uvádí, že supervize je „intenzivní, mezilidsky zaměřený individuální vztah, v němž je úkolem jedné z osob usnadňovat rozvoj terapeutické kompetence druhé osoby“.¹⁰⁶

Supervize má v sociální práci hned tři hlavní funkce:

- vzdělávací (formativní) → týká se rozvoje dovedností, schopností a porozumění supervidovaného, a to prostřednictvím reflexe a rozboru jejich práce s klienty,
- podpůrnou (restorativní) → tato funkce je důležitá hlavně z důvodu skutečnosti, že na každého pracovníka, který pracuje s klienty dopadá stres, úzkost, zoufalství, bolest... je třeba si tyto pojmy uvědomit a naučit se s nimi pracovat, zvládat své reakce tak, aby pracovníci nebyli emocemi přehlceni; špatná práce s emocemi může vyústit v syndrom vyhoření,
- řídící (normativní) → má funkci kontroly kvality; každý supervizor nese určitou míru zodpovědnosti za správné vykonávání práce supervidovaných a za to, že jejich práce bude odpovídat etickým standardům.

Můžeme rozlišit několik druhů supervizí, a to supervizi výukovou, výcvikovou, řídící a poradenskou. U každé z nich je v jiné míře uplatněna funkce vzdělávací, podpůrná a řídící.

Ve výukové supervizi je dominantní funkce vzdělávací a supervizor má zde roli spíše učitele, pomáhá tedy supervidovaným rozebírat jejich práci s klienty.

I u výcvikové supervize je dominantní funkcí funkce vzdělávací, supervidovaní jsou zde v roli jakýchsi učňů. Supervidovanými mohou být jak psychoterapeuti ve výcviku, tak studenti sociální práce apod. Rozdíl mezi výukovou a výcvikovou supervizí tkví v tom, že u výcvikové má supervizor větší zodpovědnost za práci s klienty a přebírá tak mimo jiné i řídící funkci.

¹⁰⁵ HAWKINS, Peter a SHOHEE, Robin. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9, str. 59.

¹⁰⁶ Tamtéž, str. 59.

U řídící či manažerské supervize je supervizor zároveň nadřízeným supervidovaných. Dominantní funkcí je zde funkce řídící, kde má supervizor jednoznačnou zodpovědnost za práci supervidovaných s klienty. Vztah mezi supervizorem a supervidovaným je spíše nadřízený → podřízený než lektor → účastník.

Poradenská supervize je určena zkušeným, zodpovědným a kvalifikovaným pracovníkům, protože supervizor zde není v roli ani lektora, ani nadřízeného. Supervidování na těchto supervizích řeší věci, které si přejí sami rozebrat.

3.9 Relaxační metody

Ve fyziologii relaxace původně znamenala uvolnění všech svalových vláken, avšak v současné psychologii tímto termínem rozumíme psychické a fyzické uvolnění.

Spolu se správným dýcháním patří k nejlepším možnostem, jak uvolnit negativní účinky stresu. Ve stavu relaxace dochází k mnoha tělesným změnám, jako zpomalené dýchání, prohloubené dýchání, snížená spotřeba kyslíku, zpomalení metabolismu a další. Tyto změny organismu se nazývají relaxační odpověď a jsou jakýmsi protipólem těch změn, které vyvolává stres.¹⁰⁷

Relaxace je tedy „komplexní protistresová reakce, psychofyziologický stav intenzivní regenerace organismu, ve kterém dochází k posílení imunitního systému, zpomalení látkové výměny a hloubkové regeneraci buněk, zejména nervového systému“.¹⁰⁸

Možné metody relaxace:

- jóga,
- relaxační postupy na základě práce s tělem (masáže, akupresura, reflexologie),
- relaxace na bázi dechových cvičení,
- relaxačně koncentrační metody (progresivní relaxace, autogenní trénink, meditace),
- relaxačně imaginativní metody (tvůrčí představivost, Silvova metoda ovládnutí vědomí, Simontonova metoda – návrat ke zdraví)
- technologické relaxační metody
- aromaterapie, muzikoterapie, relaxační tanec,

¹⁰⁷ DROTÁROVÁ, Eva a DROTÁROVÁ, Lucia. Relaxační metody: malá encyklopedie : [jak zvládat stres]. Praha: EPOCH, 2003. ISBN 80-86328-12-0.

¹⁰⁸ Tamtéž, str. 79.

- bleskové relaxace (pro akutní stres, proti akutní psychické únavě, při sedavém zaměstnání, při práci s počítačem).¹⁰⁹

V následujících odstavcích zmíním několik vybraných druhů relaxačních metod.

3.9.1 Jóga

Původní významem byl systém indické filosofie a praxe. V dnešní době je to spíše „*systematické úsilí o dosažení plného tělesného a duševního zdraví*“¹¹⁰ Hlavním přínosem je vliv cvičení na zdraví jedince. Cvičení vychází z východního holistického pohledu na svět. Lidský organismus je zde chápán jako „*celek disponující latentními schopnostmi a skládající se ze tří samostatných a vzájemně propojených stránek (tělesné, duševní a duchovní)*“.¹¹¹

Existují různé druhy jógy, každá z nich sleduje jinou cestu k dosažení cílů (poznávání, cítění, vůle). Každý jedinec by si měl vybrat ten druh, který je pro něj vhodný. U někoho má dominantní postavení intelekt, u jiného emoce a u dalšího činy. Příkladem může být např. rádža jóga, hatha jóga, aštanga jóga, vinyasa jóga, kundalini jóga a mnoho dalších.

Jóga je vhodná zvláště v případě psychosomatických poruch způsobených stresem.¹¹²

3.9.2 Masáže

Masáž je aktivita, při níž se působí různým tlakem na povrch těla. Tlak se působí zpravidla rukama, ale je možné i nohama či jinými částmi těla. Jsou také typy masáží, kde se využívají různé nástroje a pomůcky (kartáče, látky, vodní proudy atd.). Historie masáží sahá až do dávnověku, přes středověk, antiku, novověk až do současnosti.

Během masáže působíme na tělo nejen mechanicky, ale také chemicky (emulze, oleje, krémy atd.) a reflexně. Mechanické působení je za pomoci tlaku na kůži, podkoží a povrchové svalstvo, chemické prostřednictvím různých olejů, emulzí či krémů působí na smysly, napomáhá k tonizaci, povzbuzení, či naopak k relaxaci a uvolnění.¹¹³

¹⁰⁹ DROTÁROVÁ, Eva a DROTÁROVÁ, Lucia. Relaxační metody: malá encyklopedie : [jak zvládat stres]. Praha: Epoque, 2003. ISBN 80-86328-12-0.

¹¹⁰ Tamtéž, str. 84

¹¹¹ Tamtéž, str 84.

¹¹² Tamtéž.

¹¹³ Tamtéž.

3.9.3 Akupresura

Pojmem akupresura rozumíme „*techniku, při které vyvíjíme (obvykle prsty) tlak na poměrně malé konkrétní plošky těla, tzv. aktivní body*“. ¹¹⁴ Při této metodě se využívá reflexních spojení mezi jednotlivými aktivními body.

Akupresura se může využívat např. na zmírnění bolestí, při léčbě únavy, ale také jako podpůrná forma léčby k léčbě jiné. Akupresura je také dobrá na léčbu psychosomatických onemocnění, a to včetně alergií. Je také výborným léčebným procesem při odstraňování negativních účinků stresu. ¹¹⁵

3.9.4 Reflexologie

Reflexologie má také dlouhou tradici, její kořeny sahají až do starověku. Reflexologie je založena na principu, že všechny části těla, ať už jde o ruce, nohy, hlavu atd. jsou propojeny jakýmsi kanálky, které vedou životní energii a tyto kanálky pak ústí v různých bodech na chodidlech. Pokud jsou tyto body, pro konkrétní část těla zablokovány, lze působením na tyto tzv. reflexní body, konkrétní části těla léčit. Zablokování reflexních bodů léčitelé popisují jako drobné krystalky v podkoží, právě v místě těchto reflexních bodů.

Podle některých léčitelů lze reflexologií zmírnit, či odstranit symptomy jakéhokoliv druhu. Jiní tvrdí, že reflexologie není sama o sobě léčbou, ale může napomoci ke zmírnění některých potíží, a to zejména těch, které jsou způsobeny stresem.

¹¹⁴ DROTÁROVÁ, Eva a DROTÁROVÁ, Lucia. Relaxační metody: malá encyklopedie : [jak zvládat stres]. Praha: Epoque, 2003. ISBN 80-86328-12-0, str. 105.

¹¹⁵ Tamtéž.

4 Vlastní práce

Vzhledem k tomu, že jsem po absolvování studia nastoupila do sociálního oboru, ve kterém pracuji dodnes (jak jsem již v úvodu uvedla), vybrala jsem si pro svou diplomovou práci téma, které se v této oblasti skloňuje čím dál tím častěji, a to syndrom vyhoření. Již ve své absolventské práci jsem se této problematiky lehce dotkla, když jsem psala na téma „Význam pracovníků v pomáhající profesi“. Díky tomu jsem si začala uvědomovat, jak důležité je, aby byli pracovníci nejen v sociálních službách, ale také ve veřejné správě s tímto fenoménem, jeho příčinami, důsledky, a hlavně možnou prevencí obeznámeni. Proto jsem si pro svou diplomovou práci toto velmi významné a podle mě někdy bohužel dost opomíjené téma vybrala.

4.1 Cíl výzkumu

V teoretické části jsem se snažila vysvětlit pojmy syndrom vyhoření a stres, definovat profese, u nichž je riziko syndromu vyhoření nejvyšší, popsat jeho jednotlivé fáze a zaměřit se na jednotlivé druhy možné prevence.

Praktická část práce zjišťuje ohrožení pracovníků v sociálních službách syndromem vyhoření a zodpovídá následující otázky.

Výzkumná otázka:

V jaké míře se syndrom vyhoření objevuje ve vybraných zařízeních a má supervize dopad na míru syndromu vyhoření u pracovníků sociálních službách?

Vedlejší otázky:

Jaký vliv má ocenění, a to nejen finanční, na pracovníky v sociálních službách ve vztahu k syndromu vyhoření?

Jaký vliv má míra spokojenosti se zaměstnáním (prostředím, kolegy, nadřízenými) na pracovníky v sociálních službách ve vztahu k syndromu vyhoření?

Jaký vliv má celkové uspokojení ze zaměstnání na pracovníky v sociálních službách ve vztahu k syndromu vyhoření?

Jaký vliv má délka praxe v oboru na vznik syndromu vyhoření?

Co je pracovníky pocíťováno jako nejčastější příčina syndromu vyhoření?

4.2 Metodika výzkumu

Sběr dat k diplomové práci byl proveden prostřednictvím kvantitativního výzkumu, konkrétně anonymního dotazníku, který jsem pro potřeby výzkumu sestavila. Před samotným dotazníkovým šetřením proběhla pilotáž na malém vzorku pracovníků v sociálních službách. Na základě jejich reakcí jsem udělala drobné úpravy na finální verzi dotazníku (šlo o drobné změny v podobě formulací otázek).

Dotazník obsahuje úvodní část a tři další k vyplnění. V úvodu oslovuji respondenta a seznamuji jej s tím, za jakým účelem byl dotazník sestaven. Na konci úvodní části respondentovi děkuji za jeho čas strávený nad dotazníkem.

Následuje první vyplňovací část dotazníku, kde respondenti vyplňují svůj věk, pohlaví, délku praxe v oboru, dosažené vzdělání a typ zařízení, kde pracují.

Druhá část je tvořena standardizovaným dotazníkem Burnout Measure (dále jen BM) od autorů Ayala Pinese a Elliota Aronsona, který je zaměřen na tři aspekty, a to pocit fyzického, emocionálního a psychického vyčerpání (převzato z knihy Jaro Křivohlavého: Jak neztratit nadšení, 1998). Dotazník BM budu dále blíže popisovat.

Třetí část je soubor mnou vytvořených otázek, které jsou zaměřené na zodpovězení některých stanovených hypotéz. Zaměřují se na míru spokojenosti s prostředím, zaměstnavatelem a kolegy, ohodnocením ze strany nadřízeného a celkovou spokojeností se zaměstnáním. Součástí jsou také otázky poskytující mi data ohledně poskytování supervize a jejího vlivu na syndrom vyhoření.

Pro své dotazníkové šetření jsem si vybrala organizaci, ve které jsem pracovala několik let. Jako příspěvková organizace kraje a zároveň největší poskytovatel sociálních služeb v Ústeckém kraji má neopomenutelný vliv na regionální rozvoj.

Dotazníky byly po předchozí domluvě předány vedoucím jednotlivých zařízení, kteří mi je dále předali jednotlivým pracovníkům v sociálních službách. Veškeré informace o tom, jak dotazník vyplnit jsou jeho součástí, zároveň s těmito informacemi byli seznámeni i vedoucí jednotlivých zařízení.

Celkem bylo rozdáno 87 dotazníků do pěti zařízení – Domov na Svobodě Čížkovice, Domov U Trati Litoměřice, Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace Litoměřice,

Domov sociální péče Chotěšov a Domov na Pustaji Křešice. Z celkového počtu 87 dotazníků se mi vrátilo 87 vyplněných, tedy bylo dosaženo 100% návratnosti. Pouze 3 dotazníky musely být pro jejich chybné nebo neúplné vyplnění vyřazeny.

4.3 Hypotézy

Na základě prostudované literatury a v souvislosti se zvolenými cíli byly stanoveny následující hypotézy.

H1: Syndrom vyhoření se bude objevovat ve vyšší míře u pracovníků s delší dobou praxe, tedy s praxí 15 let a více.

H2: Poskytovaná supervize bude snižovat míru syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách.

H3: Nižší riziko vzniku syndromu vyhoření bude u pracovníků, kteří využívají relaxační metody.

4.4 Centrum sociální pomoci Litoměřice

Dotazníkové šetření proběhlo v zařízeních Centra sociální pomoci Litoměřice, příspěvkové organizaci (dále jen CSP Litoměřice).

CSP Litoměřice je příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ústecký kraj. Ústecký kraj spravuje téměř 140 příspěvkových organizací, jejichž posláním je zajišťovat kvalitní a profesionální služby.

Hlavní sídlo (ředitelství) CSP Litoměřice je v Lovosicích, kde se vede evidence zájemců o službu, rozhoduje se o úhradách za služby, o rozmístění klientů apod. Sídlí zde ředitel organizace, sekretariát ředitele, hlavní sociální pracovník, ekonomické oddělení, personální oddělení.

Předmětem činnosti organizace je poskytování sociálních služeb dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zřizovatel primárně schvaluje poslání organizace, její cíle a okruh osob, pro které je služba určena. Dále pak schvaluje také další činnosti související s poskytováním sociálních služeb (činnosti ekonomické, provozní, investiční, administrativní apod.).

CSP Litoměřice poskytuje sociální služby celkem ve dvanácti zařízeních, a to:

- Domov sociální péče Chotěšov,

- Domov Na Pustaji Křešice,
- Domov sociální péče Skalice,
- Domov Na Svobodě Čížkovice,
- Domov důchodců Libochovice,
- Domov důchodců Milešov,
- Domov důchodců Čížkovice,
- Domov U Trati Litoměřice,
- Manželská a předmanželská poradna Litoměřice,
- Manželská a předmanželská poradna Louny,
- Chráněné bydlení Litoměřice,
- Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace.¹¹⁶

4.5 Základní charakteristika jednotlivých zařízení

Domov sociální péče Chotěšov je domov pro osoby se zdravotním postižením. Klientům zařízení poskytuje pobytovou službu. Klientem se mohou stát osoby, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení (mentálního či kombinovaného). Těmto klientům je zde zajištěno ubytování, strava, individuální podpora. Cílem služby je poskytnout klientům možnost se co nejvíce zapojit do běžného života v běžném sociálním prostředí. Konkrétně se zde zaměřují na osoby (muže i ženy) s mentálním či kombinovaným postižením ve věku od 40 let. Zařízení je bezbariérové, tedy vhodné i pro imobilní klienty.

Domov na Pustaji Křešice je také domov pro osoby se zdravotním postižením. Konkrétně je vhodné pro muže a ženy s mentálním či kombinovaným postižením, a to ve věku od 26 do 65 let. Toto zařízení není bezbariérové, není tedy vhodné pro imobilní klienty. Konkrétněji se tomuto zařízení budu věnovat v následující kapitole.

Domov sociální péče Skalice je zařízení pro osoby s mentálním či kombinovaným postižením, a to ve věku od 18 let. Zařízení poskytuje pobytovou službu, a to hned ve dvou budovách – hlavní budově (vyšší míra podpory) a menší vile (nižší míra podpory, samostatnější klientela). Poskytují zde ubytování, stravu, individuální podporu stejně, jako v předchozích zařízeních.

Domov Na Svobodě Čížkovice je specifický, poskytují se zde totiž služby klientům s mentálním či kombinovaným postižením již od 3 let, tedy od dětských let, do věku 35 let.

¹¹⁶ Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.csplitemerice.cz/>

Vzhledem k mladému věku některých klientů je zde práce pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách obzvláště náročná.

Domov důchodců Čížkovice a Domov důchodců Milešov jsou domovy se zvláštním režimem, tedy domovy pro osoby se stařeckou demencí, Alzheimerovou chorobou či jiným druhem demence. Liší se věkovou hranicí, kdy se může osoba stát klientem služby – Čížkovice od 54 let, Milešov od 50 let. Obě zařízení poskytují služby seniorům, kteří se dostali do nepříznivé sociální situace ať už z důvodu věku nebo chronické nemoci a jsou tak závislí na pomoci druhé osoby. Tito senioři často nemohou využít jiných služeb než domovů se zvláštním režimem. Služba je přizpůsobena individuálním potřebám této klientely, aby co nejvíce podporovala jejich samostatnost a umožnila jim důstojné stáří.

Domov U Trati Litoměřice je klasický domov pro seniory, tedy osoby starší 65 let, které mají sníženou schopnost soběstačnosti a potřebují tak pomoc druhé osoby. Snížená soběstačnost může být z důvodu věku či zdravotního stavu. Služba se opět zaměřuje na individuální potřeby klienta. Zařízení však není bezbariérové, proto zde není možné ubytovat imobilní klienty.

Domov důchodců Libochovice je nově jak klasickým domovem pro seniory, tak domovem se zvláštním režimem. Specializují se tedy jak na klasickou seniorskou klientelu – osoby od 65 let, snížená soběstačnost atd., tak na osoby s Alzheimerovou chorobou, stařeckou či jinou demencí. Služba je opět postavena na individuálních potřebách klienta.

Manželská a předmanželská poradna Litoměřice a Louny poskytuje odborné sociální poradenství ambulantní formou. Zaměřuje se na osoby v krizi, rodiny s dětmi a seniory, a to ve věku od 16 do 80 let. Poskytuje pomoc jak jednotlivcům, tak párům, manželům či rodinám. Zaměřuje se na problematiku mezilidských vztahů, řeší osobní, rodinné a partnerské problémy, pomáhá řešit těžkosti během rozvodů a v porozvodovém období. Mimo jiné poskytuje také telefonickou krizovou intervenci, přednáškovou činnost na školách, odborné komentáře v časopisech apod. Účastní se také komunitního plánování ve skupině „Rodina, děti a mládež“ v příslušných městech.

Chráněné bydlení Litoměřice poskytuje pobytovou službu osobám s mentálním či kombinovaným postižením ve věku od 18 do 80 let. Chráněné bydlení by se od klasické domácnosti nemělo příliš lišit. Pracovníci se zde snaží klienty v co největší možné míře a na základě jejich individuálních možností zapojit do běžných aktivit domácnosti, jako jsou úklid, vaření, nákupy, péče o domácnost (žehlení, praní...) apod. Stejně jako běžná populace

i klienti chráněného bydlení mohou využívat svého volného času dle libosti – vykonávat koníčky, jezdit na výlety, pobyty v zahraničí, utužovat přátelské vztahy, navazovat přirozené kontakty s okolím apod. Nejdůležitějším prvkem chráněného bydlení je vedení klientů k samostatnosti a nezávislosti. Klienti by tak měli mít možnost žít život jako jejich vrstevníci v běžné společnosti.

Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace (dále jen STD) poskytují sociální službu ambulantní formou, a to na dvou úsecích – úsek dílen a úsek Palačinkárny. Služba je určena pro klienty s mentálním postižením ve věku od 18 do 64 let. Cílem STD je rozvíjet u klienta samostatnost a nezávislost v běžném sociálním prostředí, vytvořit a upevnit jeho pracovní návyky, rozvíjet sociální a motorické schopnosti, a tím mu zvýšit možnost uplatnění na volném či chráněném trhu práce.¹¹⁷

4.6 Charakteristika zařízení, kde proběhlo dotazníkové šetření

4.6.1 Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace

Služby Sociálně terapeutické dílny (dále jen STD) jsou ambulantní – klienti do služby docházejí v určité dny a hodiny ze zařízení pobytových či z domova (od rodin).

Hlavním posláním této služby je podpořit klienty v co možná nejsamostatnějším životě, a to nejen v jejich osobním životě v rámci zařízení, kde jsou umístěni, ale také v běžném sociálním prostředí, tak jak ho známe.

STD poskytují individualizovanou podporu rozvoje pracovních, sociálních a motorických schopností. Tato podpora pak zvyšuje šance pro klienta uplatnit se na volném či chráněném trhu práce.

Další neméně důležitou součástí práce STD je informovat širší veřejnost o možnostech pracovního uplatnění lidí s mentálním a kombinovaným postižením, a to jak prostřednictvím Dne otevřených dveří STD, tak různými výstavami a prodejními akcemi s výrobky klientů.

STD se dělí na úsek dílen a Palačinkárny. Na úseku dílen nalezneme různé druhy výroby – keramická dílna, aranžérská dílna, šicí dílna, počítačová učebna, svíčkárna atd. Zde si klienti zlepšují motorické dovednosti (převážně jemnou a hrubou motoriku). Druhý úsek, úsek Palačinkárny, spočívá v nácviku pracovních a sociálních dovedností, prostřednictvím vaření, přípravy palačinek, mytí nádobí, úklidu a obsluhy hostů v tréninkové kavárně.

¹¹⁷ Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.csplitemerice.cz/>

Cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením ve věku od 18 do 64 let. Maximální denní kapacita je 20 uživatelů za den. Probíhají zde ranní a odpolední směny. Ranní směny probíhají od 7 hodin do 15,30 hodin a odpolední směny od 9,30 hodin do 18 hodin. Celkem je zde jeden sociální pracovník a 8 pracovníků v sociálních službách.¹¹⁸

4.6.2 Domov sociální péče Chotěšov

Domov sociální péče Chotěšov je domov pro osoby se zdravotním postižením a je to služba pobytová. Služba se poskytuje osobám se sníženou schopností pečovat o sebe sama z důvodu zdravotního postižení. Služba poskytuje ubytování, stravu, každodenní podporu, zdravotní služby a sociální terapii. Cílem je podpořit klienty, aby mohli žít život co nejvíce podobný tomu běžnému, podpořit jejich individuální schopnosti a samostatnost.

Zařízení se nachází v budově bývalých kasáren. Kasárny byly v roce 1997 zrekonstruovány pro potřeby sociálních služeb. Služby se zde poskytují ve tří patrové budově s dopravním výtahem, vlastní kuchyní a prádelnou. Zařízení je oplocené a uzavřené. Kolem budovy je prostorná, upravená zahrada se zelení, hřištěm a zahradními altány pro relaxaci klientů.

Zařízení vedle ubytování, stravování a obslužné péče poskytuje také péči zdravotní a sociální terapii.

Zdravotní péči poskytují jedenkrát v týdnu, kdy do zařízení jezdí praktický lékař. Dle potřeby poskytuje také služby psychiatra. Další odborná vyšetření jsou pak poskytována v zařízeních pro to určených, kam klientům poskytují pracovníci doprovod. Odbornou ošetrovatelskou péči jako je podávání léků, injekcí, mastí apod. zajišťují kvalifikované zdravotní sestry.

Sociální terapie se poskytuje prostřednictvím výchovných a aktivizačních činností, kde se podporuje kontakt s rodinou a okolím. Vše je vždy na základě schopností a individuálních potřeb klienta. Zařízení nabízí rekreační pobyty, sportovní a zábavné hry, kulturní akce, kondiční cvičení, společenské hry, ruční práce, soutěže, výlety, procházky apod.

Služba je určena pro klienty s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 40 let. V Domově je celkem kapacita 63 lůžek. Služba je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně, včetně víkendů a svátků. Službu zajišťuje jedna sociální pracovnice, šest

¹¹⁸ Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.csplitemerice.cz/>

zdravotních sester, jedna vrchní sestra, ergoterapeut, dva pracovníci v sociálních službách ZVNČ¹¹⁹ a 29 pracovníků v sociálních službách.¹²⁰

4.6.3 Domov U Trati Litoměřice

Domov U Trati Litoměřice je sociální služba domova pro seniory a zajišťuje péči klientům od 65 let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu věku či zdravotního stavu a potřebují tak zvýšenou míru podpory druhé osoby a nestačí zde pouze terénní či ambulantní sociální služba.

Služba se poskytuje s důrazem na individualitu a individuální potřeby klienta. Služba je postavena na zásadách respektu, důstojnosti a zachování práv klientů. Každý klient by měl mít možnost se sám rozhodovat a tato možnost je v co nejvyšší míře podporována. Pro službu je také důležité, aby klient udržoval přirozené a rodinné vazby.

Službu nelze poskytovat imobilním klientům z důvodu technických možností budovy. Služba se poskytuje v pětipodlažním panelovém domě, kolem domu je prostorný areál s okrasnými květinami, keři a stromy, ideální místo pro relaxaci klientů. Areál je v sousedství Krajské zdravotní nemocnice.

Domov zajišťuje nejen ubytování, stravu, a běžnou péči v rámci sociální služby, ale také zájmové a kulturní činnosti jako je např. kondiční cvičení, kinokavárna, pečení a vaření, soutěže, ruční práce, venkovní i vnitřní ping pong, kulečnick, návštěvy divadla, výstav a tak podobně. Vedle těchto služeb Domov U Trati poskytuje také duchovní služby, a to v podobě ekumenické¹²¹ Bohoslužby, která se zde koná pravidelně jednou za měsíc.

V Domově je celkem kapacita 80 lůžek. Služba je poskytována nepřetržitě 24 hodin denně, včetně víkendů a svátků. Službu zde zajišťuje jedna sociální pracovnice, deset zdravotních sester a 31 pracovníků v sociálních službách.¹²²

4.6.4 Domov Na Svobodě Čížkovice

Domov Na Svobodě Čížkovice je domov pro osoby se zdravotním postižením. Zařízení poskytuje služby mužům i ženám s mentálním či kombinovaným postižením

¹¹⁹ základní výchovná nepedagogická činnost – prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, rozvíjení pracovních návyků, rozvoj osobnosti atd.

¹²⁰ Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.csplitomerice.cz/>

¹²¹ všeobecná, světová, týkající se všech křesťanských církví

¹²² Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.csplitomerice.cz/>

ve věku od 3 do 35 let, kteří z důvodu svého postižení potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby a tato pomoc jim nemůže být poskytnuta ze strany jejich rodiny, terénní či ambulantní sociální služby.

Služba je poskytována v nepřetržitém celoročním provozu, tedy 24 hodin denně včetně víkendů a svátků. Služba poskytuje kapacitu 56 lůžek. Službu zde zajišťuje jedna sociální pracovnice, sedm zdravotních sester a 40 pracovníků v sociálních službách. Činnosti všech pracovníků probíhají dle harmonogramu, ale hlavně na základě individuálních potřeb klientů.

Stejně jako v ostatních zařízeních CSP, přistupují i zde pracovníci ke klientům s respektem, důstojností, na základě individuálních potřeb. Vždy dbají na specifické potřeby a individualitu klienta, podporují a pomáhají jen v takové míře, kterou klient opravdu potřebuje, v takové míře, aby měl klient možnost rozvíjet své schopnosti a dovednosti, měl právo na svobodnou volbu a na přiměřené riziko v rámci svého rozhodování. Pracovníci také podporují klienty v navazování sociálních kontaktů s přáteli, příbuznými a společenským prostředím.

Stejně jako v předchozích zmíněných zařízeních se i zde poskytují vedle ubytování, stravy a základní péče v rámci sociální služby, také výchovné a vzdělávací aktivity, sociálně terapeutické činnosti či základní sociální poradenství.

S ohledem na věkovou strukturu klientů jsou důležitou součástí služby hlavně vzdělávací a výchovné a aktivizační služby. Vše probíhá na základě individuálních potřeb klientů. Klienti mají v rámci aktivizace k dispozici relaxační místnost, keramickou dílnu, muzikoterapii, canisterapii, bazální, pohybovou, somatickou a smyslovou stimulaci. V průběhu dne i týdne je také brán zřetel na přípravu na vyučování – výchovný plán a výchovně-vzdělávací činnost vychází z obecných cílů vzdělávání a výchovy speciální pedagogiky. V rámci povinné školní docházky klientů Domov spolupracuje se Základní školou speciální, Základní školou praktickou a Praktickou školou Litoměřice. Je několik možností, jak probíhá povinná školní docházka:

- klienti dochází do detašovaného pracoviště přímo v Domově,
- dojíždí či dochází do detašovaného pracoviště v Lovosicích,
- dojíždí či dochází přímo do Základní školy speciální, Základní školy praktické a Praktické školy v Litoměřicích.

V rámci sociálně terapeutické činnosti mají klienti možnost prohlubovat své individuální schopnosti a dovednosti, zlepšovat se v samostatnosti, upevňovat

si pracovní návyky a tak podobně. Klienti se tak učí vařit, prát, žehlit, věšet prádlo, nakupovat oblečení, cukrovinky či jiné pochutiny, učí se také orientaci nejen v okolí domova, ale především v nedalekých městech. Mimo jiné je prováděn nácvik jednotlivých tras do sociálně terapeutických dílen, do obce, do obchodu, na autobus apod. Tedy vše, s čím by se klient setkal v běžném životě.¹²³

4.6.5 Domov na Pustaji Křešice

Domov Na Pustaji Křešice je domov pro osoby se zdravotním postižením a poskytuje pobytové služby mužům a ženám s mentálním či kombinovaným postižením od 26 do 65 let, kteří z důvodu svého postižení potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby a tato pomoc jim nemůže být poskytnuta ze strany jejich rodiny, terénní či ambulantní sociální služby.

Stejně jako v předchozích zmíněných zařízeních se i zde poskytuje ubytování, strava, základní péče v rámci sociální služby, zdravotní péče atd. Veškerá péče je vykazována na základě individuálního přístupu ke klientům, jejich schopnostem a dovednostem. Služba se snaží pro klienty zajistit důstojné podmínky pro život, podporovat jejich samostatnost, svobodu v rozhodování, právo na přiměřené riziko atd.

Domov se nachází za obcí Křešice, je umístěn v postupně rekonstruovaném objektu. Areál objektu je oplocen. V areálu lze nalézt velké travnaté plochy, okrasné i ovocné stromy, okrasné květiny, skleník, voliéru s andulkami, altány pro relaxaci klientů i personálu a mnoho dalšího. Domov má vlastní prádelnu, jídelnu s kuchyní a tělocvičnu. Prostory nejsou bohužel vhodné pro imobilní klienty. Službu zajišťuje jedna sociální pracovnice, sedm zdravotních sester a 15 pracovníků v sociálních službách. Domov má celkovou kapacitu 43 lůžek.¹²⁴

¹²³ Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.cspltomerice.cz/>

¹²⁴ Tamtéž.

5 Výsledky

5.1 Dotazník – základní informace

První část dotazníku byla zaměřena na zjištění základních informací o respondentech, jako je pohlaví, věk, roky praxe, vzdělání a v jakém typu sociální služby pracují.

5.1.1 Pohlaví

Pomocí této otázky jsem zjišťovala procentuální zastoupení žen a mužů zaměstnaných ve vybraných zařízeních CSP Litoměřice, konkrétně v zařízeních:

- Domov Na Svobodě Čížkovice,
- Domov Na Pustaji Křešice,
- Domov sociální péče Chotěšov,
- Domov U Trati Litoměřice,
- Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace Litoměřice.

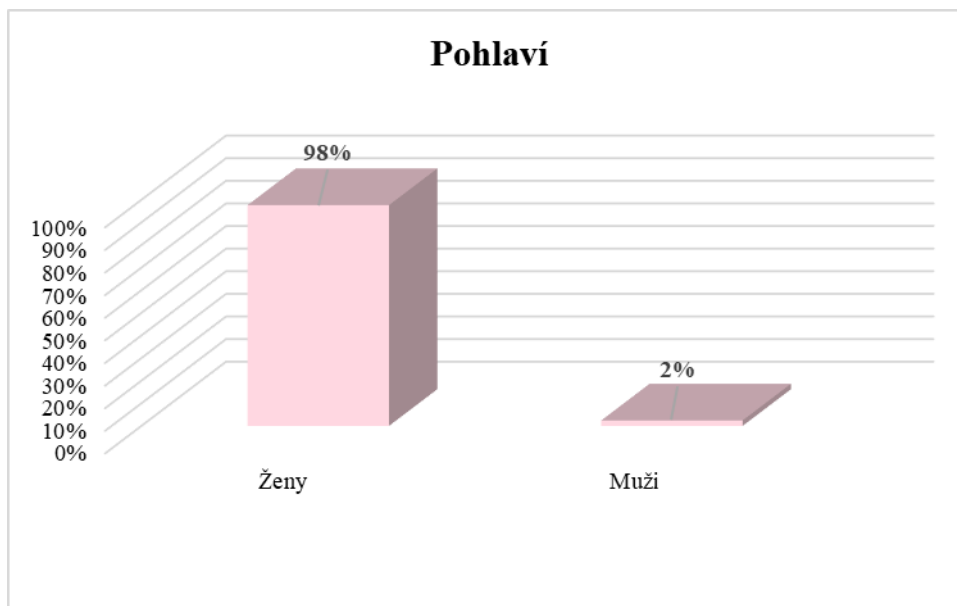
Jak vyplývá z tabulky č. 2, většinu zaměstnanců zařízení CSP Litoměřice tvoří ženy. Ženské pohlaví je zde zastoupeno v neuvěřitelných 98 %, kdežto mužské pohlaví pouze ve 2 %.

Tabulka 2 Pohlaví

| Pohlaví | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------|-------------------|-------------------|
| Ženy | 82 | 98% |
| Muži | 2 | 2% |
| Celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 1 Pohlaví



Zdroj: vlastní zpracování

5.1.2 Věk

Pomocí této otázky jsem zjišťovala věk respondentů. Otázka byla otevřená, respondenti tedy mohli napsat konkrétní věk a nemuseli se řadit do skupin. Pro potřeby vyhodnocení jsem si však vytvořila následující věkové skupiny: 18-34, 35-49 a 50 a více.

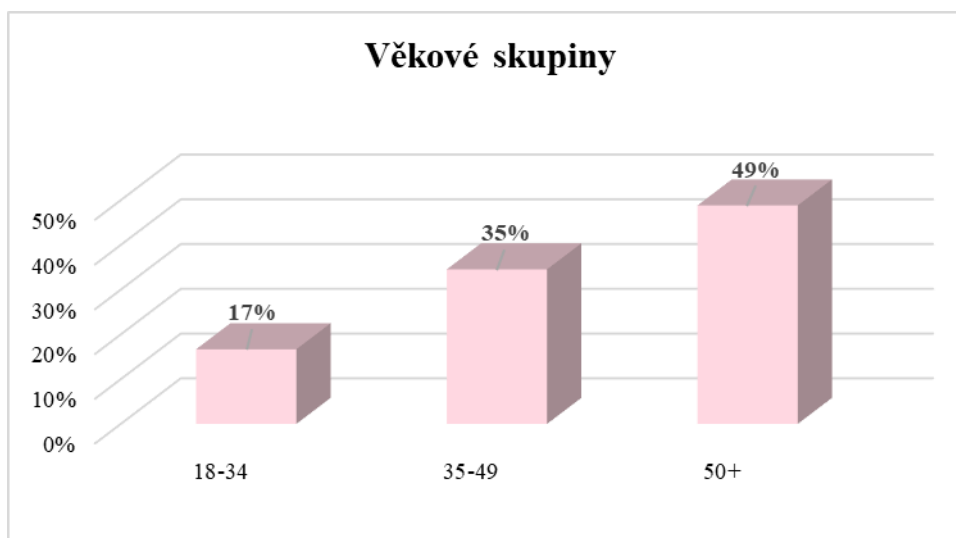
Jak je zřetelné z tabulky č. 3, nejpočetnější skupinou byla věková skupina 50 let a více, která činila téměř polovinu, celkem 49 %. Druhou nejpočetnější byla věková skupina od 35 do 49 let, kam spadalo celkem 35 % všech respondentů. Poslední, nejméně zastoupenou skupinou, byla věková skupina od 18 do 34 let, která byla zastoupena 17 % všech respondentů.

Tabulka 3 Věkové skupiny

| Věk | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 18-34 | 14 | 17% |
| 35-49 | 29 | 35% |
| 50+ | 41 | 49% |
| Celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 2 Věkové skupiny



Zdroj: vlastní zpracování

5.1.3 Délka praxe

Pomocí této otázky jsem zjišťovala, jak dlouho oslovení respondenti pracují v oblasti sociálních služeb. Otázka byla otevřená, respondenti tedy mohli napsat konkrétní délku praxe a nemuseli se řadit do skupin. Pro potřeby vyhodnocení jsem si však vytvořila následující skupiny: 0-4, 5-9, 10-14, 15 a více let.

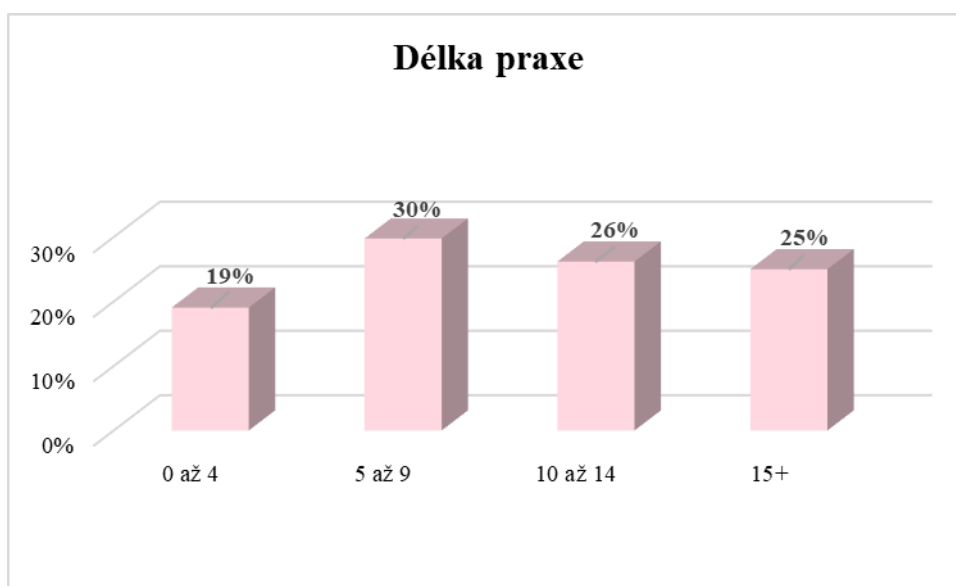
Jednotlivé skupiny se v rámci délky praxe příliš nelišily. Z tabulky č. 4. lze vyčíst, že nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s praxí od 5 do 9 let. Tato skupina tvořila 30 % dotazovaných. Na druhém místě byli respondenti s praxí delší jak 15 let, tato skupina tvořila 25 %. Z toho celkem 7 respondentů dosáhlo praxe delší jak 30 let. Respondenti s praxí od 0 do 4 let byli zastoupeni 19 % a respondenti s praxí od 10 do 14 let byli zastoupeni 24 %.

Tabulka 4 Délka praxe

| Praxe | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------|-------------------|-------------------|
| 0 až 4 | 16 | 19% |
| 5 až 9 | 25 | 30% |
| 10 až 14 | 22 | 26% |
| 15+ | 21 | 25% |
| Celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 3 Délka praxe



Zdroj: vlastní zpracování

Délku praxe v oboru jsem za pomoci statistické metody korelace porovnála s mírou rizika syndromu vyhoření. Vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření se projevil jako slabá negativní korelace (konkrétně $-0,0352$), což znamená, že vztah mezi délkou praxe a mírou vyhoření nebyl prokázán.

Průměr BM u respondentů s praxí do 15 let byl 2,6 a u respondentů s praxí vyšší jak 15 let byl BM 2,7. Tedy je zde nepatrný rozdíl, avšak nijak významný.

Tabulka 5 Vliv délky praxe na syndrom vyhoření

| Roky praxe | Míra BM |
|------------|---------|
| 1 | 2,9 |
| 2 | 2,2 |
| 3 | 2,8 |
| 4 | 3,9 |
| 5 | 2,8 |
| 6 | 3,9 |
| 7 | 2,2 |
| 8 | 1,8 |
| 9 | 2,1 |
| 10 | 2,8 |
| 11 | 2,6 |
| 12 | 2,1 |
| 13 | 3,5 |
| 14 | 2 |
| 15 | 2,7 |
| 16 | 2 |
| 17 | |
| 18 | 2,2 |
| 19 | |
| 20 | 2 |
| 21 | |
| 22 | 2,9 |
| 23 | |
| 24 | 2,4 |
| 25 | 2,7 |
| 26 | |
| 27 | |
| 28 | 2,1 |
| 29 | |
| 30 | 2,4 |
| 31 | 2,5 |
| 32 | |
| 33 | |
| 34 | 3,4 |
| 35 | |
| 36 | 3,2 |

| | |
|-----------------|---------|
| Korelace | -0,0352 |
|-----------------|---------|

Zdroj: vlastní zpracování

5.1.4 Dosažené vzdělání

Pomocí této otázky jsem zjišťovala, jaké nejvyšší dosažené vzdělání respondenti mají. Pro potřeby dotazníku jsem vytyčila čtyři základní skupiny nejvyššího dosaženého vzdělání, a to základní škola, střední škola bez maturity, střední škola s maturitou a vysoká škola.

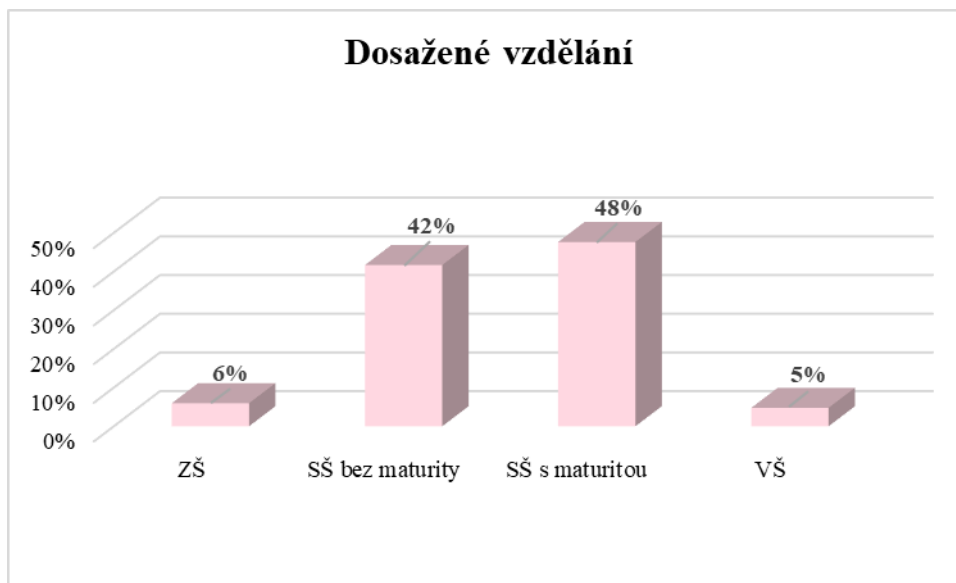
Nejpočetnější skupinu tvořili respondenti s dosaženým středoškolským vzděláním s maturitou, celkem bylo jejich zastoupení 48 %. Hned za nimi byli respondenti s dosaženým středoškolským vzděláním bez maturity, kteří tvořili 42 % procent dotazovaných. Následovali respondenti se základním vzděláním, kterých bylo pouze 6 % a na konci se umístili respondenti s vysokoškolským vzděláním, kterých bylo pouhých 5 % ze všech dotazovaných.

Tabulka 6 Dosažené vzdělání

| Vzdělání | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ZŠ | 5 | 6% |
| SŠ bez maturity | 35 | 42% |
| SŠ s maturitou | 40 | 48% |
| VŠ | 4 | 5% |
| Celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 4 Dosažené vzdělání



Zdroj: vlastní zpracování

5.2 Dotazník – druhá část Burnout measure

Druhá část dotazníku byla zaměřena na míru rizika syndromu vyhoření u dotazovaných respondentů. Míru vyhoření jsem měřila za pomoci převzatého dotazníku Burnout Measure (dále jen BM) od autorů Ayala Pinese a Elliota Aronsona, konkrétně z knihy Jaro Křivohlavého: Jak neztratit nadšení, 1998.

5.2.1 Burnout measure

Burnout Measure (dále jen BM) je standardizovaný dotazník převzatý od autorů Ayala Pinese a Elliota Aronsona, konkrétně z knihy Jaro Křivohlavého: Jak neztratit nadšení, 1998.

Pines a Aronson uvádí „vyhoření je definováno a subjektivně prožíváno jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, způsobeného dlouhodobým působením v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné... tato emocionální náročnost je nejčastěji způsobena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy“.¹²⁵

BM se skládá z 21 otázek, na které respondent odpovídá na základě stupnice 1 = nikdy, 2 = jednou za čas, 3 = zřídka kdy, 4 = někdy, 5 = často, 6 = obvykle, 7 = vždy, podle toho,

¹²⁵ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3, str. 49-50.

jak často má pocity a zkušenosti uvedené v dotazníku. Otázky se zaměřují např. na míru únavy, pocity štěstí, pocity deprese, tělesné a citové vyčerpání apod.

Z odpovědí se pomocí vzorce vypočítá BQ, které udává míru ohrožení syndromem vyhoření. BQ se následně rozděluje do pěti skupin, každá skupina odpovídá jiné míře ohrožení syndromem vyhoření:

- $BQ < 2$ dobrý výsledek z hlediska psychického zdraví,
- $2 < BQ < 3$ výsledek je stále uspokojivý,
- $3 < BQ < 4$ doporučuje se zamyslet se nad životním stylem, pocitem smysluplnosti života...,
- $4 < BQ < 5$ prokázána přítomnost syndromu psychického vyčerpání,
- $BQ > 5$ alarmující stav, doporučuje se obrátit na psychologa či psychoterapeuta.

Na základě výsledků BM, informací z vlastních dotazníků a pomocí statistické metody korelace byla získána data pro potřebu zodpovězení výzkumných otázek a následně potvrzení či vyvrácení hypotéz.

Míru rizika vzniku syndromu vyhoření za pomoci dotazníku BM jsem dále rozdělila na tři skupiny. Celkové výsledky ze všech zařízení, výsledky ze všech zařízení, kde byla poskytována supervize a výsledky ze všech zařízení, kde nebyla poskytována supervize. Výsledky jsou následovné.

5.2.2 Zhodnocení celkového BM

V rámci celkových výsledků bez ohledu na to, zda byla v zařízeních poskytnuta supervize či nebyla se jako nejpočetnější skupina projevila skupina respondentů s BM od 2,1 do 2,9, což je definováno jako uspokojivý výsledek. Tato skupina byla v počtu 37 % všech dotazovaných. Následovala skupina respondentů s výsledky od 3 do 3,9 BM, tato skupina čítala celkem 31 % všech dotazovaných. Výsledkem této míry BM je, že by se měl respondent zamyslet nad svým životem, prací atd. Není zde ještě přítomen syndrom vyhoření, ale už je zde jakýsi pomyslný vykřičník. Další poměrně početnou skupinou s celkem 23 % byla skupina respondentů s BM 2 a méně. Tato skupina respondentů je naprosto v pořádku a nehrozí zde riziko syndromu vyhoření. Následovaly dvě skupiny respondentů s méně početným zastoupením a to 6 % BM od 4 do 4,9 a 3 % s BM 5 a více. U skupiny s BM od 4 do 4,9 je syndrom vyhoření již přítomný a respondenti by měli učinit

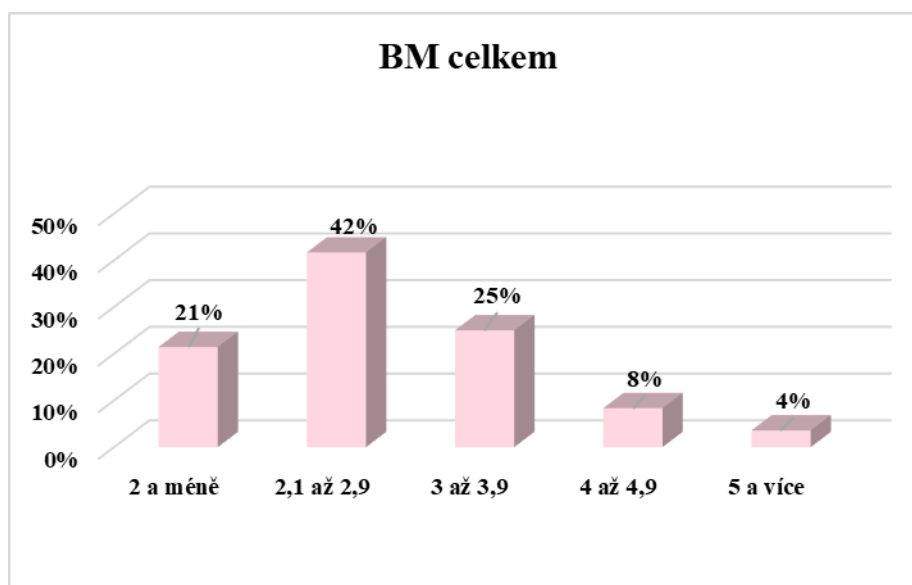
kroky k nápravě. U skupiny s BM nad 5 je stav již alarmující a respondentům by měla být vyhledána a poskytnuta okamžitá pomoc.

Tabulka 7 Celková míra BM

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 18 | 21% | Dobrý |
| 2,1 až 2,9 | 35 | 42% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 21 | 25% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 7 | 8% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 3 | 4% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 84 | 100% | |

Zdroj: vlastní zpracování

Graf 5 BM celkem



Zdroj: vlastní zpracování

Následuje hodnocení míry BM v zařízeních, kde byla poskytnuta supervize oproti zařízením, kde supervize poskytnuta nebyla.

První skupinu respondentů tvoří ti, kterým vyšel výsledek BM 2 a méně. V zařízeních, kde je poskytována supervize je to celkem 13 % oproti 8 % v zařízeních, kde supervize

neprobíhá. Myslím, že zde je viditelný jasný rozdíl ve prospěch poskytování supervize na zařízeních.

Druhou skupinu tvoří respondenti, kteří dosáhli hodnocení BM od 2,1 do 2,9. Zde rozdíl mezi poskytnutím a neposkytnutím supervize není tak patrný, jako v předchozí skupině. Tam, kde supervize byla poskytnuta je četnost v této skupině 21 % a tam, kde supervize poskytnuta nebyla 20 %.

Ani ve třetí skupině není vidět markantní rozdíl. U respondentů s výsledky BM od 3 do 3,9. V zařízeních, kde je poskytována supervize má tato skupina 14 % oproti druhé skupině, kde supervize není poskytována, ta dosahuje 11 %.

Větší procentuální rozdíl pozorují u čtvrté skupiny, skupiny respondentů s výsledky BM od 4 do 4,9. V zařízeních, kde se poskytuje supervize, má celkem 6 %, kdežto tam, kde se supervize neposkytuje pouze 2 %, tedy trojnásobek, avšak v rámci absolutní četnosti je to rozdíl pouze 3 lidí. U této skupiny je vidět menší rozdíl ve prospěch poskytování supervize na zařízeních, zvláště vzhledem k již přítomnému syndromu vyhoření.

Poslední skupina respondentů s výsledným BM nad 5 mě překvapila. V zařízeních, kde se supervize neposkytuje se toto hodnocení nevyskytlo ani jednou, kdežto v zařízeních, kde se supervize naopak poskytuje se vyskytla hned ve 4 %. Tento výsledek by mohl mluvit v neprospěch supervize, avšak pokud přihlédneme k počtu respondentů (absolutní četnost první skupiny 3 druhé 0), pak by tento výsledek neměl hrát významnou roli.

Tabulka 8 BM v zařízeních, kde byla poskytnuta supervize

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 11 | 13% | Dobrý |
| 2,1 až 2,9 | 18 | 21% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 12 | 14% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 5 | 6% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 3 | 4% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 49 | 58% | |

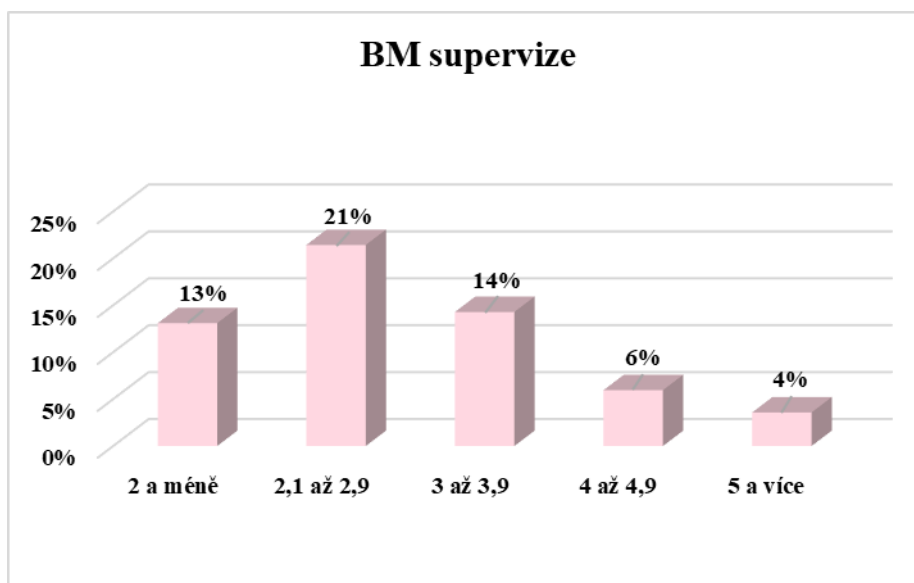
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 9 BM v zařízeních, kde nebyla poskytnuta supervize

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 7 | 8% | Dobrý |
| 2,1 až 2,9 | 17 | 20% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 9 | 11% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 2 | 2% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 0 | 0% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 35 | 42% | |

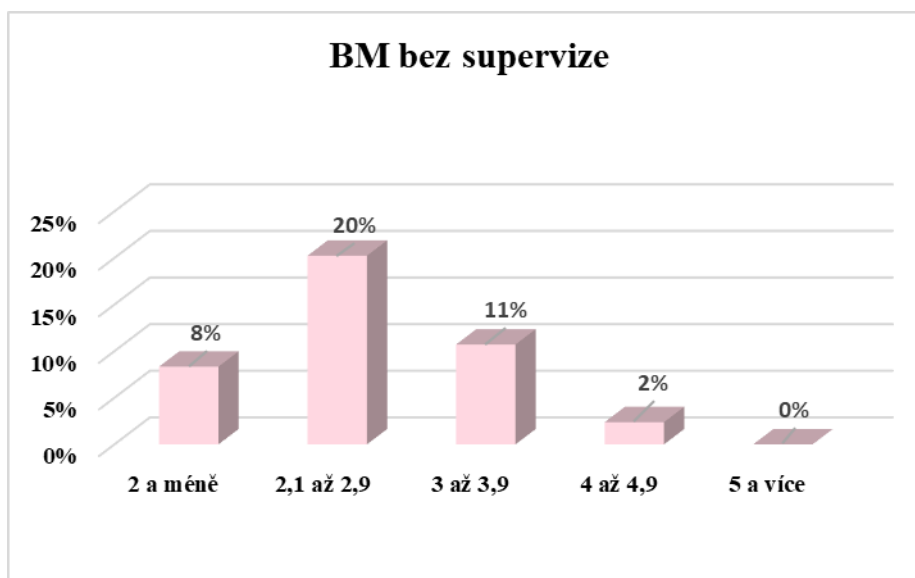
Zdroj: vlastní zpracování

Graf 6 BM se supervizí



Zdroj: vlastní zpracování

Graf 7 BM bez supervize



Zdroj: vlastní zpracování

5.2.3 Zhodnocení BM na jednotlivých zařízeních

Kritéria jsem si v jednotlivých zařízeních nastavila následovná: rozdělení do tří skupin, přičemž hlavním kritériem bylo procentuální zastoupení v první skupině.

- první skupina, ti, kterých se syndrom vyhoření netýká, tedy ti, kteří měli BM v daném zařízení od 0 do 2,9,
- druhá skupina, ti, kteří by se měli nad svým způsobem života zamyslet, ale není zde ještě přítomen syndrom vyhoření, tedy ti, kteří měli BM v daném zařízení od 3 do 3,9,
- třetí skupina, ti, u kterých je už přítomen syndrom vyhoření nebo je jejich stav již alarmující, tedy ti, kteří měli BM v daném zařízení od 4 více.

Nejlépe z dotazníku vyšlo zařízení Domov U Trati Litoměřice, kde se v hodnotách BM od 0 do 2,9 vyskytovalo všech 100 % respondentů. V tomto zařízení by tedy neměl být přítomen syndrom vyhoření, ani žádné vážnější fyzické, psychické či emocionální stavy respondentů.

Tabulka 10 Domov U Trati

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 4 | 29% | Dobry |
| 2,1 až 2,9 | 10 | 71% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 0 | 0% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 0 | 0% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 0 | 0% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 14 | 100% | |

Zdroj: vlastní zpracování

Jako druhý se umístil Domov sociální péče Chotěšov, kde se v první skupině, tedy BM od 0 do 2,9 vyskytovalo 78 % respondentů. Ve druhé skupině, kde by se měl respondent již zamyslet nad svým jednáním, životem, prací atd., tedy výsledky BM od 3 do 3,9, se vyskytovalo 22 % respondentů. Ve třetí skupině se nevyskytoval nikdo, proto ani zde by neměl být přítomen syndrom vyhoření, ani žádné vážnější fyzické, psychické či emocionální stavy respondentů.

Tabulka 11 Domov sociální péče Chotěšov

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 8 | 35% | Dobry |
| 2,1 až 2,9 | 10 | 43% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 5 | 22% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 0 | 0% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 0 | 0% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 23 | 100% | |

Zdroj: vlastní zpracování

Jako třetí se umístil Domov Na Svobodě Čížkovice, kde se v první skupině, tedy BM od 0 do 2,9 vyskytovalo 52 % respondentů. Ve druhé skupině, kde by se měl respondent již zamyslet nad svým jednáním, životem, prací atd., tedy výsledky BM od 3 do 3,9, se vyskytovalo 24 % respondentů. Ve třetí skupině s BM nad 4, kde se již vyskytuje přítomnost syndromu vyhoření se nacházelo vysokých 24 %, z toho 8 % bylo již ve stavu, kdy je nutná pomoc.

Tabulka 12 Domov Na Svobodě Čížkovice

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 5 | 20% | Dobrý |
| 2,1 až 2,9 | 8 | 32% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 6 | 24% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 4 | 16% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 2 | 8% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 25 | 100% | |

Zdroj: vlastní zpracování

Jako čtvrtý se umístil Domov Na Pustaji Křešice, kde se v první skupině, tedy BM od 0 do 2,9 vyskytovalo 43 % respondentů. Ve druhé skupině, kde by se měl respondent již zamyslet nad svým jednáním, životem, prací atd., tedy výsledky BM od 3 do 3,9, se vyskytovalo 57 % respondentů. Ve třetí skupině s BM nad 4, se nevyskytoval žádný z oslovených respondentů.

Na pomyslné čtvrté místo jsem zařízení dala na základě výsledků první skupiny, tedy BM od 0 do 2,9, kterou jsem si zvolila jako hlavní kritérium. Pokud bych brala v potaz i velikosti jednotlivých zařízení, tedy absolutní četnost v jednotlivých skupinách, musela bych Domov Na Pustaji Křešice dát na třetí místo, a naopak Domov Na Svobodě Čížkovice na místo čtvrté, protože je zde větší celkový počet respondentů a zároveň se ve třetí skupině vyskytuje poměrně vysoké procento z nich.

Tabulka 13 Domov Na Pustaji Křešice

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 1 | 7% | Dobrý |
| 2,1 až 2,9 | 5 | 36% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 8 | 57% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 0 | 0% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 0 | 0% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 14 | 100% | |

Zdroj: vlastní zpracování

Na posledním místě se umístily Sociálně terapeutické dílny Cestou integrace Litoměřice. Je to poměrně malé zařízení oproti ostatním, ale ani tak nemělo příliš dobré výsledky. V první skupině, tedy BM od 0 do 2,9 vyskytovalo pouze 25 % respondentů. Ve druhé skupině, kde by se měl respondent již zamyslet nad svým jednáním, životem, prací atd., tedy výsledky BM od 3 do 3,9, se vyskytovalo opět 25 % respondentů. Varovné byly výsledky třetí skupiny. Ve třetí skupině s BM nad 4 se vyskytovalo více jak polovina respondentů, přesněji 51 %, z toho ve 13 % se jednalo již o alarmující stav respondentů, tedy s výsledky BM nad 5.

Tabulka 14 STD Cestou integrace Litoměřice

| BM | Absolutní četnost | Relativní četnost | Výsledek |
|---------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 2 a méně | 0 | 0% | Dobrý |
| 2,1 až 2,9 | 2 | 25% | Uspokojivý |
| 3 až 3,9 | 2 | 25% | Zamyslet se nad životem a prací |
| 4 až 4,9 | 3 | 38% | Již přítomný syndrom vyhoření |
| 5 a více | 1 | 13% | Alarmující stav, nutná okamžitá pomoc |
| Počet celkem | 8 | 100% | |

Zdroj: vlastní zpracování

5.3 Dotazník – třetí část

Ve třetí části dotazníku měli respondenti za úkol subjektivně zhodnotit různé typy otázek na jejich pracovní život, jako je např. uspokojení z práce, spokojenost s oceněním, spokojenost s pracovním prostředím, kolegy apod. Součástí jsou také otázky na poskytnutí supervize a využívání relaxačních technik.

5.3.1 Uspokojení z práce

Respondenti zde měli subjektivně zhodnotit, jak je jejich práce uspokojuje, pokud ji budou brát jako celek.

Z dat, uvedených v tabulce č. 15 vyplývá, že plně uspokojuje práce celkem 31 % respondentů, spíše uspokojuje 43 % respondentů, 21 % respondentů označilo jejich uspokojení jako 50/50, jen 4 % respondentů označily, že jsou se svou prací spíše nespokojeni a pouze 1 % bylo s prací nespokojeno.

Tabulka 15 Uspokojení z práce

| Uspokojení z práce | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|---------------------|-------------------|-------------------|
| Plně uspokojuje | 26 | 31% |
| Spíše uspokojuje | 36 | 43% |
| 50/50 | 18 | 21% |
| Spíše neuspokojuje | 3 | 4% |
| Neuspokojuje | 1 | 1% |
| Počet celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

5.3.2 Ocenění

Jak jste za svou práci ocenění (nejen finančně)

Tabulka 16 Spokojenost s oceněním (nejen finančním)

| Ocenění | Absolutní četnost | Relativní četnost | Průměr z BM |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Dostatečně | 12 | 14% | 2,2 |
| Spíše dostatečně | 28 | 33% | 2,5 |
| 50/50 | 27 | 32% | 2,8 |
| Spíše nedostatečně | 14 | 17% | 3,2 |
| Nedostatečně | 3 | 4% | 4,1 |
| Počet celkem | 84 | 100% | - |

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti zde měli subjektivně zhodnotit, jak jsou spokojeni s oceněním za svou práci, a to nejen finančně. Na výběr měli z pěti možností: dostatečně, spíše dostatečně, 50/50, spíše nedostatečně a nedostatečně.

Téměř polovina respondentů, celkem 47 % odpovědělo, že dostatečně či spíše dostatečně. Poměrně vysoké množství, více jak třetina, konkrétně 32 % respondentů bylo spokojeno s oceněním 50/50 a pouze 17 % bylo s oceněním spokojeno spíše nedostatečně či nedostatečně.

Mezi hodnotami BM a spokojeností s oceněním je silná negativní korelace, konkrétně -0,9655, což znamená, že čím je respondent spokojenější s jeho oceněním, tím je nižší míra ohrožení syndromem vyhoření a naopak.

Jak je z výsledků patrné, většina dotazovaných respondentů je se svým oceněním více méně spokojená. Nespokojenost je zde pouze u 17 % dotazovaných, což se dá považovat za přijatelné.

5.3.3 Spokojenost

Jak jste spokojen(a) s pracovním prostředím?

Tabulka 17 Spokojenost s prostředím

| Spokojenost | Absolutní četnost | Relativní četnost | Průměr z BM |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Dostatečně | 24 | 29% | 2,5 |
| Spíše dostatečně | 34 | 40% | 2,8 |
| 50/50 | 19 | 23% | 3 |
| Spíše nedostatečně | 7 | 8% | 5,1 |
| Nedostatečně | 0 | 0% | - |
| Počet celkem | 84 | 100% | - |

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti zde měli subjektivně zhodnotit, jak jsou spokojeni s prostředím, kde pracují. Na výběr měli z pěti možností: dostatečně, spíše dostatečně, 50/50, spíše nedostatečně a nedostatečně.

Nadpoloviční většina respondentů, celkem 69 %, odpověděla, že je s pracovním prostředím spokojena dostatečně či spíše dostatečně. Poměrně vysoké procento, celkem 23 % respondentů, bylo spokojeno s pracovním prostředím 50/50 a pouze 8 % bylo s pracovním prostředím spokojeno spíše nedostatečně či nedostatečně.

Mezi hodnotami BM a spokojeností s pracovním prostředím je silná negativní korelace (konkrétně -0,8718), což znamená, že trend, čím je respondent spokojenější, tím je nižší míra ohrožení syndromem vyhoření a naopak, je patrný.

Jak jste spokojen(a) s kolegy?

Tabulka 18 Spokojenost s kolegy

| Spokojenost | Absolutní četnost | Relativní četnost | Průměr z BM |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Dostatečně | 35 | 42% | 2,2 |
| Spíše dostatečně | 15 | 18% | 2,3 |
| 50/50 | 31 | 37% | 3 |
| Spíše nedostatečně | 3 | 4% | 4,5 |
| Nedostatečně | 0 | 0% | - |
| Počet celkem | 84 | 100% | - |

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti zde měli subjektivně zhodnotit, jak jsou spokojeni s kolegy, se kterými pracují. Na výběr měli z pěti možností: dostatečně, spíše dostatečně, 50/50, spíše nedostatečně a nedostatečně.

Nadpoloviční většina respondentů, celkem 60 %, odpověděla, že je s kolegy spokojena dostatečně či spíše dostatečně. Poměrně vysoké procento, celých 37 % respondentů, bylo spokojeno s kolegy 50/50 a pouze 4 % respondentů bylo s kolegy spokojeno spíše nedostatečně či nedostatečně.

Mezi hodnotami BM a spokojeností s kolegy je silná negativní korelace (konkrétně -0,9244), což znamená, že trend, čím je respondent spokojenější, tím je nižší míra ohrožení syndromem vyhoření a naopak, je viditelný.

Jak jste spokojen(a) s nadřízenými?

Tabulka 19 Spokojenost s nadřízenými

| Spokojenost | Absolutní četnost | Relativní četnost | Průměr z BM |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Dostatečně | 38 | 45% | 2,2 |
| Spíše dostatečně | 22 | 26% | 2,6 |
| 50/50 | 17 | 20% | 3,2 |
| Spíše nedostatečně | 6 | 7% | 4,1 |
| Nedostatečně | 1 | 1% | 5,1 |
| Počet celkem | 84 | 100% | - |

Zdroj: vlastní zpracování

Respondenti zde měli subjektivně zhodnotit, jak jsou spokojeni s nadřízeným. Na výběr měli z pěti možností: dostatečně, spíše dostatečně, 50/50, spíše nedostatečně a nedostatečně.

Nadpoloviční většina respondentů, celkem 71 %, odpověděla, že je s nadřízenými spokojena dostatečně či spíše dostatečně. Poměrně vysoké procento, celých 20 % respondentů, bylo spokojeno s nadřízeným 50/50 a pouze 8 % bylo s nadřízeným spokojeno spíše nedostatečně či nedostatečně, z toho 1 % tvořili respondenti, kteří byli se svým nadřízeným spokojeni nedostatečně.

Mezi hodnotami BM a spokojeností s nadřízeným je silná negativní korelace (konkrétně -0,9850), což znamená, že čím je respondent spokojenější, tím je nižší míra ohrožení syndromem vyhoření a naopak.

5.3.4 Nejčastější příčina vyčerpání dle respondentů

Respondenti zde měli subjektivně zhodnotit, co z nabízených variant považují za nejčastější příčinu jejich vyčerpání. K dispozici měli na výběr z pěti následujících možností: mobbing (šikana ze strany kolegů), přesčasy, dlouho trvající přetížení, strach ze ztráty zaměstnání, nátlak ze strany nadřízeného.

Za nejčastější příčinu vnímají respondenti dlouhotrvající přetížení, a to celkově v 68 % procentech. Následuje nátlak ze strany nadřízeného, které zvolilo 14 % respondentů, hned

v závěsu pak následuje strach ze ztráty zaměstnání, které si vybralo 11 % respondentů. V malé míře se objevil i důvod přesčasů, konkrétně jej zvolilo 5 % respondentů. Pouze 2 % respondentů vybralo mobbing.

Tabulka 20 Příčina vyčerpání

| Zdroj vyčerpání | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Mobbing | 2 | 2% |
| Přesčasy | 4 | 5% |
| Dlouhotrvající přetížení | 57 | 68% |
| Strach ze ztráty zaměstnání | 9 | 11% |
| Nátlak ze strany nadřízeného | 12 | 14% |
| Počet celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

5.3.5 Supervize

Zde měli respondenti odpovídat na otázky, týkající se jejich znalosti supervize, zda jim je supervize poskytována a zda pocítují její vliv na jejich práci.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že se obecně supervize poskytuje na čtyřech z pěti zařízení. Přesto někteří respondenti, kteří pracovali na zařízení, kde většina ostatních respondentů odpověděla, že se supervize poskytuje, odpověděli, že „ne“. Domnívám se, že to mohlo vzniknout v důsledku neznalosti pojmu supervize. Z celkového počtu 84 respondentů 49 odpovědělo, že jim je supervize poskytována (viz tabulka č. 8, str. 71) a 39 respondentů odpovědělo, že jim supervize poskytována v zařízení není (viz tabulka č. 9, str. 71).

Z dotazníkového šetření jsem zjistila, že se s pojmem supervize setkala celkem 76 z dotazovaných respondentů, což tvořilo 90 % z celkového počtu dotazovaných. Pouze 7 % z nich odpovědělo, že se s pojmem nesetkala a 2 % že neví.

Tabulka 21 Setkání se s pojmem supervize

| Setkání s pojmem supervize | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 76 | 90% |
| Ne | 6 | 7% |
| Nevím | 2 | 2% |
| Počet celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 22 Znalost pojmu supervize

| Znalost pojmu supervize | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 76 | 90% |
| Ne | 6 | 7% |
| Nevím | 2 | 2% |
| Počet celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Stejné výsledky z dotazníkového šetření vyšly také u znalosti pojmu supervize. 90 % respondentů pojem znalo, pouze 7 % respondentů pojem neznalo a 2 % odpovědělo, že neví, zda pojem supervize zná.

Dále měli respondenti odpovídat na otázky týkající se toho, jak jim supervize pomáhá či nepomáhá v pracovním procesu a ve vztahu k sobě sama. Otázky byly následovné:

- má u Vás supervize pozitivní změny ve Vašem chování,
- má u Vás supervize pozitivní změny ve vztahu k Vaším klientům,
- pomáhá Vám supervize řešit pracovní problémy.

Tabulka 23 Změny ve vztahu k sobě samému

| Pozitivní změny ve vztahu k sobě | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|----------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 4 | 7% |
| Spíše ano | 9 | 16% |
| 50/50 | 20 | 35% |
| Spíše ne | 7 | 12% |
| Ne | 17 | 30% |
| Počet celkem | 57 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Co se týče vztahu k sobě samému, tak pouze 7 % respondentů odpovědělo, že má supervize na jejich chování určitý vliv. 16 % odpovědělo, že spíše ano a 12 % spíše ne. Ve větším procentuálním zastoupení respondenti odpovídali, že má supervize vliv na jejich chování 50/50, konkrétně v 35 % anebo že na jejich chování vliv vůbec nemá, takto odpovědělo celkem 30 % respondentů.

Tabulka 24 Změny ve vztahu ke klientům

| Pozitivní změny ve vztahu ke klientovi | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|-------------------|-------------------|
| Ano | 9 | 16% |
| Spíše ano | 15 | 26% |
| 50/50 | 11 | 19% |
| Spíše ne | 15 | 26% |
| Ne | 8 | 14% |
| Počet celkem | 58 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

O něco lepší výsledky přinesla otázka, zda si respondenti myslí, že jim supervize pomáhá při práci s klienty, konkrétně ve vztahu ke klientům. Zde odpovědělo, že ano 16 % respondentů, spíše ano 26 % respondentů, 19 % bylo nerozhodných a odpovědělo že 50/50. Spíše ne odpovědělo celkem 26 % ze všech dotazovaných a pouze 14 % zhodnotilo supervizi ve vztahu ke klientům jako neúčinnou.

Tabulka 25 Změny ve vztahu k práci

| Pozitivní změny ve vztahu k práci | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Ano | 5 | 9% |
| Spíše ano | 6 | 11% |
| 50/50 | 23 | 40% |
| Spíše ne | 9 | 16% |
| Ne | 14 | 25% |
| Počet celkem | 57 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Zda má supervize vliv na vztah respondentů k práci téměř polovina, konkrétně 40 % z nich odpovědělo 50/50. Ve velmi malém procentuálním zastoupení byly také odpovědi ano, pouze 9 % a spíše ano 11 %. O něco vyšší počet měla odpověď spíše ne, 16 % a čtvrtina všech dotazovaných, konkrétně 25 %, odpověděla, že supervize na jejich vztah k práci nemá žádný vliv.

V další otázce měli respondenti odpovědět na to, jak subjektivně vnímají, v jaké míře jim je supervize poskytována. Zda je míra poskytování supervize na zařízeních za ně dostatečná či ne.

Tabulka 26 Míra poskytování supervize

| Poskytování v dostatečné míře | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-------------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 16 | 28% |
| Spíše ano | 13 | 23% |
| 50/50 | 14 | 25% |
| Spíše ne | 8 | 14% |
| Ne | 6 | 11% |
| Počet celkem | 57 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Poměrně vysoké procento respondentů odpovědělo, že je supervize poskytována dostatečně a spíše dostatečně, konkrétně 28 % a 23 %. Nejvyšší procento respondentů se uchýlilo k odpovědi 50/50, celkem 25 %. S menším zastoupením se pak vyskytovali odpovědi spíše ne a ne, konkrétně 14 % a 11 %.

5.3.6 Relaxační metody

Zde měli respondenti odpovídat na otázku, která se týkala mimopracovních aktivit. V dotazníku jsem využila dvou otázek, zda respondenti znají nějaké relaxační techniky a zda těchto technik využívají.

Na otázku, zda respondenti znají nějakou relaxační techniku, 79 % z nich odpovědělo, že ano, pouze 15 % odpovědělo, že ne a 6 % respondentů odpovědělo „nevím“.

Na otázku, zda respondenti těchto relaxačních technik využívají, 64 % respondentů odpovědělo, že ano, 32 % respondentů odpovědělo, že ne a pouze 4 % respondentů odpovědělo, že neví. Skupina, kde respondenti využívali nějakých relaxačních metod, měla hodnotu BM 2,5, tedy spadala do skupiny „uspokojivé“. Na druhou stranu skupina, která odpovídala, že relaxačních metod nevyužívají, měla průměrnou hodnotu BM 3. Ti, kteří odpovídali „nevím“, dokonce 3,9.

Tabulka 27 Znalost relaxačních technik

| Znalost relaxačních technik | Absolutní četnost | Relativní četnost |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|
| Ano | 66 | 79% |
| Ne | 13 | 15% |
| Nevím | 5 | 6% |
| Počet celkem | 84 | 100% |

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 28 Využití relaxačních technik

| Využití relaxačních technik | Absolutní četnost | Relativní četnost | Průměr z BM |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|-------------|
| Ano | 54 | 64% | 2,5 |
| Ne | 27 | 32% | 3 |
| Nevím | 3 | 4% | 3,9 |
| Počet celkem | 84 | 100% | - |

Zdroj: vlastní zpracování

6 Zhodnocení výsledků

Dotazníkové šetření proběhlo na pěti zařízeních Centra sociální pomoci Litoměřice, konkrétně v Domově Na Pustaji Křešice, Domově Na Svobodě Čížkovice, Domově U Trati Litoměřice, Domově sociální péče Chotěšov a Sociálně terapeutických dílnách Cestou integrace Litoměřice.

Účastnilo se jej celkem 87 respondentů, dotazníky od tří z nich musely být z důvodu nedostatečného vyplnění vyřazeny. Z 84 respondentů bylo celkem 82 žen a pouze 2 muži. Z dotazníkového šetření je patrné, že tento typ pomáhajících profesí zastávají spíše ženy než muži, ti se vyskytují pouze zřídka.

Respondenti byli rozřazeni do tří věkových skupin, kde nejpočetnější skupinu tvořili respondenti ve věku 50 let a více v celkovém počtu 41 respondentů. Velké zastoupení, celkem 29 respondentů měla také skupina ve věku od 35 do 49 let. Nejméně zastoupenou skupinou byli respondenti ve věku od 18 do 34 let, těch bylo pouze 14. Z výsledků dotazníků bychom se mohli domnívat, že u mladších ročníků není o tento obor velký zájem, že si k němu musí jednotlivci „časem dospět“. Důvodem může být také nízké finanční ohodnocení pro mladší ročníky bez praxe, za často velmi psychicky i fyzicky náročné povolání.

Dále jsem zkoumala délku praxe respondentů, na jejímž základu jsem postavila také jednu z hypotéz, kde jsem využila statistické metody korelace. Respondenty jsem si rozdělila do čtyř skupin na základě délky praxe. Tři skupiny se pohybovali v obdobných číslech, jedna se mírně lišila. Nejpočetnější skupinou byli respondenti s praxí od 5 do 9 let, kterých bylo celkem 25. V závěsu byla skupina s 22 respondenty s praxí od 10 do 14 let, těsně za ní se umístila skupina s praxí nad 15 let s celkovým počtem 21 respondentů. U této skupiny jsem ještě zjišťovala, kolik z nich je v sociálních službách déle jak 30 let, zjistila jsem, že to je celkem 7 respondentů. Takováto praxe v oblasti sociálních služeb je z mého pohledu již úctyhodná. Na posledním místě se umístila skupina s praxí do 4 let. Tyto výsledky mě překvapily. Vzhledem k vlastním téměř osmi letým zkušenostem v sociálních službách, jsem nečekala, že se budou hned tři skupiny pohybovat v závěsu za sebou s těsnými rozdíly v počtu respondentů. Očekávala jsem nižší počty u skupiny s praxí nad 15 let, vzhledem k náročnosti povolání.

U respondentů jsem dále zjišťovala jejich nejvyšší dosažené vzdělání. Vzhledem k tomu, že zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách udává, že na pozici pracovníka

v sociálních službách v určených případech stačí základní vzdělání, jsem očekávala vyšší procento zastoupení respondentů pouze se ZŠ. Výsledky mě mile překvapily. Nejvyšší zastoupení měli respondenti se SŠ s maturitou, kterých bylo celkem 40, hned za nimi se umístila skupina respondentů se SŠ bez maturity, těch bylo celkem 35. Se ZŠ bylo pouze 5 respondentů z 84 dotazovaných a dokonce 4 z nich měli vysokoškolské vzdělání.

Výše zmíněné bylo součástí první ze tří částí mnou vytvořeného dotazníku. V další části jsem se zabývala mírou syndromu vyhoření na jednotlivých zařízeních, ale také v rámci celku. Ve druhé části jsem využila dotazníku Burnout Measure od autorů Ayala Pinese a Elliota Aronsona z knihy Jaro Křivohlavého: Jak neztratit nadšení, 1998. Zjistit míru syndromu vyhoření na vybraných zařízeních bylo součástí mé hlavní výzkumné otázky (V jaké míře se syndrom vyhoření objevuje ve vybraných zařízeních a zda má na jeho míru dopad prevence v podobě supervize.).

Celkové výsledky BM mě velmi mile překvapily, celých 63 %, tedy 53 respondentů se umístilo ve skupinách s dobrým či uspokojivým výsledkem bez známek rizika syndromu vyhoření. 21 respondentů bylo ve skupině, kde by bylo již vhodné se nad svým životem, zaměstnáním, vnímáním sebe sama apod. zamyslet, ale stále zde nebyly přítomny prvky syndromu vyhoření. Pouze 10 ze všech 84 respondentů bylo ve skupinách, kde je již syndrom vyhoření přítomen a z této malé skupinky byli pouze 3 respondenti ve stavu vyžadující okamžitou pomoc. Výsledky považuji za velmi dobré i s ohledem na malé procento, kde se syndrom vyhoření již vyskytuje. Celkové výsledky jsem hodnotila ještě v rámci poskytování supervize.

V rámci výsledků BM na jednotlivých zařízeních už to tak „veselé“ nebylo, ale byla zařízení, která z dotazníků vyšla velice dobře. Mezi taková zařízení patří např. Domov U Trati (domov pro seniory), kde všech 100 % respondentů bylo ve skupině s dobrým či uspokojivým výsledkem. Velmi dobře se umístil také Domov sociální péče Chotěšov (domov pro osoby se zdravotním postižením), kde se ve skupině s dobrým či uspokojivým výsledkem vyskytovalo 78 % a zbylá procenta ve skupině, kde je třeba se již zamyslet nad životem. Nikdo z dotazovaných respondentů však nebyl ve skupině s vyskytujícími se prvky syndromu vyhoření. Dalším v pořadí byl Domov Na Svobodě Čížkovice (domov pro osoby se zdravotním postižením – včetně dětí). Zde se v prvních dvou skupinách objevilo 52 % respondentů, dalších 24 % bylo ve skupině, kde je třeba se již nad životem zamyslet a celkem vysoké procento, 24 % respondentů, bylo v posledních dvou skupinách, kde je již přítomen syndrom vyhoření, dokonce celých 8 % bylo ve skupině, kde je nutná

okamžitá pomoc. Jako další se umístil Domov Na Pustaji Křešice. U tohoto a předchozího zařízení jsem si nebyla jistá, zda jejich umístění, vzhledem k % zastoupení skupin s již přítomným syndromem vyhoření, nevyměnit, ale rozhodla jsem se pro toto pořadí z důvodu % zastoupení v prvních dvou skupinách, tedy tam, kde se syndrom nevyskytuje vůbec. V těchto prvních dvou skupinách mělo zařízení celkem 43 % respondentů. Zbytek procent bylo ve skupině, kde je třeba se zamyslet nad životem. Pozitivním bylo, že ač mělo zařízení méně výsledků „dobrý“ a „uspokojivý“, nevyskytl se zde žádný respondent ve skupinách s již přítomným syndromem vyhoření. Na poslední místo jsem umístila STD Cestou integrace Litoměřice. Zde se do prvních dvou skupin zařadilo pouze 25 % respondentů, dalších 25 % bylo ve skupině, kde je třeba se zamyslet nad životem a vysoké procento se pak vyskytovalo v rizikových skupinách, celkem 51 %, což hodnotím jako alarmující.

K hodnocení na jednotlivých zařízeních je ale třeba ještě dodat, že jsou to zařízení s různým počtem respondentů, tedy % zastoupení nemá všude stejnou váhu. Také je rozdíl v cílové skupině, o kterou se pracovníci starají. Za mě osobně si myslím, že práce se seniory či dospělými s mentálním postižením bude pro pracovníky o něco méně stresující než stejná práce např. s dětmi se zdravotním postižením.

Ve třetí části dotazníku respondenti hodnotili svůj pracovní život, volný čas, poskytování a vliv supervize. Vliv supervize na míru syndromu vyhoření byl součástí mé hlavní výzkumné otázky (V jaké míře se syndrom vyhoření objevuje ve vybraných zařízeních a zda má na jeho míru dopad prevence v podobě supervize.).

Jedna z otázek v dotazníku byla na celkové uspokojení z práce. Většina dotazovaných respondentů byla se svou prací zcela nebo spíše spokojena, celkem jich bylo 62 (74 %). Dalších 18 respondentů hodnotilo uspokojení jako 50/50. Pouze 4 respondenti byli se svou prací nespokojeni. Umístění respondentů v prvních třech skupinách považuji za ukázkou celkové spokojenosti s jejich prací a velmi mile mě tyto výsledky překvapily. Vzhledem k častému podstavu pracovníků v oblasti sociálních služeb jsem se obávala, že pracovníci budou vyčerpaní a jejich práce je již nebude příliš uspokojovat.

V další otázce jsem se respondentů ptala na subjektivní pocit z jejich ocenění, kde jsem uvedla, že mě zajímá nejen finanční, ale celkové ocenění. I zde byly výsledky poměrně dobré, téměř polovina respondentů, celkem 40 (47 %) označila, že je oceněna dostatečně či spíše dostatečně, dalších 27 respondentů označilo opověď 50/50 a pouze 17 respondentů bylo se svým oceněním nespokojeno (označili odpověď spíše nedostatečně nebo

nedostatečně). Vzhledem k současné době, kdy, dle mého názoru, sociální služby hrají čím dál větší roli, by mohly být výsledky lichotivější.

V oblasti spokojenosti jsem položila hned tři otázky: spokojenost s pracovním prostředím, s kolegy a nadřízenými. S prostředím bylo 58 respondentů (69 %) spokojeno (odpověděli dostatečně nebo spíše dostatečně), 19 respondentů označilo odpověď 50/50 a pouze 7 bylo s prostředím nespokojeno. Dle těchto výsledků soudím, že je pracovníkům v rámci zařízení poskytnuto vhodné a odpovídající zázemí, které jim umožňuje vykonávat důkladně jejich pracovní povinnosti. Co se týče spokojenosti s kolegy, tak spokojeno bylo celkem 50 respondentů (60 %), 31 jich označilo odpověď 50/50 a pouze 3 respondenti byli se svými kolegy nespokojeni. Z výsledků tedy soudím, že dotazovaní pracovníci pracují v dobrém, pospolitém kolektivu, kde panuje přátelská atmosféra, což bude mít velký vliv i na jejich práci vůči klientům. I spokojenost s nadřízenými byla celkem vysoká. Početných 60 respondentů (71 %) bylo s nadřízenými spokojeno, 17 jich označilo odpověď 50/50 a pouze 7 respondentů bylo s nadřízenými nespokojeno. I tyto výsledky ukazují, že převládají pracovníci, kteří jsou se svými nadřízenými spokojeni, což by mělo mít vliv na jejich celkovou pracovní pohodu.

Součástí dotazníku byla také otázka na to, co respondenti považují za nejčastější příčinu jejich vyčerpání, a tedy následného rizika syndromu vyhoření. Z vlastní zkušenosti bylo mým předpokladem, že nejčastější příčinou bude dlouhotrvající přetížení a nepleťla jsem se. Opravdu tomu tak bylo. Celkem 57 respondentů (68 %) označilo dlouhotrvající přetížení za ten důvod. Následoval nátlak ze strany nadřízeného, který označilo 12 respondentů. Méně početné pak byly odpovědi strach ze ztráty zaměstnání 9 respondentů, přesčasy 4 respondenti a mobbing 2 respondenti. Má domněnka vycházela z vlastní zkušenosti z práce v přímé péči, kde je často velký podstav pracovníků, a tudíž vyvíjen větší tlak na ty, kteří práci vykonávají. Za mě je to velký problém, který by byl řešitelný hlavně změnou v rámci finančního ohodnocení pracovníků, které je v současné době poměrně žalostné ve vztahu k práci, kterou vykonávají.

Dalších několik otázek bylo na téma supervize, jejího vlivu na vztah s klienty, na vztah k pracovníkům k nim samým, poskytování supervize atd. Supervize nebyla poskytována na každém zařízení, ale byla poskytována více než polovině všech respondentů, celkem 49 z nich (58 %). S pojmem supervize se setkalo celkem 76 respondentů (90 %), pouhých 6 z nich se s pojmem nikdy neseťkalo a 2 respondenti nevěděli, zda se s pojmem setkali. Naprosto totožné výsledky byly i co se týče znalosti pojmu supervize. Supervizi ve vztahu

k sobě samému pozitivně zhodnotilo celkem 13 respondentů (23 %), 50/50 ji zhodnotilo 20 respondentů a 24 jich zhodnotilo, že supervize na jejich pozitivní vztah k sobě samému nemá vliv. O něco lépe bych viděla výsledky v rámci vztahu ke klientovi. Zde zhodnotilo 24 respondentů (42 %), že supervize má vliv na jejich vztah s klienty, 11 označilo odpověď 50/50 a 23 jich nepocítuje, že by supervize měla na jejich vztah s klienty vliv. Ani ve vztahu k práci respondentů si supervize nestála příliš dobře. Pouze 11 respondentů (20 %) označilo, že supervize má na jejich práci nějaký vliv, 23 jich odpovědělo 50/50 a 23 respondentů nepocítuje žádný vliv supervize na jejich práci. Co se týče četnosti poskytování supervize, tak 29 respondentů označilo její poskytování za dostatečnou (51 %), 14 respondentů odpovědělo 50/50 a pouze 14 zhodnotilo její poskytování za nedostatečné. Výsledky mě nemile překvapily, čekala jsem větší vliv v rámci zařízení, kde bude supervize poskytována. Je ale nutné zdůraznit, že je třeba brát v potaz také jakou formou je supervize poskytována, v jakém prostředí a velmi důležitou roli hraje i osobnost a zkušenosti supervizora. To vše se může odrazit na tom, jak respondenti supervizi vnímají. Moje domněnka byla taková, že na zařízeních, kde supervize byla poskytována, bude míra syndromu vyhoření nižší.

S pojmem syndrom vyhoření se bezpodmínečně snoubí pojem psychohygiena. V rámci psychohygieny jsem se respondentů ptala, zda znají nějaké relaxační techniky a zda tyto techniky využívají. Celkem 66 respondentů (79 %) zná nějakou relaxační techniku, 13 respondentů žádné nezná a 5 z nich nevědělo, zda nějakou zná. Co se týče využití těchto technik, tak hned 54 respondentů (64 %) některou z technik využívá. Celkem vysoké množství, 27 respondentů, relaxační techniky nevyužívá a 3 respondenti nevědí, zda je využívají. Výsledky jsou pro mě velmi pozitivní. Ohledně znalosti technik jsem předpokládala, že více jak polovina respondentů bude alespoň nějakou znát, avšak nečekala jsem, že tak vysoké procento bude relaxační techniky také využívat. Myslím si, že využívání relaxačních technik bude mít značný vliv na míru syndromu vyhoření.

7 Testy hypotéz

H1: Syndrom vyhoření se bude objevovat ve vyšší míře u pracovníků s delší dobou praxe, tedy s praxí 15 let a více.

Byla stanovena nulová hypotéza H_0 , že doba praxe nemá vliv na míru syndromu vyhoření. Za pomoci vzorce pro výpočet teoretických četností byly hodnoty z kontingenční tabulky č. 29 přepočítány do tabulky teoretických četností č. 30.

Vzorec pro výpočet teoretických četností: $e_{ij} = (n_i * n_j) / n$

Tabulka 29 Kontingenční tabulka pozorované četnosti n_{ij}

| Praxe (roky) | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ | Celkem N_j |
|--------------|----------|------------|----------|----------|-------|--------------|
| 0-14 | 17 | 23 | 16 | 5 | 2 | 63 |
| 15 + | 2 | 11 | 5 | 2 | 1 | 21 |
| Celkem N_i | 19 | 34 | 21 | 7 | 3 | 84 |

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 30 Tabulka teoretických četností e_{ij}

| Praxe (roky) | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ |
|--------------|----------|------------|----------|----------|-------|
| 0-14 | 14,25 | 25,5 | 15,75 | 5,25 | 2,25 |
| 15 + | 4,75 | 8,5 | 5,25 | 1,75 | 0,75 |

Zdroj: vlastní zpracování

Následoval výpočet testového kritéria K_{ij} , dle vzorce: $K_{ij} = (n_{ij} - e_{ij})^2 / e_{ij}$.

Viz tabulka č. 31.

Tabulka 31 Testovací kritérium K_{ij}

| Praxe (roky) | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ |
|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 0-14 | 0,192982456 | -0,098039216 | 0,015873016 | -0,047619048 | -0,111111111 |
| 15 + | -0,578947368 | 0,294117647 | -0,047619048 | 0,142857143 | 0,333333333 |

Zdroj: vlastní zpracování

Poté jsem vypočítala testovou hodnotu X^2 , a to jako součet všech K_{ij} . Testová hodnota $X^2 = 0,0958278$. Dále jsem vypočítala kritickou hodnotu za pomoci vzorce:

$$v = (r - 1) * (s - 1).$$

Kritická hodnota na čtvrtém stupni volnosti $X^2_{0,05(4)} = 9,483$. Protože hodnota testového kritéria je nižší než hodnota kritická, proto hypotézu H_0 potvrzujeme a zamítáme hypotézu H_1 . Tedy závislost délky praxe na míru syndromu vyhoření se neprokázala. Na 5 % hladině významnosti test prokázal, že délka praxe nebude zvyšovat míru syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. Obdobné výsledky mi potvrdila také statistická metoda korelace v kapitole 5.1.3.

H2: Poskytovaná supervize bude snižovat míru syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách.

Byla stanovena nulová hypotéza H_0 , že supervize nemá vliv na míru syndromu vyhoření. Za pomoci vzorce pro výpočet teoretických četností byly hodnoty z kontingenční tabulky č. 32 přepočítány do tabulky teoretických četností č. 33.

Vzorec pro výpočet teoretických četností: $e_{ij} = (n_i * n_j) / n$

Tabulka 32 Kontingenční tabulka pozorované četnosti n_{ij}

| Poskytování supervize | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ | Celkem N_j |
|-----------------------|----------|------------|----------|----------|-------|--------------|
| Ano | 11 | 18 | 12 | 5 | 3 | 49 |
| Ne | 7 | 17 | 9 | 2 | 0 | 35 |
| Celkem N_i | 18 | 35 | 21 | 27 | 7 | 84 |

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 33 Tabulka teoretických četností e_{ij}

| Poskytování supervize | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ |
|-----------------------|----------|------------|----------|----------|-------|
| Ano | 10,5 | 20,42 | 12,25 | 4,08 | 1,75 |
| Ne | 7,5 | 14,58 | 8,75 | 2,92 | 1,25 |

Zdroj: vlastní zpracování

Následoval výpočet testového kritéria K_{ij} , dle vzorce: $K_{ij} = (n_{ij} - e_{ij})^2 / e_{ij}$.

Viz tabulka č. 34.

Tabulka 34 Testovací kritérium K_{ij}

| Poskytování supervize | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Ano | 0,5 | 0,286797258 | 0,005102041 | 0,20745098 | 0,892857143 |
| Ne | 0,033333333 | 0,401673525 | 0,007142857 | 0,289863014 | 1,25 |

Zdroj: vlastní zpracování

Poté jsem vypočítala testovou hodnotu X^2 , a to jako součet všech K_{ij} . Testová hodnota $X^2 = 3,87422015$. Dále jsem vypočítala kritickou hodnotu za pomoci vzorce:

$$v = (r - 1) * (s - 1).$$

Kritická hodnota na čtvrtém stupni volnosti $X^2_{0,05(4)} = 9,483$. Protože hodnota testového kritéria je nižší než hodnota kritická, proto hypotézu H_0 potvrzujeme a zamítáme hypotézu H_2 . Tedy závislost supervize a míry syndromu vyhoření se neprokázala. Na 5 % hladině významnosti test prokázal, že supervize nebude snižovat míru syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách.

H3: Nižší riziko vzniku syndromu vyhoření bude u pracovníků, kteří využívají relaxační metody.

Byla stanovena nulová hypotéza H_0 , že relaxační techniky nemají vliv na míru syndromu vyhoření. Za pomoci vzorce pro výpočet teoretických četností byly hodnoty z kontingenční tabulky č. 35 přepočítány do tabulky teoretických četností č. 36.

Vzorec pro výpočet teoretických četností: $e_{ij} = (n_i * n_j) / n$

Tabulka 35 Kontingenční tabulka pozorované četnosti n_{ij}

| Využití relaxačních technik | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ | Celkem N_j |
|-----------------------------|----------|------------|----------|----------|-------|--------------|
| Ano | 12 | 27 | 11 | 4 | 0 | 54 |
| Ne | 2 | 11 | 9 | 4 | 2 | 27 |
| Nevím | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 3 |
| Celkem N_i | 14 | 39 | 21 | 7 | 3 | 84 |

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka 36 Tabulka teoretických četností e_{ij}

| Využití relaxačních technik | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ |
|-----------------------------|----------|------------|----------|----------|-------|
| Ano | 9 | 25,07 | 13,5 | 4,5 | 1,93 |
| Ne | 4,5 | 12,54 | 6,75 | 2,25 | 0,96 |
| Nevím | 0,5 | 1,39 | 0,75 | 0,25 | 0,11 |

Zdroj: vlastní zpracování

Následoval výpočet testového kritéria K_{ij} , dle vzorce: $K_{ij} = (n_{ij} - e_{ij})^2 / e_{ij}$.

Viz tabulka č. 37.

Tabulka 37 Testovací kritérium K_{ij}

| Využití relaxačních technik | BM 0-2,1 | BM 2,1-2,9 | BM 3-3,9 | BM 4-4,9 | BM 5+ |
|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Ano | 0,333333333 | 0,076984444 | -0,185185185 | -0,111111111 | -1 |
| Ne | -0,555555556 | -0,122807018 | 0,333333333 | 0,777777778 | 1,083333333 |
| Nevím | -1 | -0,28057554 | 0,333333333 | -1 | 8,090909091 |

Zdroj: vlastní zpracování

Poté jsem vypočítala testovou hodnotu X^2 , a to jako součet všech K_{ij} . Testová hodnota $X^2 = 6,77377024$.

Dále jsem vypočítala kritickou hodnotu za pomoci vzorce:

$$v = (r - 1) * (s - 1).$$

Kritická hodnota na čtvrtém stupni volnosti $X^2_{0,05(4)} = 15,507$. Protože hodnota testového kritéria je nižší než hodnota kritická, proto hypotézu H_0 potvrzujeme a zamítáme hypotézu H_3 . Tedy závislost relaxačních technik a míry syndromu vyhoření se neprokázala. Na 5 % hladině významnosti test prokázal, že relaxační techniky nebudou snižovat míru syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách.

8 Závěr

Ve své práci jsem se zaměřila na syndrom vyhoření, a informace spojené s ním jako např. jeho příčiny, příznaky, fáze, prevenci, kdo jím nejčastěji trpí apod. Chtěla jsem zjistit, v jaké míře se tento fenomén objevuje na zařízeních, kde jsem v minulosti pracovala a zda má prevence v podobě supervize v pracovním prostředí smysl. Zaměřila jsem se také na prevenci v rámci volného času v podobě relaxačních technik. Měla jsem jasnou představu o tom, jaké výsledky očekávám. Na základě svých očekávání a vlastních pracovních zkušeností jsem sestavila několik výzkumných otázek, na jejichž základě jsem vytvořila tři hypotézy.

V teorii jsem se zaměřila na vysvětlení pojmu syndrom vyhoření, jeho odlišení od běžného stresu či únavy, na práci s různými cílovými skupinami a jakou zátěž tato práce obnáší, nezapomněla jsem ani na vysvětlení co je supervize, jaké má podoby a v čem tkví její důležitost. Neopomenula jsem ani základní relaxační techniky a pozici a kompetence pracovníků v sociálních službách, kteří byli mými hlavními respondenty.

Pro svou práci jsem využila dotazníkového šetření. Dotazník měl tři části, první část byla informativní (pohlaví, věk, praxe...), druhá část byla potřebná pro zjištění míry vyhoření prostřednictvím standardizovaného dotazníku Burnout Measure (BM) od autorů Ayala Pinese a Elliota Aronsona, třetí část byla zaměřena na spokojenost, ocenění, poskytování supervize a relaxační techniky. Z dotazníků jsem získala potřebná data pro následný výzkum (např. délku praxe, zda je poskytována supervize, míru BM atd.).

Vyhodnocením dat jsem zjistila, že se syndrom vyhoření (či jeho prvky) objevuje pouze u 12 % všech respondentů na všech zařízeních. To je dle mého názoru velmi dobrý výsledek, který mě mile překvapil. Domnívala jsem se, že vzhledem k vysoké fluktuaci zaměstnanců v sociálních službách a náročnosti této práce, se bude syndrom vyhoření vyskytovat u většího množství dotazovaných.

Velmi mě překvapil, bohužel ne v dobrém slova smyslu, také vliv supervize poskytované na některých ze zkoumaných zařízeních. Tabulkové výsledky neprokázaly velký vliv supervize na míru syndromu vyhoření a prostřednictvím statistické metody testování hypotézy jsem si tyto výsledky ověřila. Supervize opravdu neměla na míru syndromu vyhoření vliv. Tímto testováním jsem vyvrátila jednu ze svých hypotéz.

Obdobně to bylo také s vlivem délky praxe na míru syndromu vyhoření. Ani zde se neprokázala má hypotéza, že pracovníci s praxí nad 15 let budou více náchylní

k syndromu vyhoření. Zde jsem použila nejprve statistickou metodu korelace a poté jsem si své výsledky potvrdila testováním hypotézy statistickou metodou chí-kvadrát. I v tomto případě jsem hypotézu vyvrátila. Výsledek může souviset se skutečností, kterou jsem zmiňovala v úvodu své práce. Lidé po škole nastupují do zaměstnání plní nadšení, energie, chuti a nápadů, jak změnit svět, ale často tvrdě narazí na realitu. Kdežto zaměstnanci, kteří v sociálních službách pracují delší dobu, nemívají už tak zkreslené představy, a proto mohou být méně náchylní k syndromu vyhoření.

Bohužel ani třetí hypotézu jsem nepotvrdila. Z naměřených hodnot a pomocí statistických metod jsem zjistila, že ani využívání relaxačních metod nemělo na respondenty ve vztahu k syndromu vyhoření vliv. Mile mě však překvapilo, že poměrně vysoké procento respondentů relaxační techniky zná a využívá.

Ze získaných dat obecně vyšlo, že většina respondentů je se svou prací celkově spokojená. Dotazovaní respondenti byli z větší části spokojeni s jejich oceněním, pracovním prostředím, kolegy i nadřízenými. Přestože respondenti pocítují uspokojení ze své práce, z dotazníků bylo evidentní, že dlouhodobé přetížení je hlavním důvodem zvýšeného rizika výskytu syndromu vyhoření.

I přes to, že jsem nepotvrdila ani jednu ze svých hypotéz, jsem s výsledky spokojena. A to především proto, že jsem dlouhou dobu v několika ze zkoumaných zařízení pracovala. Těší mě myšlenka, že i v takto náročné profesi může být vysoké procento pracovníků, kteří mají svou práci rádi a vykonávají ji s nadšením.

9 Seznam použitých zdrojů

Knižní publikace

1. CARROL, Michael a Margaret THOLSTRUPE, 2004. Integrativní přístupy k supervizi. Praha: Triton. ISBN 80-7254-582-5
2. DROTÁROVÁ, Eva a DROTÁROVÁ, Lucia. Relaxační metody: malá encyklopedie : [jak zvládat stres]. Praha: EPOCH, 2003. ISBN 80-86328-12-0.
3. DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar, 2009b, č. 6. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. Sociální péče. s. 42-44. ISSN 1213-2330.
4. FREUDENBERGER, H. (1974) Staff Burnout. Journal of Social Issues, 30, 159-165.
5. GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton)
6. HAIŠ, K.; HODEK, B. Velký anglicko-český slovník: 3. přeprac. vyd. Praha: Academia, 1997. 2 sv. 2918 s. ISBN 80-200-0673-7 (1. sv.), 80-200-0674-5 (2. sv.).
7. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Psychologický slovník. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178303x.
8. HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ, et al., 2008. Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizity, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén. ISBN 978-7262-532-1.
9. HAWKINS, Peter a SHOHET, Robin. Supervize v pomáhajících profesích. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
10. HEGYI, L. A KOL. Sociálna gerontológia. Bratislava: Herba, 2012. ISBN 978-80-89171-99-6
11. HONZÁK, Radkin. Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření. 3. vydání. V Praze: Vyšehrad, 2018. ISBN 978-80-7601-004-8.
12. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6, str. 158

13. JAROŠOVÁ, Darja. Péče o seniory. Ostrava: Ostravská univerzita, 2006. ISBN 80-7368-110-2.
14. KADUSHIN, Alfred, 2002. Supervision in Social Work. 4th ed. New York: Columbia University Press. ISBN: 0-231-12094-X.
15. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu). 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
16. KLEVETOVÁ, D., DLABALOVÁ, I. Motivační prvky při práci se seniory. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2169-9.
17. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7181-6.
18. KOVAL. Š. Antropologický rozmer epidemiologie staroby. Košice: PonT, 2001. ISBN 80-967611-3-7
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. 2. vydání, přeprac. Karmelitánské nakladatelství, 2012. ISBN 978-80-7195-573-3.
20. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada, 1998. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
21. LEČBYCH, M. Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci 2008. ISBN 978-80-244-2071-4.
22. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3148-3.
23. MAROON, Istifan. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.
24. MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana (ed.). Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 9788073678180
25. MICHKOVÁ, Adéla, 2008. Supervize. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-145-1.

26. MLÝNKOVÁ, J. Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3872-7.
27. MÜHLPACHR, P. Gerontopedagogika. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3345-2.
28. MYRON, D. R. Syndrom vyhoření. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8.
29. NAKONEČNÝ, M. Základy psychologie. Praha: Academia, 1998. ISBN 80-200-0689-3.
30. ONDRUŠOVÁ, Jiřina a KRAHULCOVÁ, Beáta. Gerontologie pro sociální práci. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2019. ISBN 9788024643830.
31. PACOVSKÝ, V. O stárnutí a stáří. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0076-8.
32. PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-5.
33. PTÁČKOVÁ, Hana a PTÁČEK, Radek. Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2021. ISBN 9788027108763.
34. RABOCH, J. a kol. Diagnostický a statistický manuál duševních poruch DSM-5. 1. Vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.
35. ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. Dětská klinická psychologie. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-512-2.
36. STOCK, Christian. Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.
37. SVOBODOVÁ P. et al. Úvod do supervize: Cyklický model. Tišnov: SCAN, 2002. ISBN 80-86620-002-X.
38. Topinková, E., & Neuwirth, J. (1995). Geriatrie pro praktického lékaře. (1. vyd., 298 s.) Praha: Grada. ISBN 8071690996.
39. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 2. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-496-6.

40. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 1999. ISBN 9788071782148.
41. VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. 5. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
42. VENGLÁŘOVÁ, M. Problematické situace v péči o seniory. Grada, 2007, s. 28. ISBN 978 -80 -247-2170-5
43. VENGLÁŘOVÁ, Martina. Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3174-2.
44. VOSTRÝ, Michal a VETEŠKA, Jaroslav. Kognitivní rehabilitace seniorů: psychosociální a edukační souvislosti. Praha: Grada, 2021. ISBN 9788027128662

On-line zdroje

1. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. ResearchGate [online]. [cit. 2023-07-12]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/figure/Simplified-5-stage-model-for-the-development-of-burnout-which-is-most-frequently-used_fig3_346432309
2. Centrum sociálních služeb Litoměřice [online]. [cit. 2023-07-26]. Dostupné z: <https://www.csplitomerice.cz/>
3. Centrum supervize: Pro koho je supervize? [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <http://centrumsupervize.cz/pro-koho-je-supervize.html>
4. Defining Criteria for Intellectual Disability. American Association on Intellectual and Developmental Disabilities [online]. [cit. 2023-10-02]. Dostupné z: <https://www.aaidd.org/intellectual-disability/definition>
5. Etický kodex. Profesní svaz sociálních pracovníků v sociálních službách [online]. ČR [cit. 2023-06-28]. Dostupné z: <https://profesni-svaz-socialnich-pracovniku.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex.pdf>
6. Freudenberger's 12 stages. Burnout Geese Ltd. [online]. England & Wales [cit. 2023-05-26]. Dostupné z: <https://www.burnoutgeese.com/freudenberger-burnout.html>

7. METODIKA K POVOLÁNÍ PRACOVNÍK/PRACOVNICE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH PRO POTŘEBY ÚŘADU PRÁCE ČR. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika_povol%C3%A1n%C3%AD_PSS_UP+CR.pdf/d7bb4e46-2e6e-b786-41cb-f6106f30423f
8. Metodika vzdělávání pracovníků v sociálních službách: aneb průvodce pro aktéry kvalifikačního kurzu a dalšího vzdělávání pracovníků v sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. ČR, 2021 [cit. 2023-06-06]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/Metodika+vzd%C4%9B1%C3%A1v%C3%A1n%C3%AD+PSS.pdf/7d330616-7650-1b25-a966-d0c5be11009a>
9. MKN-10 2023. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. [cit. 2023-10-01]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>
10. MUDr. Vanda Valentová psychiatrická a psychoterapeutická ambulance: SUPERVIZE V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH [online]. [cit. 2023-08-08]. Dostupné z: <http://www.psychiatrie-hradiste.cz/supervize-v-pomahajicich-profesich>
11. Povolání pracovníků v sociálních službách. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. ČR, 2021 [cit. 2023-06-07]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864299/P%C5%99%C3%ADru%C4%8Dka_povol%C3%A1n%C3%AD_PSS_final.pdf/a315a803-4d1d-f2ed-2fcb-3b46b7b18140
12. Sociální služby. Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2023-11-07]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>

Seznam obrázků

| | |
|--|----|
| Obrázek 1 Struktura krajské koordinační skupiny | 12 |
| Obrázek 2 Zjednodušený 5stupňový model rozvoje syndromu vyhoření | 24 |
| Obrázek 3 Dvanáct stupňů syndromu vyhoření dle Freudenbergera | 26 |

Seznam tabulek

| | |
|--|----|
| Tabulka 1 Přehled změn ve stáří | 43 |
| Tabulka 2 Pohlaví | 65 |
| Tabulka 3 Věkové skupiny | 67 |
| Tabulka 4 Délka praxe | 68 |
| Tabulka 5 Vliv délky praxe na syndrom vyhoření | 69 |
| Tabulka 6 Dosažené vzdělání | 70 |
| Tabulka 7 Celková míra BM | 73 |
| Tabulka 8 BM v zařízeních, kde byla poskytnuta supervize | 74 |
| Tabulka 9 BM v zařízeních, kde nebyla poskytnuta supervize | 75 |
| Tabulka 10 Domov U Trati | 77 |
| Tabulka 11 Domov sociální péče Chotěšov | 77 |
| Tabulka 12 Domov Na Svobodě Čížkovice | 78 |
| Tabulka 13 Domov Na Pustaji Křešice | 79 |
| Tabulka 14 STD Cestou integrace Litoměřice | 79 |
| Tabulka 15 Uspokojení z práce | 80 |
| Tabulka 16 Spokojenost s oceněním (nejen finančním) | 81 |
| Tabulka 17 Spokojenost s prostředím | 82 |
| Tabulka 18 Spokojenost s kolegy | 83 |
| Tabulka 19 Spokojenost s nadřízenými | 84 |
| Tabulka 20 Příčina vyčerpání | 85 |
| Tabulka 21 Setkání se s pojmem supervize | 86 |
| Tabulka 22 Znalost pojmu supervize | 86 |
| Tabulka 23 Změny ve vztahu k sobě samému | 87 |
| Tabulka 24 Změny ve vztahu ke klientům | 87 |
| Tabulka 25 Změny ve vztahu k práci | 88 |
| Tabulka 26 Míra poskytování supervize | 89 |
| Tabulka 27 Znalost relaxačních technik | 90 |
| Tabulka 28 Využití relaxačních technik | 90 |
| Tabulka 29 Kontingenční tabulka pozorované četnosti n_{ij} | 96 |
| Tabulka 30 Tabulka teoretických četností e_{ij} | 96 |
| Tabulka 31 Testovací kritérium K_{ij} | 96 |
| Tabulka 32 Kontingenční tabulka pozorované četnosti n_{ij} | 97 |
| Tabulka 33 Tabulka teoretických četností e_{ij} | 97 |

| | |
|--|----|
| <i>Tabulka 34 Testovací kritérium K_{ij}</i> | 98 |
| <i>Tabulka 35 Kontingenční tabulka pozorované četnosti n_{ij}</i> | 99 |
| <i>Tabulka 36 Tabulka teoretických četností e_{ij}</i> | 99 |
| <i>Tabulka 37 Testovací kritérium K_{ij}</i> | 99 |

Seznam grafů

| | |
|---------------------------------------|----|
| <i>Graf 1 Pohlaví</i> | 66 |
| <i>Graf 2 Věkové skupiny</i> | 67 |
| <i>Graf 3 Délka praxe</i> | 68 |
| <i>Graf 4 Dosažené vzdělání</i> | 71 |
| <i>Graf 5 BM celkem</i> | 73 |
| <i>Graf 6 BM se supervizí</i> | 75 |
| <i>Graf 7 BM bez supervize</i> | 76 |

Seznam použitých zkratk

| | |
|------|---|
| AAMR | Americká asociace pro mentálně retardované |
| CSP | Centrum sociální pomoci Litoměřice |
| DSM | Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch |
| MKN | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| STD | Sociálně terapeutické dílny |
| WHO | World Health Organization (Světová zdravotnická organizace) |
| ZVNČ | základní výchovná nepedagogická činnost |

Seznam příloh

| | |
|--------------|----------|
| Příloha č. 1 | Dotazník |
|--------------|----------|

Přílohy

Dotazník

Příloha č. 1

Vážené respondentky, vážení respondenti,

dovoluji si Vás oslovit s žádostí o vyplnění dotazníku, který poslouží jako podklad pro mou diplomovou práci na téma „syndrom vyhoření pracovníků v sociálních službách“. Vaše údaje jsou zcela anonymní.

Předem děkuji za Vaši spolupráci a čas věnovaný dotazníku.

Klára Vinklerová.

První část:

Pohlaví: žena muž

Věk: _____

Délka praxe v oboru v sociálních službách – počet let: _____

Dosažené vzdělání: ZŠ SŠ bez maturity SŠ s maturitou VŠ

Druh zařízení: ambulantní pobytové

Druhá část:

Dotazník BM (Burnout Measure) psychického vyhoření od autorů Ayala Pinese, Elliota Aronsona (převzato z knihy Jaro Krivohlavého: Jak neztratit nadšení).

Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte, prosím, toto odstupňování:

1. nikdy 2. jednou za čas 3. zřídka kdy 4. někdy

5. často 6. obvykle 7. Vždy

1. Jsem unaven(á). 1 2 3 4 5 6 7

2. Jsem v depresi (tísni). 1 2 3 4 5 6 7

3. Prožívám krásné dny . 1 2 3 4 5 6 7

4. Jsem tělesně vyčerpan (a). 1 2 3 4 5 6 7

| | |
|---|---------------|
| 5. Jsem citově vyčerpán (a). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 6. Jsem šťasten (šťastná). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 7. Cítím se vyřízen(á), zničen(á). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 8. Nemůžu se vzchopit a pokračovat dále. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 9. Jsem nešťastný(á). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 10. Cítím se uhoněn(á) a utahaný(á). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 11. Cítím se jakoby uvězněn(á) v pasti. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 12. Cítím se jako bezcenný(á). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 13. Cítím se utrápen(á). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 14. Tíží mne starosti. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 15. Cítím se zklamán (a) a rozčarován (a). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 16. Jsem sláb (a) a na nejlepší cestě k onemocnění. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 17. Cítím se beznadějně. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 18. Cítím se odmítnut (a) a odstrčen (a). | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 19. Cítím se pln(á) optimismu. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 20. Cítím se pln(á) energie. | 1 2 3 4 5 6 7 |
| 21. Jsem pln(á) úzkosti a obav. | 1 2 3 4 5 6 7 |

Třetí část:

Odpověď označte.

1. Vaše práce Vás:

- Plně uspokojuje

- Spíše uspokojuje
- 50/50
- Spíše neuspokojuje
- Neuspokojuje

2. Jak jste za svou práci ocenění (nejen finančně):

- Dostatečně
- Spíše dostatečně
- 50/50
- Spíše nedostatečně
- Nedostatečně

3. Jak jste spokojen(a) s pracovním prostředím:

- Dostatečně
- Spíše dostatečně
- 50/50
- Spíše nedostatečně
- Nedostatečně

4. Jak jste spokojen(a) s kolegy:
- Dostatečně
 - Spíše dostatečně
 - 50/50
 - Spíše nedostatečně
 - Nedostatečně
5. Jak jste spokojen(a) s nadřízenými:
- Dostatečně
 - Spíše dostatečně
 - 50/50
 - Spíše nedostatečně
 - Nedostatečně
6. Co je pro vás nejčastější příčinou vyčerpání?
- a. mobbing (šikana ze strany kolegů)
 - b. přesčasy
 - c. dlouho trvající přetížení
 - d. strach ze ztráty zaměstnání
 - e. nátlak ze strany nadřízeného
7. Už jste se někdy setkali s pojmem supervize:
- Ano
 - Ne
 - Nevím

8. Víte, co znamená samotný pojem supervize:

- Ano
- Ne
- Nevím

9. Zajišťuje Vám organizace, kde pracujete supervizi (pokud odpovíte na otázku ne, nemusíte odpovídat na otázky číslo 9, 10, 11, 12, 13):

- Ano
- Ne
- Nevím

10. V jakém intervalu je Vám poskytována supervize:

- Jednou za měsíc a častěji
- Méně jak jednou za měsíc a více jak jednou za rok
- Méně jak jednou za rok

11. Myslíte si, že supervize má u Vás pozitivní změny ve vztahu k Vaším klientům:

- Ano
- Spíše ano
- 50/50
- Spíše ne
- Ne

12. Myslíte si, že supervize Vám pomáhá řešit pracovní problémy:

- Ano
- Spíše ano
- 50/50
- Spíše ne
- Ne

13. Myslíte si, že supervize má u Vás pozitivní změny ve Vašem chování:

- Ano
- Spíše ano
- 50/50
- Spíše ne
- Ne

14. Myslíte si, že je v zařízení, kde pracujete poskytována, supervize v dostatečné míře:

- Ano
- Spíše ano
- 50/50
- Spíše ne
- Ne

15. Máte i nějaké zájmy, koníčky, které se netýkají Vašeho zaměstnání:

- Ano
- Spíše ano
- 50/50
- Spíše ne
- Ne

16. Kolik hodin týdně věnujete svým koníčkům?

- 0–1
- 2–4
- Více jak 5

17. Znáte nějaké relaxační techniky:

- Ano
- Ne
- Nevím

18. Využíváte tyto relaxační techniky:

- Ano
- Ne
- Nevím