

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

Diplomová práce

Dominika Černá

**Pedagogové na 1. stupni základních škol pracující s žákem s
mentálním postižením v kontextu syndromu vyhoření**

Olomouc 2020

vedoucí práce: Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne

Dominika Černá

Děkuji Mgr. Zdeňce Kozákové, DiS., Ph.D., za odborné vedení, za poskytování rad, připomínek a podnětů, které mi poskytla v rámci zpracování mé diplomové práce.

Děkuji respondentům ze všech škol za jejich čas a ochotu spolupracovat v rámci vyplnění dotazníků pro mou diplomovou práci.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE	8
1.1 Vymezení pojmu mentální postižení a mentální retardace.....	8
1.2 Klasifikace mentální retardace	10
1.3 Etiologie mentálního postižení	12
1.4 Prevence	14
2 ŽÁK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	16
2.1 Specifika žáků s mentálním postižením	16
2.1.1 Vnímání.....	17
2.1.2 Myšlení.....	19
2.1.3 Paměť	20
2.1.4 Pozornost.....	20
2.1.5 Emoce.....	21
2.2 Charakteristika stupňů mentálního postižení dle MKN-10	22
2.2.1 Lehká mentální retardace	22
2.2.2 Střední mentální retardace.....	23
2.2.3 Těžká mentální retardace.....	24
2.2.4 Hluboká mentální retardace.....	24
2.3 Zásady komunikace žáků s mentálním postižením	25
3 SYNDROM VYHOŘENÍ	29
3.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření	29
3.2 Fáze syndromu vyhoření	31
3.3 Příznaky a důsledky syndromu vyhoření	32
3.4 Ohrožené skupiny	35
3.5 Prevence a léčba syndromu vyhoření	38
4 PROFESE PEDAGOGA	41
4.1 Vymezení profese pedagoga.....	41
4.2 Osobností dispozice.....	42
PRAKTICKÁ ČÁST	46
5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	46
5.1 Cíle výzkumného šetření	46
5.2 Vytyčené hypotézy	46
5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku	47

5.3.1	Výběr vzorku	47
5.3.2	Popis vzorku	48
5.4	Metodologie výzkumného šetření	51
6	VÝSLEDKY ZÍSKANÝCH DAT	54
6.1	Analýza dotazníku vlastní tvorby	54
6.2	Dotazník Burnout Measure	75
6.3	Statistické ověření stanovených hypotéz	88
7	DISKUZE.....	91
7.1	Limity výzkumného šetření	93
7.2	Doporučení pro další výzkumy v této oblasti	94
7.3	Doporučení do praxe	94
	ZÁVĚR.....	96
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	97
	SEZNAM ZKRATEK	102
	SEZNAM TABULEK	103
	SEZNAM GRAFŮ	104
	SEZNAM PŘÍLOH	105

ÚVOD

Roli učitelky jsem si zvolila již na základní škole. Všechny mé další kroky, které započaly tábory, kroužky, střední školou pedagogickou a následně vysokou školou mě vždy utvrdily, že učit je mé poslání a je to, i přes svou náročnost, jedno s nejhezčích povolání. Pocit, že dětem předávám své znalosti, dovednosti a vědomosti, pro mě nemůže nic nahradit. Pocit, že i kdyby jediný žák ve třídě díky mému působení bude lepším člověkem ve svém životě a bude takto ovlivňovat lidi kolem sebe, je opravdu dar, který profese učitele pro přináší. Už od střední školy jsem se vždy těšila na své praxe, kterých jsem zažila už opravdu mnoho. Měla jsem možnost setkat se s pedagogy různého věku, názorů, vyznání či působení. V posledních pár letech na svých praxích už neslyším jen ona pozitiva, která já stále v sobě mám, ale spíše opak. Učitelé jsou unavení, vyčerpaní, a to jak po stránce fyzické, tak psychické. Mnoho učitelů jsem slyšela pronést větu: „Kdybych mohl/a vrátit čas, učit bych už nikdy nešel/la“. Pro mě jako pro začínajícího učitele jsou tato slova a pohled na vyčerpané pedagogy značně demotivující. Tento výsledný stav učitelů v dnešní době jsem zhodnotila dvěma slovy – syndrom vyhoření.

Syndrom vyhoření je všeobecně rozšířené téma pomáhajících profesí, jež řada lidí zažila. Jedná se o jev, který je stále častěji součástí nás všech, ale do jisté míry je stále neřešený.

Učitelská profese je velmi náročné a neoceněné povolání dnešní doby, kterému se spíše dále přitěžuje. Vedle intaktních dětí je důležité zmínit právě děti s přidruženým postižením. Těmto dětem je nutné zvýšit pedagogické úsilí několikanásobně. U nich se ukáže kreativita onoho učitele, jež při správných postupech a trpělivosti dokáže žáky přivést k pokroku. Všechny postřehy, které jsem načerpala v rámci svých studiích, mě vedly k vytvoření této diplomové práce.

Na základě výše uvedeného je cíl diplomové práce stanoven na zjištění míry syndromu vyhoření u učitelů 1. stupně základní školy, kteří pracují s žákem s mentálním postižením. Oblast výzkumu byla ohraničená na okres Bruntál.

Diplomová práce je rozdělená na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část přináší informace o významu syndromu vyhoření, jeho příznacích, ohrožených skupinách a prevenci. Dále nám poskytuje informace o žákovi s mentálním postižením a o mentálním postižením samotném. V neposlední řadě teoretická část vymezuje osobnostní charakteristiku, kterou by měl každý kvalitní učitel mít.

Poznatky z teoretické části byly dále použity pro lepší pochopení a tvorbu praktické části. Tato část se již konkrétně zaměřuje na zjištění stavu vyhoření a dalších souvisejících

aspektů u jednotlivých učitelů. Jednotlivé výsledky jsou dále komparovány a doplňovány o zjištěné informace, ze kterých lze dále vytyčit, co vede k syndromu vyhoření u učitelů na Bruntálsku a zda se jedná o skupinu, která je syndromem vyhoření zasažena.

V závěru práce jsou uvedeny limity, jež práci provázely a také doporučení, které je možno zmínit v souvislosti s touto prací a jejím dalším použitím.

TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části jsou prezentovány základní poznatky námi vymezené problematiky. Na základě rozšířeného vhledu do vybraného tématu vznikl vymezený rámec informací, jež jsme rozdělili do čtyř kapitol. Teoretická část obsahuje poznatky o mentálním postižením, jež jsou dále specifikovány na oblast žáka s mentálním postižením a jeho specifika, dále syndromu vyhoření a osobnosti pedagoga.

1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE

V této kapitole se věnujeme vymezení základní terminologie pojmů mentální retardace a mentální postižení a popisujeme klasifikační systémy mentální retardace. Dále uvádíme etiologii daného postižení, jež je rozdělena na několik dílčích skupin. V závěru kapitoly se zabýváme prevencí vzniku mentálního postižení.

1.1 Vymezení pojmu mentální postižení a mentální retardace

Mentální postižení je považováno za jednu z nejpočetnějších skupin v rámci jiných postižení, které se ve společnosti vyskytují. Tento počet jak u nás, tak ve světě stále stoupá (Švarcová, 2006).

Valenta a kol. (2014) mentální postižení zařazuje k nejčastějším poruchám, které spatřuje v populaci bez ohledu na rasu, původ či ekonomický a kulturní okruh.

Slowík (2016) uvádí, že je mentální postižení považováno ve společnosti za zvláštní a odlišný druh handicapu. Intaktní společnost osoby s mentálním postižením často odsuzuje a pejorativně označuje. Pro mnohé je obtížné si snížený mentální stav představit a pochopit.

Valenta a kol. (2014) dále uvádí, že v porovnání s jinými zdravotními postiženími můžeme v této oblasti zaznamenat značnou variabilitu v označení a terminologii mentálního postižení a mentální retardace. Tato nejednotnost vyplývá z faktu, že mnoho pojmů se po určité době stává společensky nepřijatelnými. Pojmy nabývají pejorativního zabarvení. Tento fakt vede ke stále novému hledání nových pojmů, které by nahradily ty, jež dostaly pejorativní nádech. Výsledkem těchto změn je pojmová nejednoznačnost.

Mentální retardaci v současné době vymezuje velké množství definic, které se mají společné zaměření na snížení intelektových schopností jedince. Poprvé se pojem objevil ve společnosti po konferenci WHO v Miláně v roce 1959 a nahradil řadu pojmů (Valenta, Müller, 2013).

Pojem mentální retardace pochází ze slov *mens* (mysl, duše) a *retardace* (opozdit, zpomalit), které mají svůj původ v latině (Slowík, 2016).

Autoři v definicích vychází ze stupně inteligence, symptomatologie, etiologie mentálního postižení či jeho sociálních faktorů. Všechny definice mají společný základ a to, že zahrnují sníženou inteligenci s následnou zhoršenou adaptací na okolní prostředí, která se vyskytuje v dětském vývoji, nikoli dospělém. Mentální retardace tedy označuje vrozenou duševní poruchu, jež se projevuje snížením inteligence jedince se sníženou adaptací na okolní prostředí. Nedostatky se mohou vyskytovat v učení, řeči či sociálních schopnostech (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Kozáková (2005) uvádí vztah mezi mentální retardací a mentálním postižením. Ve své publikaci uvádí, že tento je zaznamenán v mnoha diskuzích. Někteří autoři vymezují tento vztah jako synonyma (např. Černá, Novotný, Zemková atd.). Naopak druhá skupina autorů v tomto vztahu spatřuje rozdíl. Rozdíl vidí v rozsahu obou pojmů (např. Vašek, Valenta, Müller atd.).

Černá a kol. (2015, s. 75) konstatují, že „*termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením se v současné psychopedii používá jako synonyma. Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace*“.

Valenta a kol. (2014, s. 24) definuje mentální retardaci jako: „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností*“. Z této definice vyplývá, že hodnota IQ není zcela jediným určujícím faktorem. Je důležité zhodnotit mnoho dalších aspektů osobnosti. Především je třeba zhodnotit, zda žák selhává ve většině sociálních očekávání ve svém užším i širším prostředí. (Valenta a kol., 2014).

Švarcová (2006, s. 28) uvádí definici: „*Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná*.“

Slowík (2016) vymezuje mentální retardaci jako složité syndromatické postižení postihující jak psychické schopnosti člověka, tak dále veškeré složky celkové lidské osobnosti. Postižení má vliv na vývoj a úroveň rozumových schopností, emocí, komunikačních schopností, úrovní v navazování sociálních vztahů či společenského a pracovního uplatnění (Slowík, 2016).

Autoři Valenta, Müller (2013) ve své publikaci uvádí komparaci definic dle nejvlivnějších autorů v této oblasti. Mezi tyto definice patří MKN-10, DMS-IV a americká asociace pečující o osoby s mentálním postižením AAMR (American Association for Mental

Retardation), jež se přejmenovala na AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities).

Dle 10. revize Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů MKN-10 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018) je mentální retardace definována jako: „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se se během vývojového období, postihující všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami“.

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch Americké psychiatrické asociace DSM–V (APA, 2015) popisuje, že mentální retardace se diagnostikuje u osob, jež vykazují sníženou inteligenci pod arbitrovanou úroveň, a to v době před dosažením dospělosti.

Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení definuje mentální retardaci jako sníženou schopnost, jež se vyznačuje výrazným omezením intelektových funkcí a adaptability, která se projevuje v pojmové, praktické a sociální oblasti inteligence (AAIDD, 2010).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Pro klasifikaci mentální retardace jsou užívána různá kritéria. Mezi nejčastější kritéria jsou považována:

- **etiologická kritéria** – zde autoři klasifikují mentální postižení dle příčiny jeho vzniku,
- **symptomatická kritéria** – zde jsou příznaky řazeny dle typu osobnosti, chování, vzhledu či somatickým, psychickým a motorickým dispozicím,
- **vývojová kritéria** – zde je klasifikace určována dle srovnání s dílčími vývojovými obdobími, která jsou porovnávána s intaktní populací (konkrétně se jedná o předškolní věk, školní věk, období dospívání, období adolescence, období dospělosti, stáří),
- **dle stupně postižení** – zde je klasifikace určována na základě kvantity snížení inteligence, resp. zachovaných kompetencí, jejichž úroveň je srovnána s normou intaktní společnosti. Autoři vychází z psychologické diagnostiky inteligence, kdy se dále pracuje se získaným IQ. Inteligenční kvocient udává poměr mentálního věku k věku fyzickému (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Klasifikace dle DMS-V

Dle klasifikace DSM-V je pojem mentální retardace nahrazen pojmem **ID** – „*intellectual disability*“, což označuje v překladu termín porucha intelektu. Porucha intelektu se řadí mezi neurovývojové poruchy společně s poruchami komunikace, poruchami autistického spektra, poruchami pozornosti s hyperaktivitou, poruchami motoriky a specifickými poruchami učení (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

Stupně postižení jsou dle DSM-v vymezeny následovně:

- 317 – mírná,
- 318.0 – středně těžká,
- 318.1 – těžká,
- 318.2 – hluboká,
- 319 – nespecifikovaná porucha intelektu (Raboch a kol., 2015)

Klasifikace dle MKN-10

Od roku 1994 je v České republice platná MKN ve znění desáté decenální revize s názvem „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ (dále MKN-10), která klasifikuje mentální retardaci do kapitoly V. – „Poruchy duševní a poruchy chování“, které jsou zaznamenané pod určujícím písmenem „F“. Mentální retardace je ukotvena v MKN-10 pod kódovým značením F70-F79 (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Dle MKN-10 se stupeň mentální retardace měří standardizovanými testy inteligence. Výsledná diagnóza následně odpovídá stavu duševních funkcí jedince. MKN-10 vymezuje mentální retardaci do následujících kategorií:

- F70 – lehká mentální retardace (pásmo IQ 50 – 69),
- F71 – Střední mentální retardace (pásmo IQ 35 – 49),
- F72 – Těžká mentální retardace (pásmo IQ 20 – 34),
- F73 – Hluboká mentální retardace (pásmo IQ 0 – 19),
- F78 – Jiná mentální retardace,
- F79 – Neurčená mentální retardace (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018)

Jednotlivé kategorie jsou doplněny o inteligenční kvocient (dále IQ), který danou skupinu jedinců s mentálním postižením charakterizuje. Kategorie na základě IQ nelze definovat s absolutní přesností. Úroveň rozumových schopností bývá stanovena danými standardizovanými, individuálními, aplikovanými testy, jež jsou upraveny pro danou sociokulturní normu. Aby test splnil svůj účel, musí být zvolen dle úrovně poznávacích funkcí jedince a zohlednit jiné defekty, jež jedince s mentálním postižením postihli (Fischer a kol., 2014)

MKN-10 dále uvádí v kódu stupně mentálního postižení i přidružené postižené chování těchto osob, který určuje rozsah poruch chování. Znak „0“ vyjadřuje žádnou nebo minimální poruchu chování, znakem „1“ se označuje významná porucha chování vyžadující pozornost anebo léčbu, znak „8“ určuje jinou poruchu chování a znak „9“ označuje stav bez zmínky o poruchách chování (Valenta a kol., 2012)

Tato klasifikace se od DSM-V liší, což poukazuje na dvojí systém klasifikace duševních poruch ve světě. Nicméně jsou si tyto revize bližší v porovnání s revizemi předchozích let (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

1.3 Etiologie mentálního postižení

Švarcová (2006) udává, že mentální postižení je trvalé snížení schopností, jež je zapříčiněno poškozením mozku a dále konstatuje, že se jedná o stav, který je již neměnný.

Na vzniku mentálního postižení se podílí celá škála různorodých elementů, které se mohou vzájemně podmiňovat, prolínat či spolupracovat. Klasifikace dle etiologie je jedna z nejobtížnějších, jelikož nelze přesně určit příčinu mentálního postižení. Může se jednat o biologické jevy, fyzikální či chemické jevy, sociální aspekty i zkušenosti v životě jedince. Mezi těmito aspekty nelze jasně vytyčit hranice a často se spíše vzájemně prolínají (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Příčiny jsou kategorizovány dle různých faktorů. Můžeme hovořit o příčinách vnitřních – endogenních a vnějších – exogenních, o mentálním postižení vrozeném či získaném, o příčinách vznikajících v období prenatálním, perinatálním či postnatálním. I přes mnoho objasněných příčin stále není lékařství schopno dopátrat se příčiny poruchy přibližně u třetiny osob s mentálním postižením (Valenta, Müller, 2013)

Endogenní příčiny jsou zafixovány v systému pohlavních buněk a na nového jedince se přenáší při jejich spojení. Endogenní příčiny můžeme označit dále jako příčiny genetické (Švarcová, 2006). Tyto příčiny vznikají na základě mutagenních faktorů, jako je záření,

dlouhodobé hladovění či chemické vlivy. Tyto faktory následně způsobují mutaci genu, aberaci chromozomů či změnu v jejich počtu, tzv. genová mutace (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018)

Exogenní příčiny působí na dítě od jeho samotného početí a provází ho v průběhu těhotenství, porodu, poporodních obdobích i v raném dětství. Exogenní činitelé mohou být primární příčinou poškození mozku nebo se může jednat o tzv. „spouštěče“, jež mohou spustit projevy zakódované v genetickém vybavenosti dítěte (Švarcová, 2006). Dále se zde zařazují anorganické příčiny, jež se rozdělují na fyzikální a chemické. Fyzikální příčiny souvisí s mechanickým působením či zářením, chemické příčiny vyvolávají léčiva, jedy či chemické látky. Do skupiny exogenních příčin se zařazují i biologické příčiny, které vyvolávají viry, bakterie či plísně. Poslední skupinu tvoří příčiny psychosociální, jež jsou způsobené působením rodinné výchovy, školou či jinými zařízeními (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Endogenní a exogenní příčiny jsou v klasifikaci dále rozdělovány na příčiny vzniklé v prenatální, perinatální či postnatální období (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

V **prenatálním období** na plod působit mnoho nežádoucích faktorů, které ohrožují jeho zdravý růst (Černá a kol., 2015). V těle matky působí řada vlivů, jež ovlivňují vývoj dítěte. Důležitým aspektem se zde stává dědičnost. V rámci dědičnosti dítě může získat určité nemoci, zejména metabolické poruchy, které postupně vedou k mentální retardaci. Dítě po svých rodičích může zdědit nedostatečnou schopnost k plnění určité činnosti, jež následně vede k selhání. Z hlediska četnosti se nejvíce vyskytují specifické genetické příčiny, které vedou k mutaci genu, aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu, tzv. genové mutaci (Valenta a kol., 2014). Nejčastější příčinou v tomto období jsou syndromy, které vznikají v důsledku změny počtu chromozomů. Další rozšířenou skupinou vlivů v tomto období jsou environmentální faktory a onemocnění matky, jež ji postihnou v gravidním období. Platí obecné pravidlo, že čím dříve patologie vznikne, tím závažnější jsou následky pro zdraví dítěte. Mezi onemocnění matky jsou zařazovány nemoci jako: zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otravy matky či plodu, ozáření či alkoholismus matky (Valenta, Müller, 2013).

V **perinatálním období** se vyskytuje řada onemocnění, úrazů a infekcí, které jsou označovány jako biologické faktory či defekty, jež působí negativně na vývoj plodu kolem porodu (Černá a kol., 2015). Zařazuje se zde organické či mechanické poškození mozku při porodu, např. při poškození mozku vlivem nedostatku kyslíku u porodu. Dále může dítě negativně ovlivnit v perinatálním období předčasný porod a s tím související nízká hmotnost. Negativně působí i těžká novorozenecká žloutenka, při které dochází k poruše nervové soustavy

(Valenta a kol., 2014). V rámci porodu se mohou objevit i další komplikace související s poruchou krevního oběhu, hypoxií či asfyxií. Tyto poruchy poškozují v největší míře centrální nervovou soustavu, což vede k následnému vzniku mentálního postižení (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Příčiny v **postnatálním období** ovlivňují vývoj dítěte po narození a trvají po celý život (Černá a kol, 2015). Mezi faktory způsobující mentální retardaci patří zánět mozku způsobený mikroorganismy. Zde se řadí např. klíšťová encefalitida či meningitida. Dále může dojít k negativním postihům dítěte objevující se jako traumata, mozkové léze či krvácení do mozku, které mohou vést k poškození inteligence. Vlivem těchto nemocí se může v pozdějším věku dítěte objevit např. alzheimerova choroba, alkoholová demence, schizofrenie, epileptická demence (Valenta a kol., 2014).

Mezi nejčastější příčiny, které mají za následek vznik mentální retardace, se považují:

- infekce a intoxikace,
- úrazy a fyzikální vlivy,
- poškození výměny látek, růstu či výživy,
- makroskopické léze na mozku,
- nemoci a stavy, způsobené jinými prenatálními vlivy,
- anomálie chromozomů,
- nezralost,
- duševní poruchy,
- psychosociální deprivace,
- jiné a nespecifické etiologie (Švarcová, 2006).

Všechny uvedené příčiny mohou mít různorodou podobu. Společné mají, že se vždy jedná o vážné organické či funkční poškození mozku (Vágnerová, 2004).

1.4 Prevence

Jelikož existuje mnoho příčin, jež způsobují mentální retardaci, je na místě uvést důležitost prevence. Dle charakteru zaměření se prevence rozděluje na prevenci primární – zaměřenou na vznik mentálního postižení v celé populaci, prevenci sekundární – jež se zabývá ohroženou populací a prevenci terciální, která je zaměřena na jedince s mentálním postižením, jež se snaží o zmírnění následků jeho postižení. Existuje několik zásad, které mohou možnost vzniku mentální retardace snížit (Švarcová, 2006).

V rámci **primární prevence** by žena před plánovaným těhotenstvím měla minimálně tři měsíce předem navštívit svého lékaře, který na základě jejího zdravotního stavu doporučí opatření, jež podpoří zdravý vývoj a narození dítěte. Důležité je dbát na správnou životosprávu, která je důležitá jak pro matku, tak i její plod. V průběhu těhotenství by matka měla omezit alkoholické nápoje, kouření, což může negativně ovlivnit růst a vývoj plodu. Matka by měla také omezit v graviditě užívání léků a vždy léky konzultovat s lékařem. Pokud žena neprodělala některé nemoci, je žádoucí se proti nim před početím očkovat, aby nemoc nepropukla v graviditě. Mnoho nemocí a chorob je způsobeno poškozenými geny nebo chromozomy, které dítě zdědilo. Je vhodné v těhotenství navštívit genetickou poradnu, která případná ohrožení plodu včas odhalí. V graviditě je nežádoucí vystavovat plod záření RTG, tudíž by se jich matka měla vyvarovat. Paprsky RTG mohou plod poškodit, pokud jim bude vystaven. V neposlední řadě by matka měla být opatrná a dbát na své zdraví. Měla by se vyhýbat infekčním chorobám, které můžou plodu výrazně ublížit. Nejdůležitějším bodem je pravidelně navštěvovat svého lékaře, jenž nelze ničím nahradit a včasný zásah někdy může výskyt nežádoucích stavů zastavit či zmírnit (Švarcová, 2006).

Sekundární prevence se zaměřuje na ohroženou populaci, jež je vymezena z hlediska zdravotního. Zde se jedná např. o genetickou zátěž v rodině či rizikové zaměstnání. Dalším hlediskem je oblast enviromentální, jež je vyznačena jako nepodnětné či patogenní rodinné a širší prostředí (Valenta, Müller, 2013).

Do **terciální prevence** spadá veškerá psychopedická péče, která je zaměřena na snížení dopadu důsledků vzniklého mentálního postižení u jedince (Valenta, Müller, 2013).

2 ŽÁK S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V rámci této kapitoly se zaměřujeme na specifické projevy žáka s mentálním postižením. Zabýváme se hlouběji charakteristikou žáka v jednotlivých stupních mentální retardace a v závěru uvádíme zásady komunikace v komunikačním procesu s jedinci s mentálním postižením.

2.1 Specifika žáků s mentálním postižením

Každý jedinec s mentálním postižením je jedinečná osobnost, která má své charakteristické znaky, tak jako každý jiný žijící člověk. U jedinců s tímto druhem postižení se vyskytují určité charakteristické znaky, jejichž individuální modifikace je podmíněna druhem a hloubkou mentálního postižení (Kozáková, 2005).

Tak jako u dětí intaktních, tak u dětí s mentálním postižením dochází k psychickému vývoji. Jedná se o specifický jev dětského věku, který probíhá i při nejtěžším patologickém stavu organismu. Je zapotřebí zmínit závislost psychického vývoje dítěte a procesu učení, kde je učení považováno za základní podmínku psychického vývoje. U dětí s mentální postižením je oslabena jedna z nejdůležitějších funkcí psychiky, a to chtít poznávat svět kolem sebe. Tato snížená aktivita spolu s nízkou úrovní orientační schopnosti jsou považovány za prvotní symptom vyplývající z nedovyvinuté mozkové kůry. Poznávací zájmy a aktivita jsou oproti intaktním dětem výrazně snížené (Švarcová, 2006).

Vedle časového opoždění duševního vývoje je důležitým znakem strukturální vývojová změna. Získávání zkušeností a dovedností je u intaktních dětí rychlejší. U dětí s mentálním postižením se proces stává pomalejším a můžou se nacházet specifické odchylky. Z hlediska zvláštností percepce žáků s mentálním postižením se hovoří o:

- zpomaleném a sníženém zrakovém vnímání – žák s mentálním postižením nevnímá okolí globálně, ale jen postupně, tím dochází k horší orientaci v novém prostředí,
- nediferencování počtůk vjemů – žák s mentálním postižením, může mít problém s tvary, předměty či barvami, a také dochází k obtížnému rozlišení figury a pozadí,
- inaktivitě vnímání – žák s mentálním postižením není schopný věci vnímat do hloubky a všimnout si detailů předmětů, při změně např. směru předmětu ho následně nepoznají,
- nedostatečném hloubkovém a prostorovém vnímání,

- zhoršené citlivosti hmatových vjemů,
- obtížném vnímání času a prostoru (Valenta a kol., 2014).

Vágnerová (2012) dále uvádí specifické zvláštnosti, jež souvisí se stupněm IQ, kvalitou kognitivních funkcí či psychosociálních dovedností:

- výrazně větší závislost na jiných osobách,
- infantilní osobnost,
- určitá pasivita v chování,
- sugestibilita a rigidita v chování,
- nedostatky ve vývoji vlastní osobnosti a vlastní identifikace,
- nestabilita v aspiraci a výkonu,
- problémy v meziosobních vztazích a komunikaci,
- snížená adaptace k sociálním a školním povinnostem,
- hyperaktivita nebo hypoaktivita,
- labilní proměny nálad,
- poruchy poznávacích procesů,
- porucha vizuomotoriky a pohybové koordinace.

Jedinec s mentálním postižením je, vlivem poruchy poznávacích funkcí, vybaven sníženou schopností řešit i banální sociální situace. U žáků může docházet konkrétně např. k dezorientaci v hromadné dopravě nebo ve škole či celkové poruše v adaptaci na nové prostředí. Snížená sociální schopnost souvisí dále s nerovnoměrným vývojem osobnosti jedince. Vlivem disharmonického vývoje může docházet ke sníženému či zvýšenému sebehodnocení. Sebehodnocení se projevuje velmi kolísavě, kde se jde od podceňování k přehnanému přeceňování (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Kognitivní funkce jsou pro vyučovací proces velmi zásadní. Společně se specifiky osobnosti v oblasti emotivity, aspirace a vůle hrají v životě jedince s mentálním postižením důležitou roli (Valenta a kol., 2015).

2.1.1 Vnímání

Vnímání neboli percepce dává člověku možnost poznávat dění v přítomnosti, rozeznávat podněty a situace, které jsou již známe či naopak neznáme. To vše dává dítěti dispozice k poznání a orientaci prostředí, v němž se nachází. Tuto schopnost podněcují kognitivní

schopnosti, jež mají v průběhu vývoje dětí s mentálním postižením značný význam (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013).

Vnímání je u dítěte s mentálním postižením zpomaleno a má svá určitá specifika. V rámci zpomalení tohoto procesu dochází k zhoršenému utváření podmíněných spojů. (Krejčířová, Kozáková, Müller, 2013).

Počítky a vjemy se utvářejí pomaleji a provází je řada nedostatků a odchylek. Omezená schopnost vnímání dále negativně ovlivňuje celý průběh psychického vývoje jedince. U dětí s mentálním postižením se objevuje určitá inaktivita, která způsobuje, že dítě neprojevuje snahu prohlédnout si předmět či obraz do detailu a nezajímá se zvědavě o jejich podstatu a funkci. Dochází k porušení poznávací činnosti. Nedokonalost vnímání je jedna ze základních příčin, která souvisí se zpomalením rozvoje vyšších psychických procesů, jako je myšlení (Švarcová, 2006).

Autoři Bajo, Vašek (1994) uvádí následující rozdíly ve vnímání osob s mentálním postižením a osob intaktních. Tyto rozdíly jsou spatřovány v:

- rychlosti vnímání,
- výběrovosti vnímání,
- zaměřenosti vnímání,
- rozsahu a celistvosti vnímání,
- diferenciaci vjemu,
- vnímání prostoru, času a pohybu,
- koordinaci vnímání.

Specifika poruch vnímání je možno snížit různými speciálněpedagogickými metodami a přístupy, které mohou mít formu např. smyslové výchovy (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Snížená funkce vnímání a jeho značné zúžení se projevuje i omezenou schopností globálního vidění. Děti s mentálním postižením mohou zůstat ve stádiu vnímání pouze detailů, kde jim percepční syntéza způsobuje jisté problémy. Tyto faktory limitují jejich orientaci v prostoru či v neobvyklé situaci. Vlivem zpomaleného vnímání dochází k poruše schopnosti pochopit perspektivu. Vlivem toho dochází k překrývání kontur a dítě má problém s rozlišováním polostínů. Dále dochází k problémům v oblasti nedostatečného rozdělování detailů a celků a diskriminace figury a pozadí. Aby byl vjem správně pochopen, musí být vnímaný materiál dobře organizován a rozlišen (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2018).

2.1.2 Myšlení

Myšlení se řadí do poznávacích funkcí, při kterých dochází k rozvoji poznatků prostřednictvím slov a řeči. Slova jsou důležitým prostředkem pro vytváření a chápání vazeb mezi různými objekty (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Vlivem omezeného vnímání si dítě s mentálním postižením vytváří jen omezenou základnu představ. Nedostatečné sluchové a názorné představy spolu s malou znalostí předmětů, omezenou zkušeností komunikace a nedostatkem rozvoje řeči, má za následek obtíže ve vývoji myšlení. Právě nedostatečně rozvinutá řeč, která je považována za základní prostředek myšlení, souvisí s nízkou úrovní myšlení u žáka s mentálním postižením (Švarcová, 2006).

Myšlení vykazuje nedostatky ve všech částech, dle náročnosti s přímo úměrným deficitem. Porucha se projevuje ve všech myšlenkových operacích, které můžeme považovat za základní. Jedná se např. o srovnání, třídění, analýzu a syntézu či abstrakci a zobecňování (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Myšlení je spíše konkrétní a dochází k omezené schopnosti zobecňování. Charakteristickým rysem je také určitá stereotypnost (Vágnerová, 2004).

Myšlení se vyznačuje slabou řídicí funkcí, pojmy se tvoří těžkopádně, úsudky jsou nepřesné, myšlení není schopno vyšší abstrakce či generalizace. Dochází k poškození sdělovaného obsahu projevujícím se ve špatném porozumění, malé slovní zásobě a rozhodování (Valenta a kol., 2014).

Charakteristickým znakem se dále stává nesoustavnost myšlení, které se projevuje odvedením pozornosti od původního úkolu. Dítě může bezdůvodně ztratit myšlenku a hovořit o zcela jiném tématu. Dítě není schopno udržet pozornost a soustředění, což vede k nezaměřenosti a nesoustavnosti v jeho myšlení. Mezi další nedostatky v myšlení patří slabá řídicí úloha myšlení, při kterém dítě nad svým jednáním nepřemýšlí, tím pádem nedomýšlí ani důsledek tohoto jednání. Slabá řídicí úloha myšlení má svou souvislost s tzv. nekritickým myšlením, které způsobuje, že dítě s mentálním postižením považuje prvotní domněnky za správné. Rovněž takto považují i poznatky jiných lidí, u kterých nepředpokládají, že by vůbec mohly být chybné. Základem pro rozvoj myšlení u dětí s mentálním postižením je soustavné vzdělávání a osvojování vědomostí, dovedností a návyků, jež jsou v souladu s aktuální úrovní získaných poznatků a rozumovými schopnostmi dítěte (Švarcová, 2006).

2.1.3 Paměť

Paměť patří k základním elementům v psychickém vývoji dítěte. Díky ní jedinec získává schopnost uchovávat zkušenosti, které zažil v minulosti, a tyto zkušenosti si znovu vybavit. Paměť dává možnost učit se nové věci a získávat nové dovednosti a schopnosti. Souvisí s utvářením osobnosti, což se projevuje v chování či ve vztahu k ostatním (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013).

Paměť je psychická funkce, díky jejíž plastičnosti a systémovosti nepoznává jedinec věci stále znovu. Vedle funkce uchovávání dochází také k zobecňování zkušeností. U žáků s mentálním postižením se vyskytuje spíše paměť mechanická než logická. Narušení paměti se může vyskytovat v rámci všech fází paměťového procesu. Nedostatky paměti pramení z neobvyklostí vyšší nervové činnosti, tedy z nižšího a pomalejšího tempa a rozsahu vytváření nových podmíněných spojů a také z nedostatečné koncentrace ohnisek vzruchu (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Na kvalitu paměti negativně působí nízká úroveň myšlení, jež způsobuje obtíže ve spojení prvků, které jsou již zapamatovány. Dochází ke spojení prvků v jeden kompletní celek a dále se eliminují nepodstatné asociace. Žáci si lépe pamatují předměty na základně vnější podoby v jejich náhodných složeních než ve vnitřní logické souvislosti, které většinou vůbec nepostřehnou (Švarcová, 2006).

U dětí s mentálním postižením se vyskytuje výrazně paměť mechanická, která je ovlivněna sníženým vytvářením a nepevností asociací a logických vazeb. Druh paměti, jenž pro tyto žáky působí příznivě, je paměť obrázková-názorná, která může být dále podpořena pamětí sluchovou, čichovou, hmatovou či chuťovou (Černá a kol., 2015).

Opakování může být značně vyšší, a to v řádu desítek až stovek v porovnání s intaktními žáky. Žáci s mentálním postižením získané vědomosti, dovednosti a vzorce chování rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují s nepřesností (Valenta a kol., 2014).

Pro žáky je charakteristická neschopnost cíleného učení, na které mají vliv nedostatečné volní vlastnosti a rozumové schopnosti. Osvojené poznatky si nedovedou vybavit v jiné situaci než v té, ve které si poznatek osvojili. Je důležité s žáky pracovat multisenzoriálním přístupem, díky němuž jsou zapojeny všechny smysly komplexně (Švarcová, 2006).

2.1.4 Pozornost

Pozornost se řadí mezi kognitivní funkce. Podmíněná pozornost se vyznačuje nízkou úrovní sledovaného pole, nestálostí a snadnou unavitelností. Dochází k neschopnosti rozdělit

paměť na dílčí činnosti, které probíhají ve stejný čas. Vždy je nutné zařazovat po určitém časovém úseku relaxaci. Pozornost je ovlivněna mnoha aspekty jako časová křivka dne, případné přidružené postižení, hloubka mentálního postižení, typ činnosti, zvolené motivace, celkové rozpoložení jedince, aspirace či věk. Plán a organizace výchovy a vzdělávání je nutno přizpůsobit individuálním potřebám žáka s mentálním postižením (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Jedinec s mentálním postižením udržuje záměrnou pozornost kratší dobu než jeho intaktní vrstevník. Při práci je nutno počítat s tím, že schopnost udržení pozornosti je různé s ohledem na druh a hloubku daného postižení a také s ohledem na časovou křivku dne (Valenta, Müller, 2013).

2.1.5 Emoce

Emoce jsou u dětí s mentálním postižením hůře ovladatelné v porovnání s intaktními vrstevníky. Vlivem oslabené řídicí funkce rozumu dochází velmi často k citové otevřenosti, která vede k tlumení či přehodnocení vnímaných prožitků (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Ve velké míře jsou žáci s mentálním postižením emočně nevyspělí a svým chováním připomínají dítě nižší věkové úrovně. City úzce souvisí s potřebami a jejich uspokojováním. Jevy, předměty, skutky, které potřeby jedince uspokojují, jsou následně vnímány jako kladné prožitky. Naopak jevy, předměty či skutky, které zabraňují uspokojení potřeby, jsou vnímány záporně. City bývají po dlouhou dobu neúplně diferencovány a odpovídají úrovni mladšího dítěte. City mohou také být neadekvátní podmětům, které přichází z vnějšího okolí. U některých jedinců dochází k nepřiměřeným reakcím či povrchnímu prožívání důležitých životních událostí. Vyskytuje se značná a rychlá změna nálad bez hlubšího důvodu. Náklady mohou být někdy prožívány velmi silně i v rámci nepodstatné příčiny. Špatná schopnost ovládnutí svých emocí intelektem vede i k opoždění a obtížnosti při osvojení morálních citů, jako je svědomí, soucit, odpovědnost. Je důležité na tyto vyšší city přiměřeně apelovat, aby nedošlo k převládání chování pouze na základě emocí (Švarcová, 2006).

V emocionalitě může docházet k jisté míře „deformace“. Deformace může vzniknout v důsledku nekvalitního emočního vývoje nebo závažného poškození centrální nervové soustavy, což se může projevit do mechanismu emocí. Narušení emoční stránky může vést k nežádoucím projevům chování, jako je uzavřenost, pasivita, strach, úzkost až agrese (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

V životě dětí s mentálním postižením mají emoce značně velký význam a zařazují se k nevýznamnějšímu motivačnímu činiteli ve vývoji. Pozitivní emoce zvyšují kvalitu života a jistoty a vyvolávají následnou pozitivní zpětnou reakci. Důsledné vedení ve výchově a vzdělání pomáhá k lepšímu ovládnutí vnějších projevů emocí. Jejich zvládnutí je nápomocné při integraci dítěte do intaktního světa (Švarcová, 2006).

2.2 Charakteristika stupňů mentálního postižení dle MKN-10

Chování, výkon a jednání dětí s mentální retardací školního věku vykazuje určité specifické zvláštnosti. Tyto zvláštnosti jsou do značné míry podmíněné stupněm mentální retardace. Dále se mohou vyskytovat zvláštnosti v adaptabilitě jedince či jeho sociálním prostředím, ve kterém se vyskytuje. To může být ovlivněno i výchovným stylem rodičů či pedagogů (Bendová, Zikl, 2011).

2.2.1 Lehká mentální retardace

Osoby s lehkou mentální retardací se od intaktních jedinců vzhledově neliší. Zpravidla se somatické vady či poruchy motoriky neobjevují. Většinou jsou schopni dosáhnout určité nezávislosti v osobním životě. Zvládají plnit úkony spojené s jídlom, hygienou, oblékáním, péčí o domácnost a jinými praktickými dovednostmi, které se objevují v každodenním životě (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Mentální postižení nemusí být zprvu zachyceno. První projevy se vyskytují až na vyšších vývojových úrovních a diagnóza bývá stanovena v předškolním či školním věku, kde dítě selhává (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Řeč si osvojují později, ale po jejím zvládnutí jsou schopni ji používat k běžným každodenním potřebám, navazují a udržují konverzaci s jinými účastníky komunikace. Komunikace u osob s lehkým mentálním postižením je do jisté míry zachována. Jedinci zvládají vést dialog, komunikovat v konverzaci s jinými účastníky, což jim umožňuje začlenění do společnosti bez větších obtíží. Vývoj řeči je z fyziologického hlediska opožděn o cca dva roky oproti intaktním vrstevníkům. Specifické problémy se vyskytují v rámci základního trivía. Žáci obtížně pracují s textem, dochází ke špatné orientaci v něm, což vede ke špatnému porozumění. Komunikace probíhá prostřednictvím jednodušších vět, ale i lehkých souvětí. Oslabená stránka se projevuje při teoretické práci ve škole. Ve škole je důležité se zaměřovat na rozvíjení dovedností, které žák zvládá a následně těmito dovednostmi kompenzovat jeho nedostatky. Oslabená je také stránka emoční a sociální. Mohou nastat problémy v přizpůsobení

se kulturním tradicím, normám a očekáváním společnosti. V dospělosti nemusí být schopni vyrovnat se s pravidly v manželství nebo výchovou dětí. Obtížné pro dospělé jedince může být i udržení práce či jiného finančního zabezpečení, které je důležité pro bydlení a zdravotní péči (Švarcová, 2006).

2.2.2 Střední mentální retardace

I u jedinců se střední mentální retardací se tělesná stránka od intaktní populace příliš neliší. I zde se somatické vady ve větším měřítku neobjevují, naopak jsou jedinci mobilní, fyzicky aktivní s mírnou motorickou neobratností. K projevům dochází již v kojeneckém či batolecím období (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Švarcová (2006) doplňuje, že se ale mohou objevit doplňující tělesná postižení či neurologická onemocnění. Zde je jedinec ohrožen zejména epilepsií.

Řeč u dětí se střední mentální retardací bývá ovlivněna do větší míry než u osob s lehkým mentálním postižením. Někteří jedinci zvládají tvořit jednoduché věty, ale určitá část komunikuje pouze prostřednictvím jednoslovných pojmů. Problémy se mohou vyskytovat ve špatném pochopení delších mluvních celků. Mluva probíhá spíše na základě zjednodušené komunikace za pomoci porozumění elementárních verbálních instrukcí (Lechta, 2002).

Dále dochází k výraznému opoždění chápání, a tím k omezenému používání řeči. Jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, která se vyskytuje ve formě jednoduché konverzace. Někteří jedinci se mluvit nenaučí nikdy, ale zvládají porozumět verbálním projevům či instrukcím, a tím jsou schopni kompenzovat své neschopnosti dorozumět se řečí (Švarcová, 2006).

Řeč bývá jednoduššího typu, obsah není příliš bohatý, objevují se agramatické výrazy a spojení. U dětí se mohou objevovat mluvní vady jako dyslálie, neobratná artikulace či omezené užívání řeči (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

V oblasti školních dovedností jsou schopnosti žáků velmi limitované. Při kvalitním pedagogickém vedením jsou žáci schopni si osvojit základy trivia – čtení, psaní a počítání. Vlivem speciálních programů žáci rozvíjí svůj omezený potenciál a získávají nové dovednosti a vědomosti. V dospělosti mohou být jedinci schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, ale samostatný život žijí jen zřídka. Problémy se mohou vyskytovat v samoobslužných činnostech (Švarcová, 2006).

Díky tomu je potřebná určitá podpora v domácnosti a jiných činnostech, jež souvisejí s životem jedince s postižením (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

2.2.3 Těžká mentální retardace

U osob s těžkou mentální retardací se již vyznačují určité motorické poruchy. Omezen bývá neuropsychický vývoj a specifika postižení jsou patrná již v předškolním věku (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Motorika je porušena na vysokém stupni. Vedle poškozeného či vadného vývoje nervového systému se mohou vyskytovat i přidružené vady. Postižení v tomto stupni je často součástí kombinovaného postižení, kde se vyskytuje spolu s tělesným postižením, smyslových vad nebo motorické poruchy s celkovým poškozením CNS. (Švarcová, 2006).

Řeč je zpravidla velmi omezená, či se schopnost mluvy vůbec neobjeví a komunikace probíhá na základě elementárních projevů základní složky řeči, tj. pudových hlasových projevů. Tyto projevy se dále mění na základě libosti a nelibosti vnímaných jevů a situací. Narušeny jsou také modulační faktory řeči, které se projevují ve špatné melodii a dynamice mluveného slova. Pro podporu komunikace jsou tvořeny a používány náhradní, podpůrné komunikační systémy. U jedinců s těžkou mentální retardací jsou využívány i echolalické napodobovací senzomotorické reflexy, které se prezentují opakováním slyšených zvuků nebo slov jako „ozvěna“ (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Ke komunikaci s těžšími stupni mentální retardace se používají prostředky alternativní a augmentativní komunikace (Bendová, 2015).

Výchova a vzdělání je u žáků značně omezená. Včasná a systematická péče v oblasti výchovy, vzdělávání a rehabilitace může výrazně zlepšit stav motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností a samostatnost. Tím nastává celkově lepší kvalita života těchto osob (Švarcová, 2006).

Kvalitní výchovná péče je schopna umožnit jedincům s těžkým mentálním postižením vykonávat určité jednoduché úkony, nicméně závislost na péči jiné osoby je nevyhnutelná. (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

2.2.4 Hluboká mentální retardace

U jedinců s hlubokou mentální retardací je častá celková imobilita nebo je pohyb ve velké míře omezen. Objevují se často somatické vady a charakteristické mimovolní pohyby, které provází celé tělo. Často se vyskytují vážné neurologické či tělesné poruchy omezující hybnost těla, senzorycké a motorické poruchy, epilepsie, poruchy zrakového a sluchového vnímání. U mobilních jedinců se objevuje společně s hlubokou mentální retardací atypický autismus.

(Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Dochází k celkovému poškození organismu, jež často provází i přidružené poškození zraku či sluchu. Dále se mohou objevovat vady srdce, plic a jiných orgánů (Bazalová, 2014).

Řeč se zpravidla již při tomto stupni nevyvíjí, jedince většinou nejsou schopni upozornit na své potřeby či vyjádřit, co cítí. Tyto potřeby mohou být vyjadřovány na základě neartikulovaných zvuků, které dokáží dle citového rozpoložení modulovat (Lechta, 2002).

Jedinci vyžadují stálou pomoc a dohled. Obtíže se vyskytují ve všech stránkách v životě jedince. Jedinec nezvládá základní potřeby (Švarcová, 2006).

Možnosti výchovy a vzdělávání jsou výrazně sniženy, jelikož chápání a užití řeči jsou velmi omezené. Kvalitním vedením a trpělivou prací můžou jedinci s hlubokou mentální retardací dosáhnout zrakově prostorových orientačních dovedností, které jsou jedinci nápomocné při spolupráci na praktických a sebeobslužných dovednostech (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Kromě čtyř základních kategorií jsou v MKN-10 dále vymezeny kategorie:

Jiná mentální retardace je používána v případě, kdy jedinec vykazuje známky snížené inteligence. Mentální retardace je u něj zřejmá, ale ke stanovení konkrétního stupně intelektové retardace nejsou schopny k použití obvyklé metody. Určení inteligence v rámci běžných metod je značně obtížné či nemožné. Dochází k tomu vlivem přidruženého kombinovaného postižení, poruch chování či autistickým projevům (Valenta, Müller, 2013).

Nespecifikovaná mentální retardace, která se vyskytuje u jedinců, u nichž je již mentální retardace prokázána, ale vlivem nedostatečných informací není prozatím možné jedince zařadit do výše popsaných kategorií (Švarcová, 2006).

2.3 Zásady komunikace žáků s mentálním postižením

Komunikaci je nejdůležitější prostředek socializace každého jedince ve společnosti. Její porušení má na jedince negativní dopad, který značí psychosociální problém jedince i prostředí ve kterém se nachází. Díky komunikaci jedinec rozvíjí kognitivní složku osobnosti, jež se podílí na rozvoji symbolického a abstraktního myšlení. Vrcholem komunikace je použití naučených slov ve věty a v dialog s jiným účastníkem komunikačního procesu (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013).

Komunikace je jedna z nejdůležitějších složek v životě každého jedince. Nenaplnění potřeby sdělit své přání či potřeby vede k značné frustraci a uzavírá člověka do sebe sama (Bazalová, 2014).

Narušená komunikace patří k nejzákladnějším znakem mentální retardace. Při počátku rozvíjení řeči dochází u dětí s mentálním postižením k omezení či opoždění, které se již v útlém věku liší od tzv. normy intaktních vrstevníků. Nedostatek se projevuje zejména v rozvoji fonematického sluchu, tedy v nedostatečném rozlišení fonémů. Komunikace je často zatížená poruchou artikulace, jež vzniká v důsledku nedostatečné sluchové percepce či oslabených spojovacích center jemné motoriky. Jedinci s mentálním postižením disponují spíše malou slovní zásobou, kterou doprovází problémy gramatické. Věty bývají nepřesné, vlivem např. vynechávání slov. Dále dochází k poruše porozumění, hodnocení, rozhodování. (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013)

Komunikace může výrazně ovlivňovat proces výchovy a vzdělávání žáka s mentálním postižením. Je proto žádoucí v komunikaci s žákem s postižením dbát na určité zásady a tím komunikační proces podpořit. (Kozáková, Pastieriková, Krejčířová, 2013).

Jedno z hlavních pravidel je respektování důstojnosti klienta. To je bohužel v intaktní společnosti často nedodrženo. V komunikaci bychom měli směřovat dialog k žákovi s mentálním postižením, nikoli k jeho asistentovi či doprovodu. Při dialogu nepoužíváme dlouhá souvětí, ale snažíme se o věty jednoduché. Snažíme se vyvarovat abstraktním pojmům a cizím slovům. Komunikaci můžeme podpořit modulačními faktory, gesty či mimikou (Kozáková, Krejčířová, Müller, 2013).

Autoři Valenta, Müller (2013) uvádí ve své publikaci praktické rady ohledně přístupu k lidem s mentálním postižením, které kategorizují do dvou částí:

Rozvíjení vzájemné komunikace:

- k osobám s mentálním postižením se chovejte adekvátně jejich věku,
- při pocitu, že osoba s mentálním postižením potřebuje Vaši podporu, můžete ji nabídnout, ale tuto podporu plňte až po jejím přijetí danou osobou,
- dbejte na pravidlo, že ne každá osoba s mentálním postižením má přidružené velké obtíže v komunikaci, a ne všichni lidé, jež tento problém mají, jsou zároveň i osoby s mentálním postižením,
- při komunikaci se snažte věnovat čas k vytvoření bezpečné atmosféry, jež bude vhodná k budování vzájemné důvěry,
- snažte se osobě s mentálním postižením aktivně naslouchat, nechte partnera

mluvit a nepřerušujte ho, udržujte oční kontakt a projevte svůj zájem a ochotu o navázanou konverzaci,

- pokud některé části ze sdělovaného obsahu partnerovi nerozumíte nebo je jeho sdělení za dlouho či rychle, citlivě mluvu přerušte a požádejte o zopakování nepochopené části,
- dialog uskutečňujte tváří v tvář, pomalu, zřetelně a konkrétně, snažte se nepoužívat dlouhá a složitá abstraktní či cizí slova, vyvarujte se také dlouhým souvětím,
- nedávejte příliš mnoho informací najednou,
- zprvu využijte otázek otevřených, v případě nepochopení mu nabídněte na výběr z několika možností,
- partnerovi dejte dostatek času na odpověď, nebojte se ticha,
- při rozhovoru se ujistěte, že vám partner ve všem rozuměl,
- pokud partnerovi nerozumíte, zeptejte se znovu či žádejte vysvětlení jiným způsobem,
- když pozornost partnera upadá, přerušte rozhovor či ukončete rozhovor stručným shrnutím dialogu,
- ptejte se lidí v okolí člověk s mentálním postižením, jak s ním komunikují oni a zda se komunikace daří.

Vhodné způsoby navázání kontaktu:

- zvyšte pozornost neverbálních projevů vašeho partnera,
- pojmenujte to, co se partner dělá, cítí či myslí,
- přijměte a rozvíjejte téma a sdělení partnera,
- snažte se klást otázky zajímavé pro vašeho partnera,
- využívejte otevřených otázek,
- nebojte se použití konstruktivní kritiky,
- nepředpokládejte automatické přenesení dovedností napříč oblastmi, i když si mohou být podobné,
- chvalte za každý pokrok, snahu a pochvalu.

Dlouhá (2013) doplňuje zásadu empatie a trpělivosti. V komunikaci s osobami s mentálním postižením je zásadní chovat respekt k jejich osobnosti. O kontakt a dialog jevte

vždy zájem. Své myšlenky formulujte jasně, výstižně a komunikaci doplňujete mimikou a řečí těla. V neposlední řadě je důležité říci, že k osob s mentálním postižením se chováme tak, jako byste si přáli, aby bylo jednáno s vámi.

Vlivem empatického chování respektujte jejich pomalejší tempo, rozhovory volte spíše kratší, do kterých vkládejte prvky z aktuálního dění. Tyto prvky pomáhají osobě s postižením k orientaci v dané sociální či komunikační situaci (Bendová, Zíkl, 2011).

3 SYNDROM VYHOŘENÍ

V této kapitole se zaměřujeme na vymezení pojmu syndromu vyhoření, uvádíme příčiny, jež tento stav mohou vyvolat a jejich následné dopady. Dále uvádíme dílčí fáze, jež syndrom vyhoření provází. Mimo jiné v kapitole uvádíme ohrožené skupiny a také rizikové osobnostní vlastnosti, jež jsou syndromem vyhoření více náchylní. V závěru popisujeme prevenci a léčbu již vyhořelých osob.

3.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření vychází z termínu *burnout*, což v odborné psychologické literatuře v českém překladu zní „vyhořet“ či „vyhoření“. V rámci syndromu vyhoření se jedná o fyzické, emocionální a mentální vyčerpání (Křivohlavý, 2012).

Psychologové Ayala M. Pinesová a Elliot Aronson, jež se zabývají psychickým vyhořením, definují syndrom vyhoření jako stav fyzického, citového a duševního vyčerpání, jež je způsoben dlouhodobým bytím v situacích, které jsou emocionálně příliš náročné. Tato náročnost znamená nastolení propojení příliš velkých očekávání s chronickými situačními stresy (Pinesová, Aronson in Křivohlavý, 2012).

Pešek a Práško (2016) vymezují syndrom vyhoření (syndrom burnout) jako stav celkového vyčerpání díky dlouhodobému intenzivnímu stresu. Tento syndrom se vyskytuje převážně u lidí, jež pracují s jinými lidmi. Vyhoření jedince vzniká důsledkem rizikových faktorů, které se vyskytují v osobnosti člověka, v pracovním prostředí a mimopracovním životě.

Kallwass (2007) považuje syndrom vyhoření za obecně známý jev, který definuje jako stav extrémního vyčerpání, značného poklesu výkonnosti a vzniku psychosomatických obtíží.

Stav vyhoření dále definuje Rush (2003, s. 7) jako: „*druh stresu a emoční únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky*“. Autor dále popisuje, že stav vyhoření může potkat kohokoli napříč širokým spektrem povolání i věkem. Postihuje jak staré osoby, tak mladé. Nezávisí ani na společenském uplatnění či finančním zabezpečení. Nejčastěji vyhoření postihne více produktivní a cílevědomé lidi, u nichž následně dochází k velké ztrátě v rovině osobní i pracovní. Tito lidé, kteří čerpají sílu ze své práce, mají sklony k přepínání, čímž riskují emocionální a fyzickou vyčerpanost.

Janáčková (2008) definuje syndrom vyhoření jako profesní selhávání na základě vyčerpání, jež je vyvoláno zvýšenými požadavky od okolí či od jedince samotného. Vyhoření zahrnuje ztrátu zájmu, potěšení, ideálů, energie i smyslu. Dochází k negativnímu sebehodnocení a negativnímu postoji vůči svému povolání.

Autoři Čapek, Příkazská, Šmejkal (2018) konkretizují definici syndromu vyhoření jako ztrátu zájmů, chuti a nadšení, které jsou spojeny nejčastěji s povoláním. Člověk zažívá ve své profesi pocit tělesné únavy, vyčerpání a ztráty svých sil. Dochází k uzavření člověka do sebe a stranění se jiných lidí.

I přes množství definic syndromu vyhoření existuje řada společných znaků, které tyto definice propojují. Mezi společné znaky patří přítomnost negativních emocionálních příznaků (deprese, vyčerpání atd.). Dále syndrom vyhoření spojuje jeho spojení s určitými druhy povolání, která jsou brána jako riziková (pomáhající profese). Dalším společným znakem je, že u jedinců dochází ke snížené efektivitě práce, jež provází negativní postoje, ze kterých vyplývá chování jedinců. V rámci vyhoření je důraz kladen na psychické příznaky a na prvky chování (Jeklová, 2006).

Venglářová a kol. (2011) upřesňuje, že se syndrom vyhoření zpočátku charakterizuje spíše jako projev v psychické složce jedince. Postižení fyzické stránky se u jedince vyskytne spíše později. Vyhořelost nejčastěji postihuje jedince, kteří mají jako hlavní náplň své práce práci s lidmi.

Řehulka (2011) uvádí, že je syndrom vyhoření spojován s řadou příznaků, které se mohou projevovat v různých stupních všech osobnostních úrovní. Může se jednat o psychologickou, fyzickou i sociální úroveň, emoční a kognitivní vyčerpání a celkové zhoršení. Za klíčové příznaky jsou považovány depersonalizace a celková únava. Symptomy se neobjevují současně, ale postupně. Jedná se o pomalý psychologický proces, který probíhá v několika fázích, jež mohou být vzájemně ovlivněné.

Rush (2003) ve své publikaci uvádí deset nejčastějších příčin, které vedou k syndromu vyhoření. Jedná se o:

- pocit nutkání místo povolání,
- neschopnost přibrzdit,
- potřeba dělat vše sám,
- zvýšená pozornost problémům cizích,
- zvýšená soustředěnost na maličkosti,
- přehnaná očekávání, jež nelze naplnit,

- častá rutina v životě,
- nesprávný pohled na životní priority,
- zhoršený fyzický stav,
- odmítání pomoci od druhých,
- ztráta smyslu života,
- zhoršené pozitivní vnímání vlastní osoby,
- častá osamělost,
- závist a hořkost k druhým,
- pocit, že se vše jeví jako beznadějné.

Syndrom vyhoření může mít také některé podobné znaky s depresí. Jednotlivci, kteří syndrom vyhoření zažívají, rapidně hubnou a ztrácí schopnost mít radost z věcí ve svém okolí. V krajním případě mohou trpět sebevražednými myšlenkami. Rozdílem je, že syndrom vyhoření ovlivňuje pouze práci a část života člověka, kdežto deprese zahrnuje vše. (Bridgeman, Bridgeman, Barone, 2018)

Život by měl probíhat v určité rovnováze. Vyhoření je důsledkem toho, že člověk v životě tuto rovnováhu ztratí. Ztráta rovnováhy dále vede k tomu, že člověk není schopen udržet svůj život ve správném směru a brzy dojde k mentálnímu, fyzickému, emocionálnímu i duchovnímu opotřebením. Vyhoření tímto opotřebením člověka donutí k pozastavení činností a plnění každodenních povinností na dosti dlouhou dobu, než dojde k přehodnocení dosavadních cílů, priorit a aktivit na nové, které již budou opět vyvážené (Rush, 2003).

3.2 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření nevzniká z ničeho nic. Jedinci, u nichž se tento syndrom projeví, k němu mohli dospět po určité době, která je u každého individuálně dlouhá. Tato doba se orientačně rozděluje na dílčí fáze. Určité fáze nelze časově vymezit, u každého se mohou projevit po různé době. Fáze se mohou střídat či opakovat, dokonce se v některých případech vůbec neobjevit. Nejčastěji se objevuje model, který rozděluje syndrom vyhoření na pět dílčích fází, a to: nadšení, stagnace, apatie, frustrace a syndrom vyhoření (Pešek, Praško, 2016).

Pět dílčích fází popisuje ve své publikaci autor Kraska-Lüdecke (2007) jako:

1. **Nadšení** – na prvním místě se nachází ideály, cíl, kvalita práce, smysluplnost, přemíra nápadů a dochází k přetěžování vlastní osoby.

2. **Stagnace** – počáteční nadšení opadá a dochází ke snížení původních ideálů.
3. **Frustrace** – dochází k zamyšlení nad vlastní prací. Práce se stává jedinou aktivitou, nic jiného jedince nezajímá. Dochází k pocitům osamocení a zklamání.
4. **Apatie** – povolání se jeví jen jako potřeba výdělků peněz. Jedinec v práci vykonává jen to nejnnutnější a dochází k vyhýbání se kontaktu s lidmi.
5. **Vyhoření** – dochází k celkovému vyčerpání, negativizmu, lhostejnosti a neplnění pracovních požadavků.

V počáteční fázi je pro jedince možnost podniknout určitá preventivní opatření, které začínají zhodnocením stávající situace. Dochází k rozvržení sil a nároků, jež je jedinec schopný zvládnout. Dále následuje potřebná zpětná vazba a zahájení péče o sebe sama cestou psychohygieny. Pokud si jedinec v počátečních fázích nevnímá varovných signálů, jedinec postupuje do dalších fází, kde se již příznaky jeví silněji. Dochází např. ke ztrátě zájmu, depresi, agresi, úbytku výkonnosti, snížené motivaci a kreativity, psychosomatických reakcí, zoufalství, beznadějí. Tyto stavy je nutné zamezit a jedinec by měl vyhledat odbornou pomoc v podobě psychologa či psychiatra (Kallwass, 2007).

3.3 Příznaky a důsledky syndromu vyhoření

Rush (2003) zmiňuje ve publikaci, že existují dva druhy příznaků, jež určují syndrom vyhoření. Tyto příznaky dělí na vnitřní a vnější, které dále rozděluje na:

Vnější příznaky syndromu vyhoření:

- aktivita jedince vzrůstá, naopak produktivita zůstává zpočátku stejná,
- podrážděná nálada,
- fyzická vyčerpanost,
- neochota riskovat.

Vnitřní příznaky syndromu vyhoření:

- úbytek odvahy,
- úbytek osobní identity a snížena úcta k sobě samému,
- snížený objektivní pohled,
- emocionální vyčerpanost,
- negativní myšlení.

Autoři Čapek, Příkazská, Šmejkal (2018) uvádí konkrétnější dělení příznaků, které rozdělují do čtyř následujících kategorií:

Tělesné příznaky:

- bolest hlavy, tiky obličeje, bledý obličej, skřípání zubů, napětí v čelistech,
- bušení srdce, zvýšený krevní tlak, nepravidelný dech,
- zpocené dlaně, kousání nehtů, zaťaté pěsti, neklid v nohou, aktivita prstů, napětí ve svalech,
- podrážděný žaludek, zažívací problémy, nechutenství, zvracení,
- nepravidelný a nekvalitní spánek, vyčerpání, snížená imunita.

Emocionální příznaky:

- strach, úzkost, deprese, nezájem, frustrace,
- nechutenství, naštvaní, podráždění, nepřátelství, nemluvnost,
- bezmocnost, beznadějnost, sklony k pláči, lhostejnost, skleslost,
- netrpělivé chování, citové projevy, rozladěnost.

Mentální příznaky:

- nepozornost, nesoustředěnost, roztěkanost,
- zmatené myšlení, špatná orientace v souvislostech, zapomětlivost,
- stereotypní myšlení bez fantazie,
- komunikace bez souvislostí,
- pocit nedostatku uznání,
- únik do jiného svět (fantazie).

Chování:

- snížená výkonost v práci,
- ztráta nadšení v práci, odmítání odpovědnosti,
- změny v rychlosti vyjadřování i při vykonávané práci,
- negativní postoj k práci, lidem, životu i sobě samém,
- popudlivost až agrese, kritičnost, obviňování k druhým, zvýšená konfliktnost,
- omezení kontaktu s lidmi, uzavření,
- změny hlasu.

Venglářová (2011) ve své publikaci zmiňuje, že projevy symptomů jsou viditelné spíše na stránce psychické a emocionální než na fyzickém stavu jedince. Fyzickou stránku postihují až poslední stádia syndromu vyhoření, jež se projevují sníženým pracovním výkonem, čehož už si všímá i okolí. Syndrom vyhoření autorka dělí na tři oblasti vyčerpání. První oblastí je tělesná stránka jedince. **Tělesné vyčerpání** se na jedinci odráží zvýšenou a častou únavou, nedostatkem energie, bolestmi svalů, zvýšené nemocnosti, celkové tělesné slabosti a zvýšením či snížením tělesné hmotnosti. V rámci zvýšené unavitelnosti dochází ke zvýšené potřebě spánku, přičemž spánek bývá často nekvalitní. Jedinec se po probuzení cítí nevyspaný a neodpočatý. V případě tohoto syndromu je únava spojována s pocity viny a selháním. Dále je zasažena stránka psychická. **Psychické vyčerpání** se projevuje v negativním pohledu k sobě samém a dochází k změně životních postojů. Jedinec svůj život začíná vnímat negativním pohledem. Psychicky se cítí vyčerpaný a jeho chování je cynické, negativistické až pesimistické. Jedinec může jevit poruchy nesoustředěnosti, dochází ke zvýšenému zapomínání a stává se uzavřeným. Dochází k celkovému útlumu a mizí kreativita. Život a práce pro vyhořelého jedince ztrácí smysl a v krajních případech se můžou vyskytovat až sebepoškozovací myšlenky. Poslední složkou, jež je zasažena, jsou emoce. **Emoční vyčerpání** způsobuje pocit, že se jedinec cítí citově vysátý a cítí prázdno, jež se projevuje pocity beznaděje, bezmoci. Jedinec už nechce projevovat empatii vůči jiným lidem a dochází k celkovému uzavření jedince do sebe samého. Vytrácí se celková radost z kontaktu s lidmi a komunikace s jinými se stává spíše přítěží. Emoční vyčerpání je často spojováno s pracovním přetížením, nedostatečnou sociální podporou a sníženou sebeúctou, což vede k depersonalizaci vlastní osoby (Janssen, Schaufelie, Houkes, 1999).

Autoři Pešek a Praško (2016) uvádí, že syndrom vyhoření je výsledkem dlouhého procesu, jež ve své konečné podobě se projevuje v rovině myšlenek, emocí, tělesného stavu a pozorovaného chování. Tyto roviny vedou k negativním důsledkům jak pro pracovníka, tak pro osoby, se kterými pracuje. Autoři dále vymezují ve své publikaci spouštěče v jednotlivých rovinách, viz tab. 1.

Tabulka 1 - Projevy a důsledky syndromu vyhoření (Pešek, Práško, 2016)

SPOUŠTĚČE	
OSOBNOSTNÍ, PRACOVNÍ A MIMOPRACOVNÍ RIZIKOVÉ FAKTORY	
Myšlenky	Emoce
„Snažím se a je to k ničemu.“ „Mám toho dost, cítím se opotřebovaný.“ „Jsem na dně.“ „Nemá to žádný smysl.“ „Co zase chtějí?“ „Už se to nezlepší.“	Marnost, bezmoc Nedocnění Křivda a nespravedlnost Zlost a zklamání Sebelítost Strach
Tělesné reakce	Pozorovatelné chování
Napětí celého těla Únava a špatné soustředění Problémy se zažíváním Bolest hlavy, zad a krční páteře Problémy se spaním	Podrážděnost Nerozhodnost Vyhýbání se lidem Emoční nakažení dalších kolegů
Negativní důsledky pro vyhořelého člověka, organizaci a lidi se kterými pracuje	
Snížená výkonnost, nemocnost, absence v práci, konflikty na pracovišti a v osobním životě, deprese, špatná nálada, užívání návykových látek atd.	

Přestože jsou projevy vyhoření velmi nepříjemné a až bolestivé, jeho důsledky můžeme shledat za užitečné. Popsaný stav je důsledek značící, že se emoce rozhodli zabrzdit, což vede k přijetí výkonného a cílevědomého člověka k tomu, aby zastavil dříve, než dojde k celkovému fyzickému selhání (Rush, 2003).

3.4 Ohrožené skupiny

Mezi ohrožené skupiny syndromem vyhořením patří především pomáhající profese. Tito lidé ve velké míře přebírají problémy druhých na sebe a snaží se splnit potřeby jiných na úkor svých vlastních. Často dochází k tomu, že povolání se přesune na první příčku v prioritách jedince, který pomáhá lidem (Venglářová, 2011).

Pracovníci pomáhajících profesí řeší nesnáze, problémy a potíže jiných lidí. Mezi tyto profese nejčastěji patří lékařství (zejména psychiatrie a psychologie), sociální práce, speciální pedagogika, fyzioterapie, rehabilitace. Všechna tato povolání spojuje zvýšená zátěž, odpovědnost a rizika pro vlastní psychické zdraví osob, jež toto povolání vykonávají (Hartl, Hartlová, 2015)

Práce s trápením jiných je daleko složitější než např. s neživými předměty. Pracovník pomáhající profese soucítí s problémy druhých a vynakládá velkou dávku empatie. Empatie se projevuje v naladění na jednu vlnu s druhou osobou a ve sdílení příběhu a emocí, jež někdo vypráví. V rámci tohoto je jasné, že pracovníci pomáhajících profesí dávají do své práce mnohem více znalostí, dovedností a do značné míry i svou osobnost (Honzák, 2013).

Venglářová (2011) vymezuje jedince, jež jsou ve své práci nejvíce ohroženi. Jedná se o jedince, kteří:

- jsou pracovití, důslední, obětaví pro druhé a neumějí říct NE,
- jsou nadšeni pro svou práci, kterou se snaží vykonávat dobře,
- jsou plní energie a kteří pracují usilovně,
- se museli něčeho vzdát, aby svou profesi mohli vykonávat,
- považují neúspěch jako osobní selhání,
- mimo práci mají minimální počet zájmů,
- se cítí nepostradatelně,
- neutuší, že jsou ohroženi vyhořením.

Ve své publikaci Rush (2003) zmiňuje, že ke stavu syndromu vyhoření přispívá velkou měrou i osobnost a povahové rysy daného jedince. Tyto rysy definují, že nejčastějším nepřitelem pro tyto osoby jsou pouze oni sami. Jejich povahové vlastnosti a rysy jsou hlavní příčinou pro vznik vyhoření. Autor tyto znaky vymezuje na:

Pevná vůle a odhodlání: Lidé s pevnou vůlí a odhodláním se neradi vzdávají a uznávají své selhání. Aby dosáhli svého cíle, jsou ochotni překročit své fyzické i emoční hranice, což má za důsledek selhání v citové a tělesné oblasti.

Soběstačnost: Osoby disponují velkou samostatností, nejraději si vše udělají sami. Trávení času vysvětlováním práce druhým považují za ztracený. Často nad věcí sami přemýšlí, než aby si nechali poradit, což vede k časové prodlevě, kterou nahrazují zvýšeným úsilím.

Sebedůvěra: Lidé ohroženi syndromem vyhoření neradi žádají o pomoc z přesvědčení,

že práci zvládnou nejlépe jen oni sami. Ve svých schopnostech práci splnit co nejlépe si velmi věří a spoléhají především na svůj úsudek. Před jinými lidmi jsou schopni na své úspěchy poukazovat, což je motivuje k stále většímu zlepšování a zvyšování svého výkonu. Tímto nárokem na sebe sama se dostávají pod tlak, jež může vést k vzniku vyhoření.

Organizovanost: Významnou schopností těchto jedinců je plánování svého času, jež využívají v rámci celé své energie. Místo zvolnění tempa raději volí uvádět věci sami do pohybu. Tito lidé přesně ví, co je jejich cíl a jak výsledku dosáhnout. V jejich životě panuje určitý řád, jež vede k splnění vytyčeného cíle. Všechny jejich kroky jsou předem naplánované a do experimentů se nepouštějí.

Perfekcionismus: Tyto osoby na sebe i své okolí kladou velmi vysoké nároky. Práci vedou k dokonalosti, čímž se snaží dělat vše nejlépe, jak umí. Stále od sebe vyžadují lepší, až přehnaně vysoký výkon, než je potřeba.

Odpor k pravidlům: Vysoká míra pravidel a zásad tyto osoby značně svazují. Ve své práci potřebují cítit volnost, jež jim umožňuje odvést práci nejlépe jak umí podle sebe. V důsledku těchto omezení mohou trpět úzkostmi, jež dále vedou k vyhoření.

Optimismus: Tito jedinci i v rámci nepříjemných okolností dokáží pohlížet na věc pozitivním postojem, což je nutí na dané věci pracovat o dost více.

Cílevědomost: Život těchto osob má svůj záměr, příčinu a cíl, čemuž podřizují vše ostatní. Problém nastává ve chvíli, kdy jsou tyto cíle nastavené až příliš vysoko a jejich splnění je nemožné. Při snaze k tomuto splnění se často přepínají. Cíle se snaží dosáhnout i na úkor svého fyzického a emocionálního zdraví.

Náročné úkoly: Záliba pro složité úkoly a projekty je pro tyto osoby velká motivace.

Soutěživost: Tyto osoby potřebují být ve všem nejlepší a často dochází k soupeření s ostatními. Za úspěch a vítězství jsou ochotni zaplatit i vysokou cenu svého zdraví.

Úspěch: Mnoho těchto lidí se ve svém nitru cítí podhodnoceno, a proto je pro ně velmi důležité dosahovat úspěchu a ocenění od svého okolí. Tento úspěch podněcuje jejich sebedůvěru a sebehodnocení, což může vyvolat nezdravý chtíč pro úspěšnost.

Kontrola: Kontrola je silná potřeba, jež tito lidé musí mít. Svůj život a pracovní či osobní výkony chtějí mít ve svých rukou a stává se pro ně těžké se o své úkoly či odměny dělit s jinými.

Selhání: Představa selhání se pro tyto jedince stává velkým strachem. Díky tomu se snaží vždy vynaložit veškeré své úsilí k opětovnému úspěchu.

Syndrom vyhoření je pojem, jež je čím dál častěji používán ve spojení s profesí učitel. V rámci tohoto povolání dochází často k nepříznivému dopadu na psychické a fyzické zdraví (Čapek, Příkazská, Šmejkal, 2018).

3.5 Prevence a léčba syndromu vyhoření

V rámci prevence je pro rizikového jedince důležité několik bodů, jež by se měl snažit dodržovat. Mezi tyto body patří:

Příznivé prostředí: Příznivé prostředí může mít podobu uspokojivého zaměstnání, milující a spokojené rodiny, útulného domova, spokojeného osobního života bez zbytečných problémů, volného času plného různých zájmů. Život v rovnováze a kvalitní zázemí je důležitým aspektem, jež může jedinci zaručit prostor pro nabití nové energie, jež je potřeba pro náročnost povolání.

Zdravý způsob života: Zde se jedná o aktivní přístup ke zdraví a k životu. Jedná se o vyváženou stravu, kvalitní a dostatečný spánek, dostatek odpočinku, přiměřená pohybová aktivita, dobrá tělesná kondice, smysl pro humor a celkový životní optimismus.

Otevřenost: Otevřenost svému blízkému okolí a společnosti může jedince velmi obohatit díky zajímavým událostem, které se v okolí dějí. Zde je důležité, aby jedinec projevil snahu o porozumění těmto situacím, jež mu můžou předat nové zážitky a zkušenosti.

Možnost změny: Změna je součástí života, jež umožňuje nové příležitosti v životě jedince. Změnu by měl jedinec chápat jako příležitost, jež mu může přinést nové obohacení.

Rozpoznávání problémů: Jedinec by měl být schopný identifikovat zátěžové situace a příznaky stresu a snažit se je zvládnout. Při výskytu by nemělo docházet k pasivnímu jednání. Je důležité, aby se jedinec k těmto problému aktivně postavil a včasné zasáhl.

Oddělení pracovní zátěže a osobního života: Stres, jež vychází z pracovního zatížení, by se měl jedinec snažit oddělit od svého života a aktivit. Pracovní starosti by měly zůstat v práci. Mezi svými blízkými by měl mít jedinec čistou hlavu a nemyslet na pracovní problémy. To platí i v opačném případě, kdy si jedinec nosí své osobní problémy do práce, což následně může snížit jeho pracovní výkon (Čapek, Příkazská, Šmejkal, 2018).

Mezi další konkrétní body, jež působí preventivně proti syndromu vyhoření, zařazuje Jeklová (2006) tato opatření:

- snížit vysoké nároky na sebe sama,
- naučit se říkat slovo NE,

- předcházet problémům v komunikaci,
- otevřeně vyjadřovat své pocity,
- mít podporu,
- doplňovat energii,
- dbát na své zdraví,
- nepropadnout syndromu pomocníka,
- vytyčit si své priority,
- plánovat,
- mít emocionální podporu,
- eliminovat negativní myšlení,
- v kritických situacích zachovat klid,
- nebát se využít pomoc jiných,
- dělat přestávky.

Pomoc jedinci, jež jeví známky vyhoření, záleží na mnoha podmínkách. Je důležité, aby tento jedinec pochopil a přijal to, že se u něj vyskytl určitý problém, který je nutno vyřešit. Dalším důležitým bodem je, aby tento jedinec měl snahu a chtěl se zotavit. K tomu je zapotřebí značná míra motivace, která povede ke změnám a následnému zlepšení. S tímto dále souvisí určitá zodpovědnost za zotavující proces. Dalším důležitým faktorem je podpora ostatních osob, jež je účinná v osobním životě vyhořelého jedince (Jeklová, 2006).

Vyhořelá osoba potřebuje pomoc či radu někoho, kdo tomuto problému rozumí a pomůže v následné rekonvalescenci. Ve většině případů se jedná o pomoc odbornou. Je důležité nastolit u vyhořelé osoby jistou zodpovědnost a otevřenost. Právě ochota se podřídit druhému, komu bude jako svému poradci plně zodpovědný, je prvním předpokladem k uzdravení. Bez ohledu na to, jak schopný člověk byl před vyhořením, brzy dojde k zjištění, že tyto schopnosti jsou v jeho tíživé situaci nepoužitelné. Odborná pomoc spočívá v tom, aby vyhořelým lidem zajistila stanovení nových cílů a jejich následné splnění. Uzdravení jedince s vyhořením bude úspěšné pouze natolik, nakolik bude tento jedinec ochotný být vůči svému poradci zodpovědný. Poradce, vyhořelý ani jeho okolí (rodina, přátelé) by v prvních chvílích neměli mít příliš velká očekávání. Pro uzdravení neexistuje žádný ani rychlý léčebný prostředek, jež by jejich stav vyřešil. Zotavení vyžaduje dostatek času, odpočinku a změnu pohledu na svůj život. Jedinec by neměl očekávat, že jeho život bude nadále stejný jako před vyhořením. Cílem zotavení je zbavení se špatných návyků, jež vyhoření způsobily a na místo nich si osvojit nové a správné (Rush, 2003).

Důležitou roli hraje při rekonvalescenci nejbližší okolí vyhořelého. Právě ti poskytnou vyhořelému nejlepší pomoc. V období rekonvalescence jsou důležité jejich postoje, podpora a činy. Rodina a přátelé by vyhořelému jedinci měli neustále dávat dotyčnému najevo, že do něj vkládají jejich důvěru a prokazovat mu v každé situaci lásku. Dále je důležité zajímat se o postup zotavení a o pokroky. V případě nepodaření by mělo nastat pochopení. Vyhořelého jedince by neměli nutit k úspěchu, nepoučovat ho a nenahrazovat poradce jako autoritu (Rush, 2003).

Při zotavení ze syndromu vyhoření je důležité, aby vyhořelý jedinec převzal plnou zodpovědnost za sebe a svůj život. Dále je důležité, aby byl schopný zhodnotit svůj momentální stav a celkovou situaci objektivním pohledem a položil si otázku: „Zvládnou to sám nebo potřebuji pomoci?“. Objektivní pohled vede u jedince k určitým změnám. Je důležité, aby si jedinec vytvořil místo pro odpočinek a vytvořil si tím prostor a čas pro vlastní relaxaci a soukromí (Venglářová, 2011).

4 PROFESE PEDAGOGA

V rámci této kapitoly se zabýváme profesí pedagoga. V úvodu kapitoly se věnujeme vymezení této profese. Dále popisujeme klíčové dovednosti, jimiž by měl kvalitní pedagog disponovat.

4.1 Vymezení profese pedagoga

Svobodová, Šmahelová (2007, s. 84) definují pojem: „*pedagog, učitel je osoba, která se odborně zabývá pedagogikou a profesionálně se věnuje výchově a vzdělávání žáků v různých typech škol. Má proto příslušnou kvalifikaci*“.

Dobře vykonána práce pedagoga do jisté míry závisí na kvalitě jeho získaných schopností a dovedností. Základy těchto schopností a dovedností si pedagogové osvojují již ve svých studentských letech na fakultách a v praxi. Pedagogové, zejm. ti začínající, potřebují ke svému zdokonalování stále další náměty, inspiraci a podněty, jež vedou k získání nových dovedností, jež jsou pro úspěšnou pedagogickou práci nezbytné. Základním předpokladem kvalitní práce pedagoga jsou vědomosti v oblasti vědět, co jeho žákům nejvíce v učení pomáhá a mít schopnost tyto dovednosti v praxi aplikovat (Kyriacou, 2012).

Pedagogové by měli zastávat pozici odborníků ve výchově a vzdělávání, ve kterém se uskutečňuje vyučovací proces. Jedná se o profesi, která je velmi často kritizována. Tuto profesi a pedagogův výkon velmi omezuje legislativa naší země. Pedagogové jsou takoví, jaké je chce mít společnost, tzn., že pedagog se odráží od několika aspektů jako důvěra a morální podpora společnosti, legislativní a materiální podmínky či finanční ohodnocení. Legislativní podmínky často ztěžují průběh učení samotným pedagogům. Často se čeká na aktualizace školského zákona, zákona o pedagogických pracovnících a na připravovaný standart učitelů a ostatních pedagogických pracovníků, na kodifikaci RVP aj. Všechny tyto důvody jsou bariérou pro zkvalitňování práce pedagogů a jejich následný profesní rozvoj (Vašutová, 2004).

Kompetence a kvalifikace pedagogů je dána požadavkem na získání způsobilosti v kvalitě, složitosti, přesnosti a činnosti daného povolání. Kvalifikace vzniká v rámci systematického procesu a jistým směrem učení, výchovy a vzdělávání. Jedinec získává kvalifikaci kratší či delší dobou studia, odbornou přípravou, zaškolením, rekvalifikačními kurzy a na základě získaných zkušeností. V případě profese pedagoga se jedná o získání základní úrovně pedagogické způsobilosti, jež ho opravňuje k výkonu této profese. (Svobodová, Šmahelová, 2007).

Vašutová (2004) ve své publikaci publikuje pedagogické činnosti, které pedagog vykonává a jež jsou brány jako povinnost spojenou s profesní zodpovědností. Jedná se o:

- diagnostika výchovných a vzdělávacích potřeb žáků, předpokladů k učení a rozvoj jejich osobnosti,
- analýza a posuzování podmínek výchovy a vzdělávání v širším měřítku společnosti a konkrétních situacích,
- naplňování kurikulárních dokumentů a výuky a výchovných a vzdělávacích procesů ve třídě či škole,
- řízení procesů učení, celkového rozvoje žáka po stránce kognitivní, sociální a osobnostní včetně rozhodování o adekvátních prostředcích a metodice s ohledem na individuální zvláštnosti žáků,
- hodnocení výsledků učení a rozvoje týkajícího se osobnostního rozvoje žáků
- komunikace s žáky, rodiči, kolegy a dalšími odborníky,
- vytváření u žáků systému hodnot a pozitivního postoje k životu, lidem a k sobě samému,
- řešení výchovných problémů a situací,
- prevence nežádoucích sociálních projevů vyskytujících se u žáků a ve třídě,
- sebehodnocení a sebevzdělávání.

Autorka dále tvrdí, že profese pedagoga je jak uznávaná, tak kritizována a kontroverzní status této profese potvrzuje jeho významné místo v celé společnosti.

4.2 Osobností dispozice

Kyriacou (2012) ve své publikaci hodnotí za důležité dovednosti hlavně ty činnosti, které jsou spojeny s přípravou, realizací a hodnocením výuky. Za klíčové dovednosti považuje:

Plánování a příprava: dovednost plánovat a připravovat vyučovací hodinu, v rámci hodiny vymezit výukové cíle a pro splnění těchto cílů zvolit správné prostředky.

Realizace a řízení vyučovací hodiny: dovednost realizovat a řídit, čímž pedagog zajišťuje vhodnou pedagogickou komunikaci ve vyučovací hodině.

Klima třídy: dovednost k vytvoření dobrých a prosperujících podmínek pro správný chod třídy a zdravé třídní klima.

Kázeň: dovednosti k nastavení a udržení kázně ve třídě a schopnost řešit adekvátně situace spojené s řešením výchovných situací.

Hodnocení prospěchu žáků: dovednosti diagnostikování, které umožňují hodnotit

a kontrolovat učební činnosti jednotlivých žáků.

Reflexe vlastní práce: schopnost sebehodnocení, která umožňuje objektivní zpětnou vazbu vlastní pedagogické činnosti.

Vašutová (2004) vymezuje základní profesní znalosti a předpoklady, jež by každý kvalifikovaný pedagog měl vlastnit. Ve své publikaci zmiňuje:

Profesní znalosti:

- přehled v sociálním a kulturním kontextu vzdělávání,
- znalost aktuálních přístupů vyučování a učení,
- znalost kurikulárních dokumentů a jejich tvorbu,
- schopnost hodnocení a jeho interpretace,
- pochopení osobnosti žáka a adekvátně ho rozvíjet,
- aktuální povědomí o sociální spravedlnosti, inkluzi, rovnosti a demokracii ve vzdělávání,
- znalosti ICT a jeho využití ve vyučování,
- znalosti v rozvoji oborů, jež souvisejí s vyučovacími předměty,
- schopnost sebereflexe a seberozvoje.

Osobnostní předpoklady:

- nadšení, pozitivní myšlení, láska k dětem,
- schopnost žáky motivovat,
- schopnost k řešení problémů,
- schopnost vcítění, tolerance, spravedlnosti, trpělivosti, starostlivosti a laskavosti,
- být důvěryhodný ve vztahu k dětem,
- schopnost nápaditosti a kreativity,
- sebeovládání a emoční rovnováha,
- sdílení a kooperace,
- příklad dětem při dodržování pravidel,
- utvořený model hodnot a postojů.

Pedagog by měl disponovat řadou dobrých vlastností a schopností, aby dokázal své žáky na vše dobře připravit. Mezi tyto vlastnosti spadá **profesní kompetence**, která udává pedagogovi zvládnutí vyučovacích procesů se stanovenými cíli, učivem a metodami. Dále zvládnutí problémů se vztahem k žákům a jejich individuálnímu rozvoji a komunikaci s rodiči.

Další vlastností, jež by měl pedagog mít, je **kooperativní přístup**, jež zahrnuje spolupráci učitelského sboru, který pracuje jako jeden tým. Tato spolupráce vede k vytvoření pozitivního klimu ve škole a lepší výkonnosti celé školy. Důležitou vlastností se stává **diagnostická práce** učitele. Na základě kvalitní znalosti jednotlivých žáků a situací ve třídě může pedagog zvolit adekvátní metody práce s dětmi. Pro celkový úspěch pedagogické práce je důležitý také **respekt k vychovávaným**, jenž se projevuje jako láska k dětem, pozitivní vztah mezi pedagogem a dětmi a celkové porozumění a velkorysost. Tyto vlastnosti vedou k vytvoření kvalitního **partnerského vztahu** pedagoga s žáky. Mimo jiné je důležité, aby pedagog ovládal **jazykové znalosti a vědomosti z oblasti života jiných etnik**, jejich kultury, náboženství a zvyků. Další důležitou oblastí, jež by měl kvalitní pedagog zvládnout, je **práce s dětmi s poruchami vývoje osobnosti** (jež zahrnuje poruchy učení či vývojové poruchy chování), **s dětmi s nějakým druhem postižením**, jež jsou integrovány ve vyučovacím procesu intaktních. Pedagog by měl dále disponovat tělesným zdravím, duševní rovnováhou i sociálním zdravím. Ve své praxi by měl dodržovat zásady zdravého učení a pro své žáky být příkladem zdravého životního stylu (Svobodová, Šmahelová, 2007).

Vedle dovedností kvalitního pedagoga je důležitou schopností pedagoga autorita, jež je ve vyučovacím procesu nezbytná. Autoritu si pedagog získává u žáků, rodičů i kolegů na základě svého profesního chování. U pedagoga se může projevit autorita formální a autorita přirozená. **Formální autorita** se odvíjí od podstaty povolání, která zahrnuje řízení, kontrolu, hodnocení a zodpovědnost. Tato autorita je dána pracovními povinnostmi a mírou zodpovědnosti a řádu, jež stanovuje pravidla školního chování žáků a následné sankce při porušení klasifikačního řádu. Formální autorita je ovlivněna vzdělávací koncepcí školy, která ovlivňuje pozice pedagoga a žáka ve vyučovacím procesu. Objevuje se obvykle v tradiční škole, kde se dominantou stává učitel a učivo. Přirozená autorita je specifickým rysem pedagoga, který si ji musí získat za pomoci vlastního úsilí. K vydobytí této autority je zapotřebí sociální a mravní zralost osobnosti, která je zároveň určitým znakem profesionality daného pedagoga. Někteří pedagogové mají tuto autoritu jako součást své osobnosti, jiní na ní pracují i řadu let, někteří i neúspěšně. Přirozená autorita znamená úctu a uznání žáků do takové míry, že překrývá formální autoritu. Každý pedagog by měl vědět, které projevy profesního chování jsou žádoucí pro vytvoření přirozené autority a pomocí sebereflexe se k ní dopracovat. Přirozená autorita je charakterizována specifickými projevy a činy. Jedná se o:

- přátelský vztah k žákům, respekt k osobnostem a individualitě žáků,
- úcta k rodičům a schopnost stát si za svým pedagogickým postupem a stanoviskem,
- kladný vztah k vyučovanému předmětu,

- schopnost vytvářet podmínky, jež podporují učení žáků,
- spravedlivé hodnocení,
- demokratický styl vyučování,
- odborník ve svém oboru a angažovanost v něm,
- být příkladem,
- dobrá organizovanost,
- schopnost řešit konflikty,
- zaujímání postojů k důležitosti dění,
- zájem o své žáky, o jejich zájmy, rodinu, osobní problémy,
- všeobecný přehled týkající se kultury, sportu, umění, politiky aj.,
- veselá mysl, humor a optimismus (Vašutová, 2007).

V procesu získávání a rozvíjení a hodnocení dovedností a vlastností je důležitá **sebereflexe**. Sebereflexe je považována za uvědomění si, popis a hodnocení vlastních kroků, které pedagog aplikoval při řešení nejrůznějších pedagogických situací a problémů. Za základní dovednosti autor dále považuje dostatek vědomostí, rozhodovací schopnosti a dostatečné akce. **Vědomosti** jsou důležitou vlastností, která přináší pedagogovi poznatky týkající se daného oboru, jednotlivých žáků, aktuálních kurikulárních dokumentů, širokého spektra vyučovacích metod a zásad a dalších faktorů, které ovlivňují učení a celkový vyučovací proces. Schopnost **rozhodování** se projevuje v průběhu přípravy na vyučovací hodinu, během čehož pedagog rozhodne, co je pro jeho třídu a pro splnění cílů nejvhodnější. Dovednost **akce** se projevuje v chování učitele, jehož hlavním cílem je pomáhat v učení žáků (Kyriacou, 2012).

V rámci sebereflexe se jedná o zamyšlení se pedagoga nad svým vlastním jednáním a jeho činy, které probíhají v interakci se žáky, rodiči či kolegy. K sebereflexi často vedou zejména problémové situace, s jejichž řešením je pedagog nespokojený a situace, ve kterých si neví rady. V sebereflexi si pedagog uvědomuje své prožitky, jednání svého chování, odezvy od žáků na naše jednání. Celkově sebereflexe udává představu toho, jaký by chtěl pedagog být (Švec, 2005).

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části se zaměřujeme na postup tvoření výzkumného šetření. Popisujeme zde metodická východiska, jež zahrnují cíle práce, popis metod, způsob výběrů výzkumného vzorku aj. V dalších kapitolách se zaměřujeme na interpretaci jednotlivých výsledků, jež jsme získali z výzkumného šetření. Na závěr praktické části jsme ověřili stanovené hypotézy.

5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Problematiku syndromu vyhoření jsme rozpracovali v teoretické části diplomové práce. Zjištěné informace a poznatky jsme následně použili pro tvorbu praktické části. Praktická část diplomové práce je koncipována jako výzkumné šetření syndromu vyhoření u pedagogů pracujících s žákem s mentálním postižením.

5.1 Cíle výzkumného šetření

Praktická část je zaměřená na problematiku syndromu vyhoření u pedagogů pracujících s žákem s mentálním postižením na 1. stupni základních škol. Tato diplomová práce sleduje následující cíle.

Hlavním cílem praktické části je zjistit **míru syndromu vyhoření u pedagogů pracujících s žákem s mentálním postižením na 1. stupni základních škol**. Pojmem základní školy rozumíme základní školy speciální (dále ZŠS) a základní školy běžného typu (dále ZŠ).

Prvním dílčím cílem praktické části je analýza získaných odpovědí vlastního dotazníkového šetření.

Druhým dílčím cílem jsme určili komparaci vybraných výsledků vlastního dotazníkového šetření mezi pedagogy na základní škole běžného typu a základní škole speciální.

5.2 Vytyčené hypotézy

Na základě zvolených cílů byly vytyčeny tyto **hypotézy**:

H1: Pedagogové mladší věkové kategorie pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové starší věkové kategorie.

H2: Pedagogové s praxí kratší 10 let pracující s žákem s mentálním postižením vykazují

nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové s praxí delší 10 let.

H3: Pedagogové na základní škole speciální pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové na základní škole běžného typu.

H4: Pedagogy na základní škole speciální, pracující s žákem s mentálním postižením, naplňuje tato práce více než pedagogy na základní škole běžného typu.

H5: Existuje souvislost mezi mírou naplnění z práce s žákem s mentálním postižením a mírou syndromu vyhoření.

H6: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti oddělit práci od osobního života.

H7: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou pocíťovaného odpočinku ve volném čase.

H8: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti zbavit se ve volném čase stresu.

H9: Existuje rozdíl v míře syndromu vyhoření mezi pedagogy, kteří uvedli, že pocit vyhoření zažili a těmi, kteří tento pocit neměli.

5.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Cílovou skupinou tohoto výzkumného šetření jsou pedagogové pracující s žákem s mentálním postižením. Pro výzkumné šetření byli osloveni pedagogové působící na 1. stupni ZŠ běžného typu a ZŠ speciální, pracující s žákem s mentálním postižením. Zároveň byli osloveni pouze pedagogové splňující výše uvedená kritéria a pracující v okrese Bruntál. Pedagogové byli osloveni prostřednictvím e-mailu s prosbou o anonymní vyplnění dotazníku, který obsahoval otázky vlastní konstrukce a dotazník Burnout Measure. Sběr dat probíhal v lednu a únoru roku 2020.

5.3.1 Výběr vzorku

Celkem byli osloveni pedagogové a ředitelé ze 40 základních škol v okrese Bruntál. Kontakty a seznam pedagogů působících na 1. stupni ZŠ byly uvedeny na webových stránkách jednotlivých škol, ze kterých jsme následně čerpali. Pokud kontakty nebo seznam pedagogů chyběl, oslovili jsme s prosbou o přeposlání e-mailu s dotazníkem ředitele příslušné školy, viz příloha č. 1. Do výzkumného šetření byly zařazeny základní školy běžného typu a základní školy speciální. Pro výzkum bylo konkrétně osloveno 255 pedagogů a 10 ředitelů s prosbou

o přeposlání. Celkem bylo vyplněno 147 dotazníků a 2 dotazníky byly vyřazeny z důvodu neúplnosti odpovědí. Do výzkumu bylo tedy zařazeno **celkem 145 dotazníků**. Dotazník pouze zobrazilo, a tedy nedokončilo, 287 respondentů. Celková návratnost vyplněných dotazníků činí 34,03 procent.

5.3.2 Popis vzorku

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 145 respondentů. Z výsledků můžeme konstatovat, že nejpočetnější skupinu dotazovaných tvořili respondenti ve věkovém rozmezí 31–45 let, celkem 56 respondentů (38,62 %). Ve věkovém rozmezí 46–50 let se výzkumu zúčastnilo celkem 48 respondentů (33,10 %) a v rozpětí 20–30 let 40 respondentů (27,59 %). Nejméně početnou skupinou je věková kategorie 61–75 let, kde se nachází pouze jeden respondent (0,69 %), viz tabulka 2.

Tabulka 2 - Věk respondentů

Kolik je Vám let?		
Věkové rozmezí	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
20-30	40	27,59
31-45	56	38,62
46-60	48	33,10
61-75	1	0,69
CELKEM	145	100,00

Respondenty dále rozdělujeme do kategorií podle odpracovaných let. Nejpočetnější zastoupení mají respondenti s praxí 0–5 let. Do této kategorie spadá 43 respondentů (29,7 %). Druhou nejpočetnější skupinou je kategorie 20 a více let, do které spadá 37 (25,52 %) respondentů. Kategorii 6–10 let a 11–15 let tvoří shodně 26 respondentů (17,9 %). Nejméně početnou kategorií je s 13 respondenty (9,0 %) kategorie 16–20, viz tabulka 3.

Tabulka 3- Délka pedagogické praxe

Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?		
Délka praxe	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
0-5 let	43	29,66
6-10 let	26	17,93
11-15 let	26	17,93
16-20 let	13	8,97
20 a více let	37	25,52
CELKEM	145	100,00

Dále jsme zjišťovali, kde dotazovaní respondenti pracují. Výzkumného šetření se účastnilo celkem 96 (66,2 %) respondentů pracujících s integrovaným žákem na 1. stupni na základní škole běžného typu a 49 (33,8 %) respondentů pracujících s žákem s mentálním postižením na základní škole speciální, viz tabulka 4.

Tabulka 4 - Místo pracoviště

Uveďte místo svého pracoviště.		
Místo pracoviště	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Základní škola běžného typu	96	66,21
Základní škola speciální	49	33,79
CELKEM	145	100,00

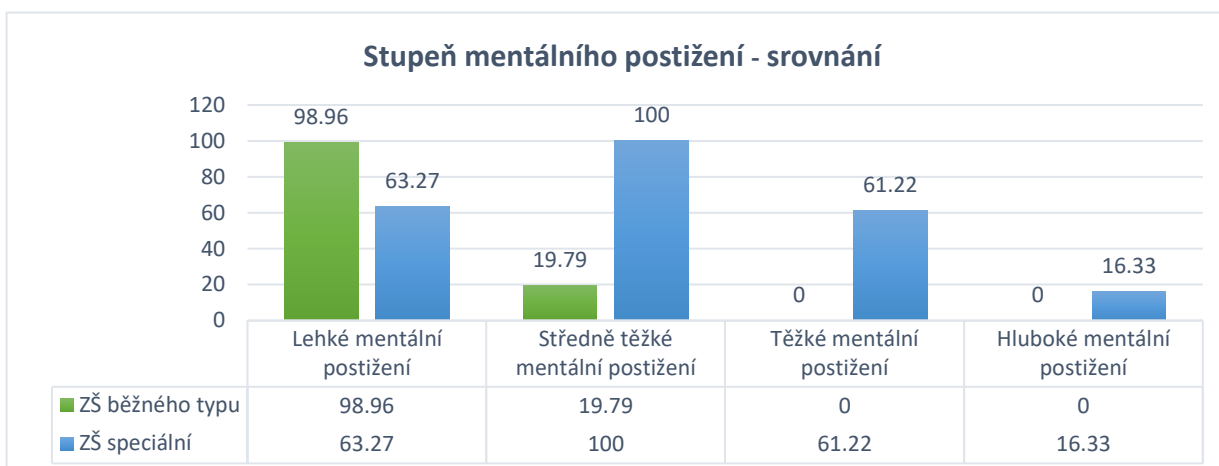
Další otázkou jsme zjišťovali, jaký stupeň mentálního postižení má žák, s nímž daný pedagog pracuje. U této položky mohl respondent, na rozdíl od ostatních otázek, zaškrtnout více odpovědí. Dotazovaní respondenti nejčastěji ve své třídě pracují s žákem s lehkým mentálním postižením. Do této kategorie spadá celkem 125 respondentů (86,21 %). Ve větší míře respondenti pracují také s žákem se středně těžkým mentálním postižením, konkrétně 66 respondentů (45,52 %). Méně početné jsou kategorie respondentů pracujících s žákem s těžkým mentálním postižením, kterou uvedlo 29 respondentů (20,00 %) a hlubokým mentálním postižením s počtem 8 respondentů (5,52 %), viz tabulka 5.

Tabulka 5 - Stupeň mentálního postižení

Ve škole pracujete s žákem s?		
Stupeň mentálního postižení	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Lehké mentální postižení	125	86,21 %
Střední mentální postižení	66	45,52 %
Těžké mentální postižení	29	20,00 %
Hluboké mentální postižení	8	5,52 %

Tyto výsledky můžeme dále porovnat s místem pracoviště. Z celkového počtu 145 respondentů na otázku odpovídalo 96 respondentů ze základní školy běžného typu a 49 respondentů ze základní školy speciální. Na prvním stupni základní školy běžného typu se učitelé nejvíc setkávají s integrovaným žákem s lehkým mentálním postižením. Tuto odpověď zvolilo 95 (98,96 %) respondentů. Z celkového počtu 96 celkem 19 (19,79 %) respondentů pracuje s integrovaným žákem se středně těžkým mentálním postižením. Celkem 18 respondentů pracuje ve své práci s žákem s lehkým mentálním postižením a zároveň také s žákem se středně těžkým mentálním postižením. Jeden respondent pracuje pouze s žákem se středně těžkým mentálním postižením.

V porovnání základní školy běžného typu se základní školou speciální můžeme vidět, že ve speciálních školách se respondenti setkávají s kombinacemi všech typů mentálního postižení. Na základní škole speciální se respondenti pracující na 1. stupni ve třídě setkávají s žáky s různými typy mentálního postižení, tito žáci jsou však vzděláváni v menších výukových skupinách, čímž je alespoň trochu kompenzována zátěž pedagoga. Nejpočetnější skupinou, se kterou se pedagogové na základní škole speciální setkávají, jsou žáci se středně těžkým mentálním postižením. Do této kategorie spadá všech 49 respondentů (100,00 %). Z celkového počtu 49 respondentů, kteří pracují s žákem se středně těžkým mentálním postižením, pracuje současně 31 respondentů (63,27 %) dále s žákem s lehkým mentálním postižením a 30 respondentů (61,22 %) zároveň pracuje i s žákem s těžkým mentálním postižením. S touto skupinou již respondenti na základní škole běžného typu nepracují. Dále 8 (16,33 %) respondentů pracuje v základní škole speciální, rovněž s již zmíněnými stupni mentálního postižení, také s žákem hlubokým mentálním postižením. S touto skupinou se rovněž respondenti pracující na základní škole běžného typu nesetkávají, viz graf 1.



Graf 1- Stupeň mentálního postižení - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

5.4 Metodologie výzkumného šetření

V rámci výzkumného šetření v praktické části byla použita metoda kvantitativního výzkumu. Kvantitativní výzkum označuje přístup, kde hlavním zdrojem informací je objektivní a přesné zkoumání reality (Skutil, Křováčková, 2006). V kvantitativních výzkumech jsou primárním zdrojem informací empirická data, která jsou získávána dle příslušné metody a techniky sběru dat (Chráska, Kočvarová, 2015). Kvantitativně zaměřený výzkum Chráska (2016, s.11) vymezuje jako: „záměrnou a systematickou činnost, při které se empirickými metodami zkoumají (ověřují, verifikují, testují) hypotézy o vztazích mezi pedagogickými jevy“.

Pro účely výzkumného šetření jsme zvolili techniku sběru dat pomocí dotazníku. Dotazník je v pedagogickém výzkumu velmi častou metodou sloužící k sběru dat. (Svoboda, 2012). Dotazník můžeme charakterizovat jako výzkumný a diagnostický nástroj k rychlému a hromadnému sběru informací prostřednictvím písemných otázek (Švec, 2009). Jde o souhrn předem připravených a jasně formulovaných otázek, na které respondent písemně odpovídá (Chráska, 2016). Prostřednictvím dotazníku získáváme údaje, které vykazují, jak respondenti přemýšlí, hodnotí a prožívají určité situace (Švec, 2009). Pozitivní vlastností dotazníku je snadnost v jeho administraci, kdy stejnou formou a ve stejnou dobu můžeme oslovit velké množství potencionálních respondentů. Tímto způsobem můžeme získat informace, jež jinak získat nelze. Negativním aspektem této metody je subjektivní hodnocení dotazovaného. Při tvorbě dotazníku musíme dbát na přesnost otázek a odpovědí. Je důležité nabídnout respondentovi všechny možné varianty odpovědí, aby nebyl nucen vybrat odpověď, kterou by si jinak ne zvolil (Pelikán, 2011).

Pro účely výzkumného šetření byla použita kombinace dotazníku vlastní tvorby a standardizovaného dotazníku psychického vyhoření **Burnout Measure** (viz příloha č.2). Tyto dva dotazníky byly pro snazší administraci a větší pohodlí respondentů přepsány do online podoby a spojeny v jeden celek. První část dotazníku tvoří dotazník vlastní tvorby (viz příloha č.3).

Druhá část dotazníku zahrnuje standardizovaný **dotazník Burnout Measure** (dále jen dotazník BM). Autory dotazníku BM jsou Ayala M. Pines, PhD. a Elliot Aronson, PhD. Původní dotazník je chráněn autorskými právy. V této práci je využit dotazník BM s osobním souhlasem a písemným svolením, který je publikován v knize *Hořet, ale nevyhořet* od autora Jara Křivohlavého. Dotazník nabízí možnost změřit hodnotu vlastního vyhoření pomocí 21 tvrzení, která jsou koncipována do třech hledisek:

1. **Fyzické vyčerpání** – zde posuzujeme únavu, celkovou slabost, vyčerpání, sklon k nemocem aj.,
2. **Emocionální vyčerpání** – zde posuzujeme depresi, beznadějnost, bezvýchodnost aj.,
3. **Psychické vyčerpání** – zde posuzujeme bezcennost, ztrátu hodnot, představy o sobě samém aj. (Křivohlavý, 2012).

Respondentům je položena otázka a následný postup při odpovídání za pomoci 7 bodové škály: „*Jak často máte následující pocity a zkušenosti? Použijte, prosím, toto odstupňování:*

- 1 – nikdy
- 2 – jednou za čas
- 3 – zřídka
- 4 – někdy
- 5 – často
- 6 – obvykle
- 7 – vždy“ (Křivohlavý, 2012, s. 50).

Následným sečtením bodů u jednotlivých otázek a následným dosazením do vzorců se stanoví výslednou hodnotu BM, která vyjadřuje hodnotu psychického vyhoření respondenta. Autor dále vymezuje vzorce k získání výsledných hodnot a následnou kategorizaci výsledků. (Křivohlavý, 2012).

Výslednou hodnotu BM získáme dle vypočítáním předem daných vzorců. Vypočítaná hodnota BM udává míru psychického vyhoření člověka. Výslednou hodnotu BM lze na základě hlediska psychologie zdraví rozdělit do 5 kategorií, viz tabulka 6.

Tabulka 6 - Výsledná hodnota BM (Křivohlavý, 2012)

Výsledná hodnota BM	Výsledek
Méně než 2	Dobrý výsledek
2,0 – 2,9	Uspokojivý výsledek
3,0 – 3,9	Potřeba zamyšlení nad životem, prací a smysluplností života
4,0 – 4,9	Prokázaný syndrom vyhoření
5 a více	Havarijní stav

Autor klade v rámci uvedeného dotazníku BM důraz na upřímné zaznamenání svých pocitů. Jen tak lze posoudit pravou míru syndromu vyhoření u respondenta (Křivohlavý, 2012). Pro vyhodnocení a statistické zpracování byly využity programy MS Word, MS Excel a STATISTICA. Pro další práci s daty bylo nezbytné je převést do elektronické podoby, konkrétně do programu Microsoft Office Excel a Microsoft Office Word. Ke statistickému zpracování jsme zvolili program Statistica13, v němž jsme nejprve využili **test normality rozdělení (Shapirův-Wilkův test)** a na základě jeho výsledků jsme pro další statistickou analýzu zvolili **neparametrické** metody. Hypotézy byly přijaty, pokud byla p-hodnota menší než 5 %, tedy menší než hodnota 0,05. Tato hladina je pro ověřování statistických hypotéz standardně určena. Výsledky výzkumného šetření jsou uvedeny a graficky znázorněny v následující kapitole.

6 VÝSLEDKY ZÍSKANÝCH DAT

V této kapitole nejprve uvádíme rozbor výsledků dotazníku vlastní tvorby a následně se vyjadřujeme k platnosti stanovených hypotéz.

6.1 Analýza dotazníku vlastní tvorby

Naplnění z práce s žákem s mentálním postižením

Otázka zjišťovala, zda respondenty práce s žákem s mentálním postižením naplňuje, či nikoliv. Respondenti mohli na tuto otázku zvolit pouze jednu odpověď z pěti nabízených možností. V následující tabulce můžeme vidět, že nejzastoupenější kategorií je položka s odpovědí „spíše ne“. Práce s žákem s mentálním postižením spíše nenaplňuje celkem 49 respondentů (33,79 %). Naopak práce s žákem s mentálním postižením spíše naplňuje 32 respondentů (22,07 %). Naplněno touto prací se cítí celkem 35 respondentů (24,14 %). Naopak 18 z nich (12,41 %) práce s takovým žákem nenaplňuje. Celkem 11 (7,59 %) respondentů zvolilo položku „nevím“, čímž se nezařazují do žádné zmíněné kategorie, viz tabulka 7 a graf 2.

Tabulka 7- Náplň z práce s žákem s mentálním postižením

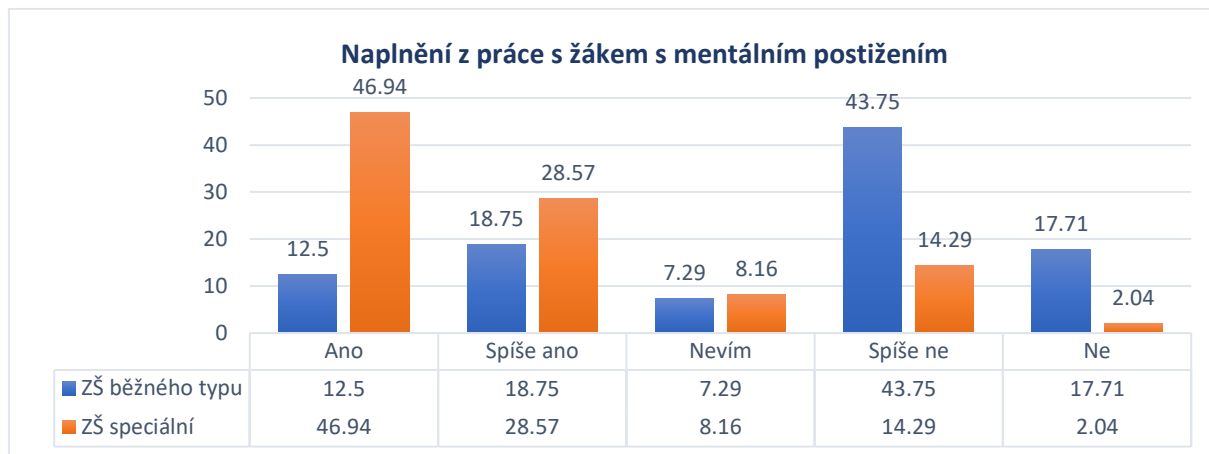
Naplnuje Vás práce s žákem s mentálním postižením?		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	35	24,14
Spíše ano	32	22,07
Nevím	11	7,59
Spíše ne	49	33,79
Ne	18	12,41
CELKEM	145	100,00



Graf 2 - Náplň z práce s žákem s mentálním postižením

Výsledky dále porovnávané podle místa pracovního působení. Vidíme vysoké rozdíly v přístupu pedagoga k žákovi s mentálním postižením u pedagogů pracujících na prvním stupni základní školy běžné a u pedagogů pracujících na prvním stupni základní školy speciální. Výsledky jsou porovnány na základě procentuální hodnoty.

Na základní škole běžného typu plně naplňuje práce s žákem s mentálním postižením pouze 12 respondentů (12,50 %). Naproti tomu odpověděli respondenti ze základní školy speciální ve větším počtu, a to celkem 23 respondentů (46,94 %). Kategorie „spíše ano“ je poměrně vyrovnaná. Na základní škole běžného typu spíše naplňuje tato práce celkem 18 respondentů (18,75 %). Na základní škole speciální práce s žákem s mentálním postižením spíše naplňuje celkem 14 respondentů (28,57 %). Odpovědi se zdrželo v kategorii „nevím“ celkem 7 (7,29 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 4 (8,16 %) respondenti ze základní školy speciální. Práce s žákem s mentálním postižením spíše nenaplňuje celkem 42 (43,75 %) respondentů pracujících na základní škole běžného typu. V této kategorii odpověděli respondenti ze základní školy speciální několikanásobně méně v celkovém počtu 7 (14,29 %) respondentů. Práce s žákem s mentálním postižením plně nenaplňuje celkem 17 (17,71 %) respondentů ze základní školy běžného typu a pouze 1 (2,04 %) respondent ze základní školy speciální, viz graf 3.



Graf 3 - Naplnění z práce s žákem s MP - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Oddělení práce od osobního života

Další otázka zjišťovala, zda jsou respondenti schopni oddělit práci od osobního života. I zde respondenti mohli na tuto otázku zvolit pouze jednu odpověď z pěti nabízených možností. Z výsledků je patrné, že nejvíce respondentů v celkovém počtu 52 (35,86 %) spíše odděluje práci od svého osobního života. Naproti tomu je o něco méně početná skupina respondentů, kterým se práci spíše nedaří oddělit od svého osobního života. Tato skupina je zastoupena

celkem 43 (29,66 %) respondenty. Plně se práci od osobního života daří oddělit celkem 32 (22,07 %) respondentům. Naproti tomu se plně nedaří oddělit práci od osobního života celkem 12 (8,28 %) respondentům. Celkem 6 (4,14 %) respondentů si v této otázce nejsou jisti a zvolili možnost „nevím“, viz tabulka 8 a graf 4.

Tabulka 8 - Oddělení práce od osobního života

Daří se Vám oddělit práci od osobního života?		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	32	22,07
Spíše ano	52	35,86
Nevím	6	4,14
Spíše ne	43	29,66
Ne	12	8,28
CELKEM	145	100,00

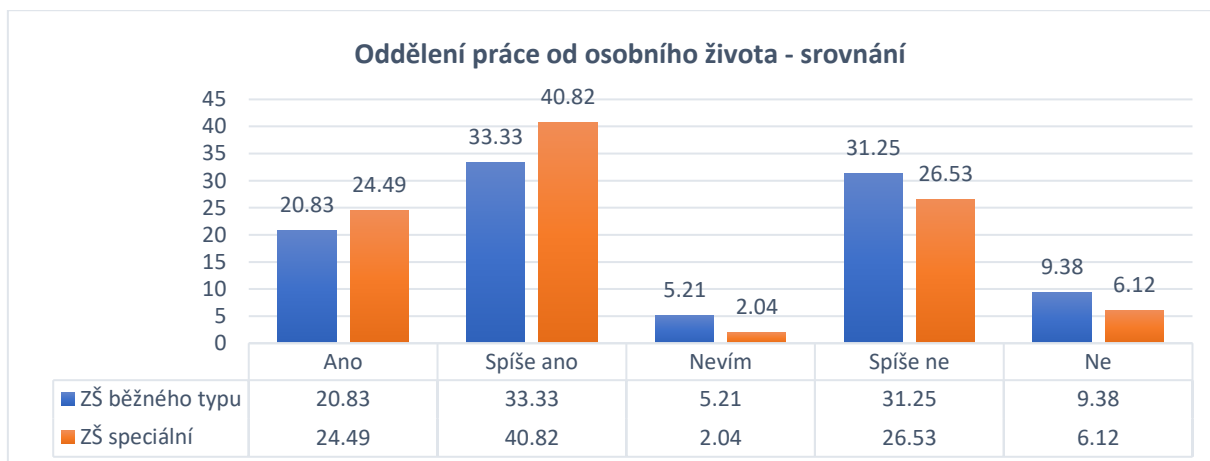


Graf 4 - Oddělení práce od osobního života

Následné výsledky můžeme dále porovnávat v rámci místa pracovního působení. V grafu 5 můžeme vidět, že odpovědi jsou vcelku rovnoměrně rozložené, nicméně nepatrný rozdíl můžeme spatřit. Jelikož skupiny nejsou početně stejné, rozdíly uvádíme v relativní četnosti. Respondentům ze základní školy speciální se daří o trochu více oddělovat práci od osobního života než respondentům ze základní školy speciální.

Nejčastější odpověď „spíše ano“ na základní škole běžného zvolilo celkem 32 (33,33 %) respondentů, ze základní školy speciální celkem 20 (40,82 %) respondentů. Druhou nejpočetnější odpovědí je možnost „spíše ne“, kterou zvolilo celkem 30 (31,25 %) respondentů ze základní školy běžného typu a 13 (26,53 %) respondentů ze základní školy speciální. Plně se daří oddělit práci od osobního života celkem 20 (20,83 %) respondentům

ze základní školy běžného typu a celkem 12 (24,49 %) respondentům ze základní školy speciální. Plně si je jisto, že svou práci se jim oddělit od osobního života nedaří celkem 9 (9,38 %) respondentů ze základní školy běžného typu a pouze 3 (6,12 %) respondenti ze základní školy speciální. Odpověď „nevím“ zvolilo 5 (5,21 %) respondentů ze základní školy běžného typu a pouze 1 (2,04 %) respondent ze základní školy speciální.



Graf 5 - Oddělení práce od osobního života – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Do své práce se těšíte?

Tato otázka zjišťovala, zda se respondenti do své práce těší či netěší. I zde měli respondenti na výběr z pěti možností, přičemž mohli označit pouze jednu. Celkem 84 respondentů (57,93 %) s tímto výrokem spíše souhlasí, plně souhlasí celkem 43 respondentů (29,66 %). Spíše s tímto výrokem nesouhlasí celkem 10 respondentů (6,90 %). Celkem 6 respondentů (4,14 %) si není jisto odpovědí a zvolili prostřední kategorii „nevím“. Plně s tímto výrokem nesouhlasí pouze 2 respondenti (1,38 %), viz tabulka 9 a graf 6.

Celkově můžeme shrnout, že celkem 127 (87,59 %) respondentů má k práci kladný vztah a těší se do ní. Negativní nebo žádné stanovisko k tomuto výroku zaujímá pouze 18 (12,41 %) respondentů z celkových 145.

Tabulka 9 - Potěšení z práce

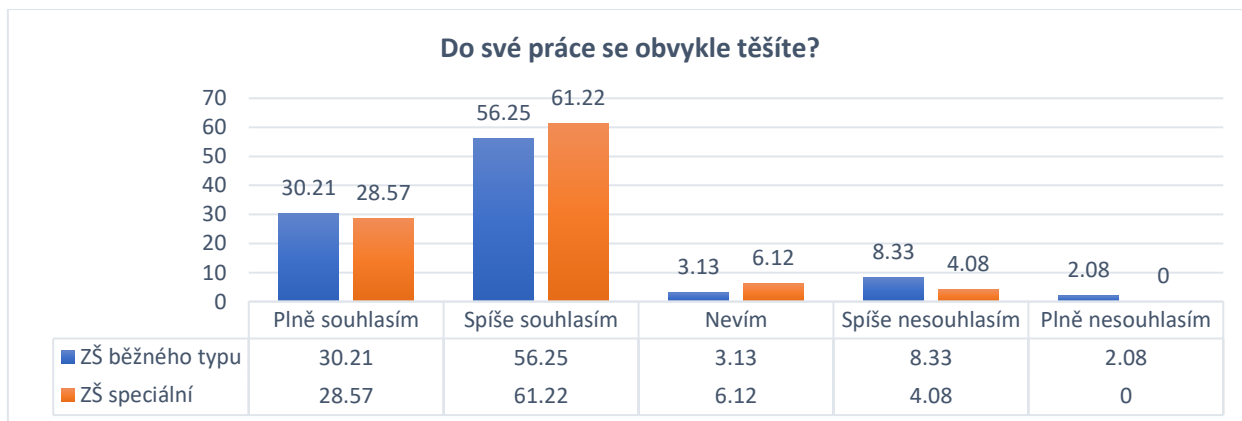
Do své práce se obvykle těšíte.		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Plně souhlasím	43	29,66
Spíše ano	84	57,93
Nevím	6	4,14
Spíše nesouhlasím	10	6,90
Plně nesouhlasím	2	1,38



Graf 6 - Potěšení z práce

Výsledky můžeme dále porovnávat v rámci místa pracovního působení. Odpovědi respondentů jsou víceméně rovnocenné. Opět můžeme spatřovat nepatrný rozdíl v celkově kladném poměru odpovědí u pedagogů pracujících na základní škole speciální.

S tímto výrokem spíše souhlasí celkem 54 (56,25 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 30 (61,22 %) respondentů ze základní školy speciální. Plně s tímto výrokem souhlasí celkem 29 (30,21 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 14 (28,57 %) respondentů ze základní školy speciální. Spíše nesouhlasí 8 (8,33 %) respondentů ze základní školy běžného typu a pouze 2 (4,08 %) respondenti ze základní školy speciální. Plně s tímto výrokem nesouhlasí pouze 2 (2,08 %) respondenti ze základní školy běžného typu. Ze základní školy speciální tuto odpověď nezvolil žádný z respondentů. Odpověď „nevím“ zvolili 3 respondenti ze základní školy běžného typu a také 3 respondenti ze základní školy speciální, viz graf 7.



Graf 7 - Potěšení z práce – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Pracovní stresory

Otázka „Co Vás ve Vaší práci nejvíce stresuje“ byla koncipována jako otázka otevřená. Pedagogové zde měli možnost individuálně poukázat na faktory a problémy, se kterými se ve své práci setkávají. Tyto stresory při dlouhodobém působení mohou být jedním z faktorů, jež mohou vést k vyhoření v profesi. Celkem 142 (97,93 %) respondentů uvedlo jeden a více

stresorů, se kterým se momentálně setkávají. Pouze 3 (2,07 %) respondenti uvedli, že se v práci s žádným stresem nesetkávají. Odpovědi uvádíme bez bližších specifikací, jelikož ve všech kategoriích byly názory pedagogů velmi podobné a odpovědi se prolínaly.

V této otevřené otázce se objevovali odpovědi týkající se problematické práce s **rodinou (36 respondentů)**, jako: „*Jednoznačně rodiče. Jeden je nadšený, druhý si stěžuje.*“; „*Kontakt s rodiči často stojí za pevné nervy.*“; „*Rodiče. Ti mohou vše, učitelé téměř nic.*“; „*Rodiče, kteří mají pocit, že jsem tu pro ně 24 hodin denně k dispozici a rodiče, kteří nespolupracují.*“; „*Mnohdy nezodpovědný přístup k povinnostem ze strany rodičů a dítěte.*“; „*Rodiče dětí a to, že si nakonec stejně udělají, co chtějí a dětem blbnou hlavu.*“; „*Zanedbané děti, které mají hloupé a agresivní rodiče.*“

Někteří respondenti poukazovali často na problematické **vedení a kolegy**, např.: „*Kolektiv starých učitelek. Škoda, že ve školství není více mužů.*“; „*Nátlak vedení a rozbroje mezi kolegy.*“; „*Tlak vedení a různé jejich namátkové kontroly. Člověk má stále pocit jako v první třídě na stupínku.*“; „*Komandování a neustálá kritika ze strany vedení.*“; „*Chybné nastavení kompetencí jednotlivých zaměstnanců, vlivem špatné organizace vedení.*“; „*Mnohdy nesmyslná nařízení ze strany vedení.*“

Respondenti také poukazovali na značnou **administrativu**, např.: „*Administrativa a povinnosti, které odvádějí od samotného procesu učení.*“; „*Administrativa, a hlavně papírování pro poradny.*“; „*Neúměrná administrativní činnost.*“; „*Zahlcení papíry a jiné úřednické věci.*“

V odpovědích respondentů se také objevovaly odpovědi související s **žákem s mentálním postižením a inkluzí**, např.: „*Povinnost děti naučit látku, která je pro ně příliš těžká.*“; „*Integrovaný žák s lehkým mentálním postižením. Díky němu se nemůžu věnovat nikomu jiného, pořád na někoho není čas.*“; „*Nevzdělatelní žáci zařazení do třídy vlivem inkluze.*“; „*Marnost něco naučit.*“; „*Nedostatek volného času na odpočinek a zájmy kvůli zbytečné práci, jako příprava aktivit a úkolů pro integrovaného žáka.*“; „*Práce s integrovanými žáky. Nemám na to vzdělání ani praxi. K tomu je vysoký počet žáků ve třídě. Je to psychicky náročné.*“; „*Skloubit vhodné metody pro žáka s mentální retardací a autisty. Oběma skupinám vyhovuje jiný přístup.*“; „*Velký počet dětí ve třídě. Proto se nemohu tolik individuálně věnovat všem, a hlavně integrovanému žákovi. Máme také málo pomůcek.*“; „*Neschopnost dát dětem s mentálním postižením plnohodnotnou péči ve velmi početných třídách.*“; „*Pracuji ve speciální třídě na běžné základní škole a stresuje mě mnoho druhů vad a postižení.*“

Někteří respondenti uvádí odpovědi zaměřené spíše na **vlastní osobu**, např.: „*Stresuje*

mě, že dětem musím dát to nejvíc, co mohu.“; „Stresuje mě nejistá budoucnost, že nevím, co bude dál.“; „Nedocení ze strany ostatních pedagogů a rodičů.“; „Neustálá potřeba být ve střehu.“; Žádné ocenění za mou práci.“

Nejčastější odpovědi jsme analyzovali a prezentovali do následující tabulky 10. Z tabulky vyplývá, že celkem 38 (36,1 %) respondentů označilo za stresující faktor administrativu, což je odpověď s největší shodou. Dalším stresujícím faktorem je označena komunikace s rodiči, kterou zvolilo celkem 36 (24,83 %) respondentů. Mezi častými odpověďmi se dále objevuje vedení školy, jež označilo za stresující 16 (11,03 %) respondentů. Celkem 13 (8,97 %) respondentů uvedlo jako stresující faktor kolektiv, ve kterém pracují. Stejný počet respondentů uvedl stresující faktor příliš vysoké požadavky na učitele. Celkem 11 (7,59 %) respondentů uvedlo nekvalitního asistenta pedagoga. Stejný počet respondentů uvedl také náročnost příprav na výuku.

Tabulka 10 - Stresové faktory

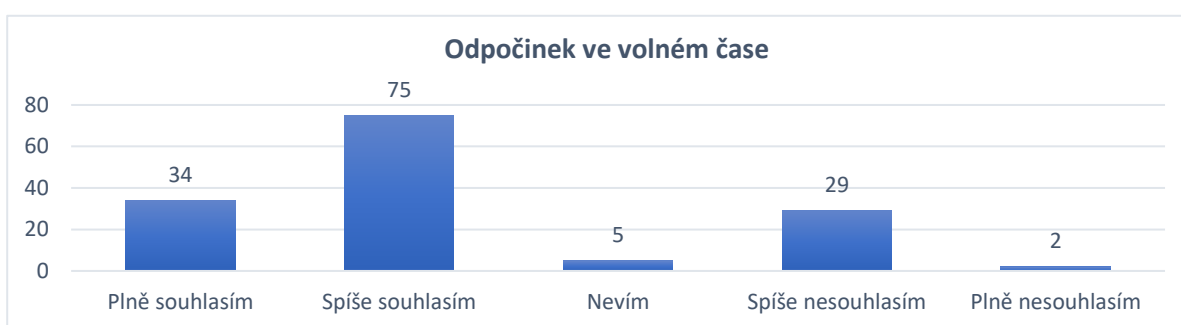
Co Vás ve Vaší práci nejvíce stresuje?		
Nejčastější odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Administrativa	38	26,21
Komunikace s rodiči	36	24,83
Vedení	16	11,03
Vysoké požadavky na učitele	13	8,97
Kolektiv	13	8,97
Nekvalitní asistent pedagoga	11	7,59
Náročnost příprav	11	7,59

Odpočinek ve volném čase

S výrokem *„Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) si obvykle odpočínáte.“* respondenti nejčastěji spíše souhlasí, konkrétně jde o 78 respondentů (54,5 %). S tímto výrokem souhlasí celkem 32 respondentů (22,3 %), nesouhlasí 30 respondentů (20,9 %) a plně nesouhlasí 2 respondenti (1,4 %), kteří si ve svém volném čase si plně neodpočinou. Celkem 1 respondent (0,7 %) se nepřiklání k žádné kategorii a zvolil možnost *„nevím“*, viz tabulka 11 a graf 8.

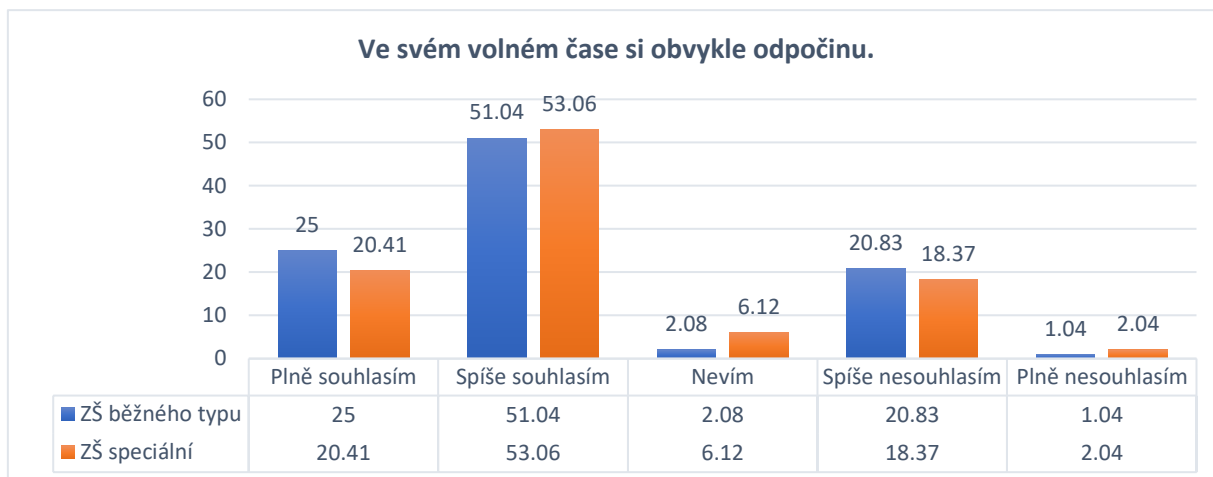
Tabulka 11 - Odpočinek ve volném čase

Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) si obvykle odpočnete.		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Plně souhlasím	34	23,45
Spíše ano	75	51,72
Nevím	5	3,45
Spíše nesouhlasím	29	20,00
Plně nesouhlasím	2	1,38
CELKEM	145	100,00



Graf 8 - Oddělení práce od osobního života – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Výsledky můžeme dále porovnávat podle místa pracovního působení. V grafu číslo 19 můžeme vidět, že se procentuální zastoupení odpovědí u jednotlivých položek mezi pedagogy ze ZŠ speciální a běžné ZŠ prakticky neliší. Ve volném čase si spíše odpočine celkem 49 (51,04 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 26 (53,06 %) respondentů ze základní školy speciální a plně odpočine 24 (25,00 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 10 (20,41 %) respondentů ze základní školy speciální. Neodpočine si 20 (20,83 %) respondentů ze základní školy běžného typu a 9 (18,37 %) ze základní školy speciální a vůbec si neodpočine pouze 1 (1,04 %) respondent ze základní školy běžného typu a 1 (2,04 %) respondent ze základní školy speciální. S mírou svého odpočinku ve volném čase si nejsou jisti 2 (2,08 %) respondenti ze základní školy běžného typu a 3 (6,12 %) respondenti ze základní školy speciální, viz graf 9.



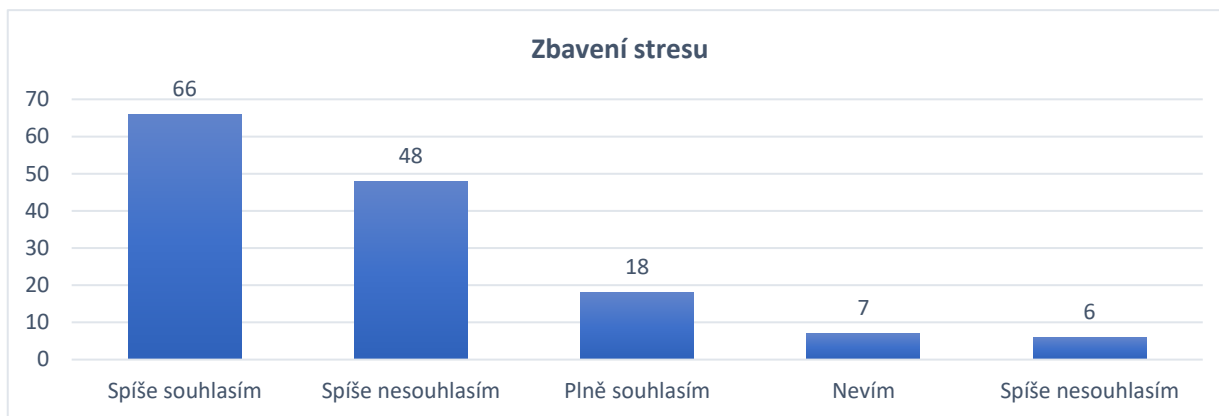
Graf 9 - Odpočinek ve volném čase – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Zbavení stresu ve volném čase

Následující otázka zjišťovala, zda se respondenti ve svém volném čase zbaví stresu, či nikoliv. V rámci této otázky respondenti vybírali pouze jednu uzavřenou odpověď. Zde spíše souhlasí celkem 66 (45,52 %) respondentů. Tito respondenti se obvykle zbaví veškerého pracovního stresu ve své volné době. Oproti tomu se naopak stresu spíše nezbaví celkem 48 (33,10 %) respondentů. Plně s tímto výrokem souhlasí celkem 18 (12,41 %) respondentů, kteří se svého stresu plně zbaví. Plně se naopak stresu nezbaví 6 (4,14 %) respondentů, jež s tímto výrokem plně nesouhlasí. Neutrální kategorii si vybralo 7 (4,83 %) respondentů, kteří zvolili možnost „nevím“ a výrokem si nejsou jisti, viz tabulka 12 a graf 10.

Tabulka 12 - Zbavení stresu

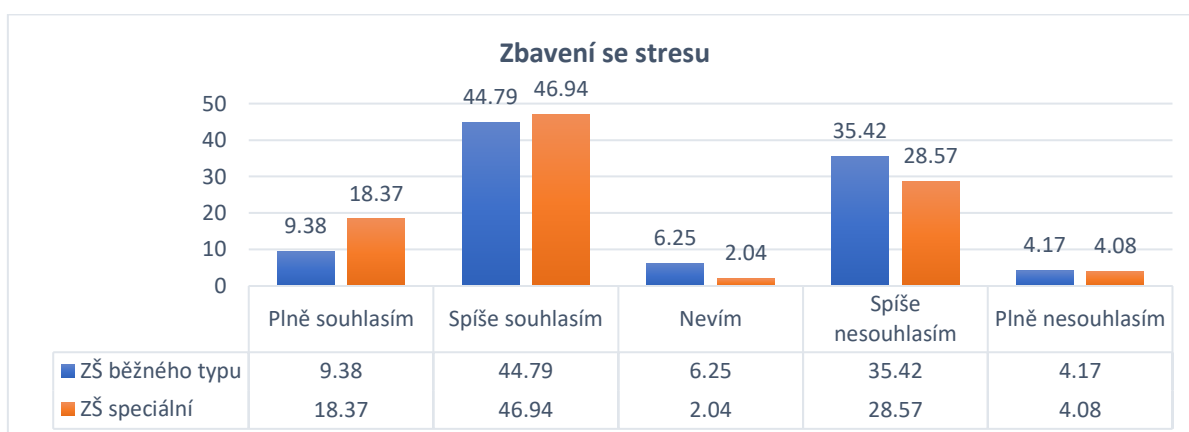
Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) se obvykle zbavíte veškerého pracovního stresu.		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Plně souhlasím	18	12,41
Spíše ano	66	45,52
Nevím	7	4,83
Spíše nesouhlasím	48	33,10
Plně nesouhlasím	6	4,14
CELKEM	145	100,00



Graf 10 - Zbavení stresu

Výsledky můžeme dále porovnávat podle místa pracovního působení. V grafu č. 23 můžeme vidět patrné rozdíly v procentuálním zastoupení odpovědí. Vidíme, že pedagogové ze základní školy speciální se stresu zbavují o něco více.

Zde spíše souhlasí celkem 43 (44,79 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 23 (46,94 %) respondentů ze základní školy speciální. Spíše s tímto výrokem naopak nesouhlasí celkem 34 (35,42 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 14 (28,57 %) respondentů ze základní školy speciální. Plně se stresu ve svém volném čase zbaví celkem 9 (9,38 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 9 (18,37 %) respondentů ze základní školy speciální. Naopak se plně stresu ve svém volném čase nezbaví celkem 4 (4,17 %) respondenti ze základní školy běžného typu a také 2 (4,08 %) respondenti ze základní školy speciální, viz graf 11.



Graf 11 - Zbavení stresu - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Setkání se syndromem vyhoření

Na rozdíl od ostatních otázek měla tato pouze dvě možné odpovědi, ze kterých měl respondent zvolit pouze jednu. Všichni respondenti (100 %) na otázku „Setkal/a jste se již s pojmem syndrom vyhoření?“ odpověděli kladně, a tedy můžeme předpokládat, že jsou všichni s tímto pojmem obeznámeni, viz tabulka 13.

Tabulka 13 - Setkání se syndromem vyhoření

Setkal/a jste se již s pojmem syndrom vyhoření?		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano, setkal	145	100
Ne, nesetkal	0	0
CELKEM	145	100,00 %

Pocit vyhořelosti respondentů v praxi

Tato otázka zjišťovala, zda se respondenti někdy ve své práci cítili vyhořele. Respondenti mohli zvolit pouze jednu odpověď ze tří možných. V průběhu své pedagogické praxe se cítilo vyhořele celkem 69 respondentů (47,59 %), naopak 73 dotazovaných (50,34 %) nikdy pocit vyhoření nezažilo. Odpovědi si nebyli jisti 3 respondenti (2,07 %), viz tab. 14 a graf 12.

Tabulka 14 - Pocit vlastního vyhoření

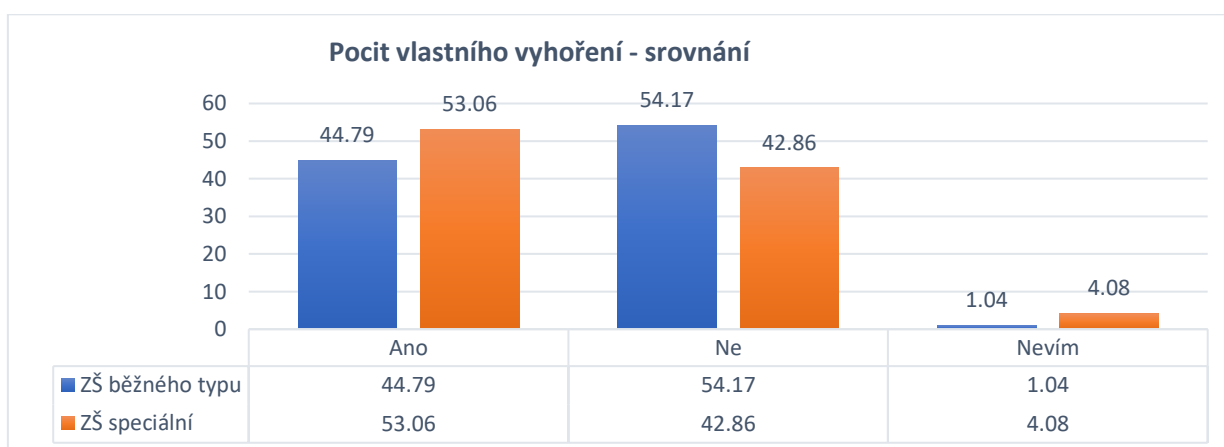
Cítil/a jste se někdy během Vaší praxe profesně vyhořelý/á?		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	69	47,59
Ne	73	50,34
Nevím	3	2,07
CELKEM	145	100,00



Graf 12 - Pocit vlastního vyhoření

Následné výsledky můžeme dále porovnávat podle místa pracovního působení. V grafu 13 můžeme spatřovat mírný rozdíl mezi odpověďmi respondentů ze základní školy běžného typu a základní školy speciální.

V základní škole běžného typu se profesně vyhořele cítilo již 43 (44,79 %) respondentů. Naopak tento pocit u sebe nezaregistrovalo celkem 52 (54,17 %) respondentů. Pouze 1 (1,04 %) respondent uvedl možnost „nevím“ a nepřiklání se k žádné odpovědi. V základní škole speciální pocit profesního vyhoření zažilo celkem 26 (53,06 %) respondentů. Celkem 21 (42,86 %) respondentů tento pocit nezažilo a 2 (4,08 %) respondenti odpověděli neutrální odpověď „nevím“.



Graf 13 - Pocit vlastního vyhoření - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Konkrétní projevy profesního vyhoření

Otázka „Pokud ano, jak se u Vás syndrom vyhoření projevil?“ byla koncipována jako otázka otevřená a nepovinná. Pedagogové zde měli možnost sdělit své konkrétní projevy, které v rámci praxe již zažili nebo zažívají. Odpovědi uvádíme bez bližších specifikací, jelikož ve všech kategoriích byly názory pedagogů velmi podobné a odpovědi se prolínaly.

V této otevřené otázce se objevovali odpovědi na **individuální stav**, který se u respondentů objevil, např.: „Nespavost, neustálé myšlenky na práci, nesoustředění.“; „Nechuť pokračovat v této práci, přemýšlela jsem o smyslu této práce a zvažovala jsem, jakým jiným povoláním bych se mohla žít. Byla jsem velmi často unavená.“; „Stres, nechutenství, nezáměr, úzkost, bolest břicha a celková nespokojenost.“; „Měla jsem pocit bezmoci, neúspěchu a zbytečnosti. Nechtěla jsem chodit do práce.“; „Netěšila jsem do práce, pořád jsem měla sevřený žaludek. Musela jsem změnit místo pracoviště.“; „Beznaděj, neustálý strach a stres.“; „Odpor jít do práce, špatná nálada, často změny nálad

a objevila se i neuróza.“; „Měla jsem pocit, že to prostě nemá smysl, aby se člověk nějak snažil. Člověk by udělal i věci navíc, ale nikdo o to nestojí.“; „Vyčerpání, únava a častá bolest hlavy.“; „Tělesná únava, negativismus a nechut' jít mezi lidi.“; „Deprese, nechut', nevolnost a strach jít do práce.“; „Deprese, znechucení něco nového začínat, tím, že stojím na místě a nechut' spolupracovat s kolegy.“; „Zažila jsem totální kolaps.“; „Únava, stereotyp, nechut' k práci a výmluvy.“; „Zažívala jsem až bolestnou únavu, apatii a úzkost.“; „Projevila se u mě únava, bolest kloubů, nechut', nesoustředěnost, nestíhání, nechut' komunikovat. Často jsem plakala. Měla jsem střevní potíže a bolest hlavy. Měla jsem nechut' cokoliv vytvářet.“; „Projevilo se sníženým pracovním výkonem, nezájmem a apatii o dění v práci.“; „Frustrace, úzkost, ztráta nadšení jít do práce, nespavost a nechutenství.“; „Nemohla jsem spát, čekala jsem na pátek a když přišel, tak stejně mě víkend nenadchl. Zažívala jsem nejasnou bolest těla, pláč, třes rukou, afty a bradavice, zkrátka celková snížená imunita. Také se mi starosti zdáli větší, než byli.“; „Depresivní stavy, pocit zbytečnosti v práci.“; „Únava, pocit bez energie a nadšení. Připadám si, že funguji jen jako stroj.“; „Povolání mě přestalo bavit, netěšila jsem se, měla jsem nepříjemné pocity jen při myšlence na prožití následujících dní.“; „Nespavost, bolest břicha, velká nechut' jít do práce, celková nervozita a nechutenství.“; „Rezignace, pocit marnosti a nespokojenost z práce.“; „Celková únava, na kterou odpočinek nepomáhal. Nechut' k práci. Neměla jsem žádné kreativní nápady. Trápila jsem se nad přípravami. Ráno se mi nechtělo do práce.“; „Nechtěla jsem do školy a štválo mě každé řvoucí do práce.“; „Apatie nebo naopak přecitlivělost k problémům. Pocit, že pokud nedojde ke změně, tak se zblázním. Byla jsem protivná i sama sobě.“; „Měla jsem žaludeční a nervové problémy. Často jsem zvracela a často brečela.“; Práce mě nebavila a nepřinášela mi radost ani nic nového.“; „Úzkost, naštvanost, stresy, nervy a pláč.“

V některých odpovědích respondentů se jako jeden z faktorů objevil **žák s mentálním postižením**, např.: *„Objevovala se bolest hlavy, pocit bezmocnosti, pocit marné práce. Ten se objevoval, i když jsem se na hodinu připravila tak, jak jsem chtěla. Hodina byla stále narušována integrovaným žákem. Před jeho příchodem byla naprostá pohoda.“; „Byla jsem frustrovaná z pomalého tempa získávání nových vědomostí integrovaného žáka.“; „Pocit marnosti, nezájem o druhé a o žáky. Už přesně vím, co bude. Je to stále vše do kola.“*

Nejčastější odpovědi jsme analyzovali a prezentovali do následující tabulky. Odpovědi v této otevřené otázce byly velmi různorodé. Syndrom vyhoření se u každého projevuje zcela individuálně. Z odpovědí respondentů vyšel za nejčastější projev vyhoření nechut' jít do práce. Tuto odpověď zvolilo celkem 22 (15,17 %) respondentů. Mezi dalším častým projevem bylo fyzické vyčerpání, které se projevilo u 14 (9,66 %) respondentů. Snížený pracovní výkon

zaznamenalo celkem 10 (6,90 %) respondentů. Dalším častým projevem respondenti označili v celkovém počtu 9 (6,21 %) odpovědí únavu. Stejný počet odpovědí se vyskytuje také u projevu deprese, viz tabulka 15.

Tabulka 15 - Nejčastější projevy vyhoření na vlastní osobě

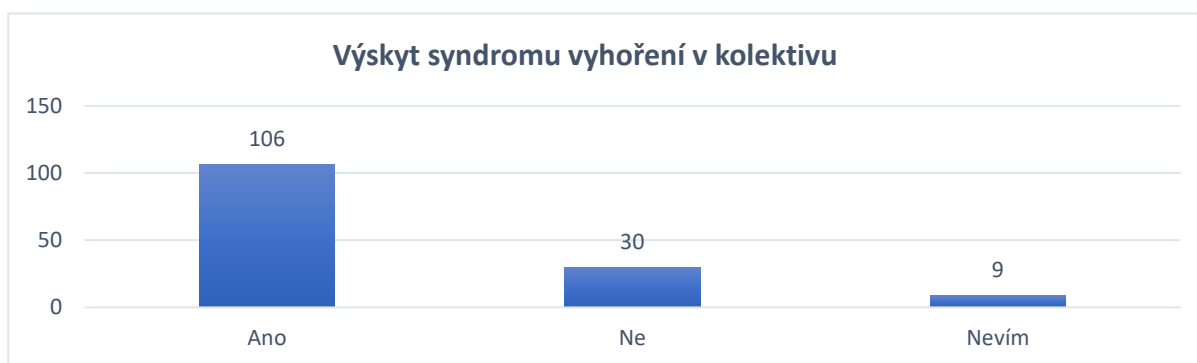
Pokud ano, jak se u Vás syndrom vyhoření projevil?		
Nejčastější odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Nechuť jít do práce	22	15,17
Fyzické vyčerpání	14	9,66
Snížený pracovní výkon	10	6,90
Únava	9	6,21
Deprese	9	6,21

Projevy profesního vyhoření u kolegy/kolegyně.

Další otázka byla koncipovaná jako výběr jedné ze tří nabízených alternativ a zjišťovala, zda dotazovaní respondenti považují některého ze svých kolegů jako vyhořelého. V tabulce 16 a grafu 14 můžeme vidět, že poměrně velké procento respondentů (73,10 %) hodnotí svého kolegu/kolegyni jako profesně vyhořelého. Kladně odpovědělo celkem 106 respondentů. Pouze 30 respondentů (20,69 %) si nemyslí, že v jejich kolektivu je kolega/kolegyně, který je profesně vyhořelý. Celkem 9 (6,21 %) respondentů se nepřiklání k žádné možnosti a volí možnost „nevím“.

Tabulka 16 - Výskyt syndromu vyhoření v kolektivu

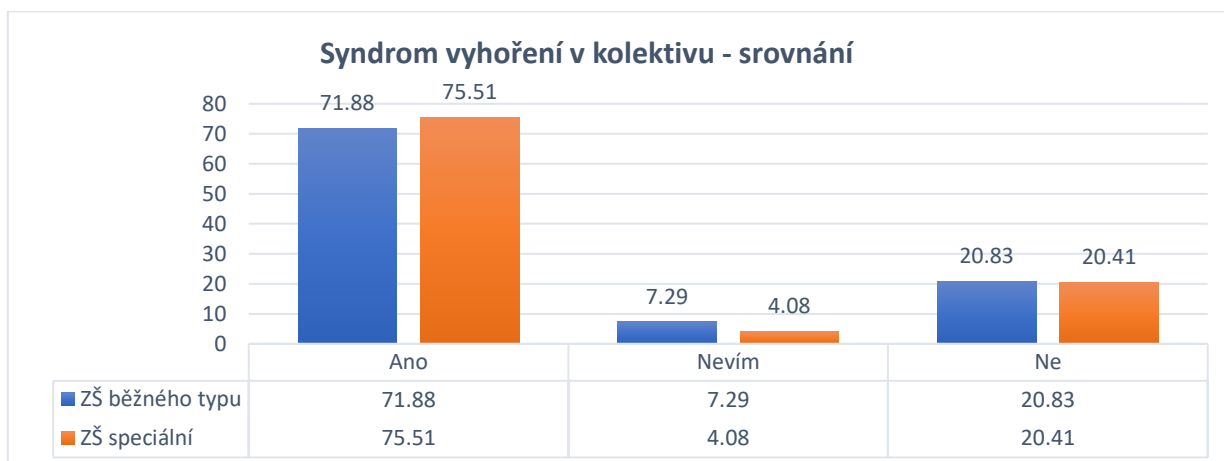
Myslíte si, že je ve Vašem kolektivu profesně vyhořelý/á kolega/kolegyně?		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	106	73,10
Ne	30	20,69
Nevím	9	6,21
CELKEM	145	100



Graf 14 - Výskyt syndromu vyhoření v kolektivu

Výsledky můžeme dále porovnávat dle místa pracovního působení. Výsledky jsou prakticky srovnatelné u obou vybraných typů škol.

V rámci základní školy běžného typu celkem 69 (71,88 %) si myslí, že je v jeho okolí profesně vyhořelý/á kolega/kolegyně. Naopak celkem 20 (20,83 %) respondentů takového kolegu/kolegyni ve svém pracovním okolí neregistruje. Celkem 7 (7,29 %) respondentů si není jisto a zvolilo možnost „nevím“. V rámci základní školy speciální shledává profesně vyhořelého/ou kolegu/kolegyni celkem 37 (75,51 %) respondentů. Celkem 10 (20,41 %) respondentů si nemyslí, že je v jeho okolí profesně vyhořelý/á kolega/kolegyně. Pouze 2 (4,08 %) respondenti odpověděli možnost „nevím“, viz graf 15.



Graf 15 - Výskyt syndromu vyhoření v kolektivu - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální

Konkrétní projevy profesního vyhoření kolegy/kolegyně

Otázka „Pokud ano, jak se syndrom vyhoření u Vašeho kolegy/kolegyně projevil?“ byla koncipována jako otázka otevřená a nepovinná. Pedagogové zde měli možnost sdělit své poznatky o syndromu vyhoření, který zaznamenávají u svých kolegů. Odpovědi uvádíme

bez bližších specifikací, jelikož ve všech kategoriích byly názory pedagogů velmi podobné a odpovědi se prolínaly.

Mnohé odpovědi souvisí s tím, že si respondenti u svých kolegů všimají **sníženého pracovního tempa, výkonu, příprav a zájmu o nové metody**, např.: „Nedostatek trpělivosti, empatie k dětem a nepřipravuje se na hodiny.“; „Je jí všechno jedno, co se týče práce.“; „Neochota na čemkoliv pracovat a nezájem o nové metody.“; „Kolegyně působí apatický a bez zájmu cokoliv dělat.“; „Vše je u ní problém, má pořád špatnou náladu a nezvládá svoji práci.“; „Apatie, nechť se zapojuje do školních a mimoškolních aktivit.“; „Věčně si nic nepamatuje, nezpomíná si, zapomene i přijít do hodiny.“; „Nic nestíhá a mimo školu se práci nevěnuje. Je pro ni problém i opravit sešity nebo písemné testy.“; „Neschopnost spolupráce a rezignace na vše nové.“; „Dělá jen to, co musí, nic navíc.“; „Absolutní negace na všechno nové.“; „Ztratila veškeré nadšení pro pedagogickou činnost a je furt náladová.“; „Nechce hledat řešení problému a nemá zájem o další vzdělávání.“; „Nedbalá práce, nedotažené projekty. Má málo energie. Je apatická a straní se kolektivu.“; „Nezvládá svoji práci, vše je problém, automaticky dělá věci špatně a má pořád špatnou náladu.“; „Lhostejnost, nezájem a nechť se učit cokoliv nového.“; „Je zmatená, podrážděná, zapomíná a nezvládá všechny úkoly.“; „Je nepříjemný, neiniciativní, protivný a jde na něm vidět, že si to do školy přišel jen odsedět.“; „Je bez nápadu, pořád unavený a neochotný něco dělat navíc.“

Mnoho odpovědí se vyskytuje také v souvislosti s **prací a vztahem k dětem** a ve fungování v **kolektivu**, např.: „Velmi řve na žáky.“; „Nespolupracuje, dělá naschvály i kolegům, na děti je zlý.“; „Věčně si na něco nebo na někoho stěžuje a děti hodiny nebaví. Jsou na ní samé stížnosti.“; „Je bez hlubšího zájmu o žáky.“; „Velmi negativní a o dětech se nevyjadřuje pěkně.“; „Je náladová, nevstřícná, k žákům i kolegům se chová velmi nevhodně.“; „Nemá ráda děti a když děti řvou, tak si zacpává uši. Odmítá pracovat.“; „Absolutní negace všeho nového, nadává na děti a pomlouvá u žáků oblíbené kolegyně. Také donáší na vedení, že jsme moc aktivní, a to se jí nehodí.“; „Je náladový, netěší se do práce a dělá naschvály ostatním kolegům.“; „Má menší zájem o žáky, je často výbušná, náladová. Někdy se pečlivě připravuje a někdy jakoby rezignuje a je hodně unavená.“; „Podrážděně reaguje na děti.“; „Straní se kolektivu.“; „Má averzi vůči dětem. Děti nepřiměřeně uráží, děti to nemohou chápat.“; „Negativní postoj ke všemu, nechť k práci a k dětem.“; „Je nepříjemná na děti, má stále špatnou náladu a straní se kolektivu.“; „Je zlý, netolerantní a náladový.“; „Nezájem o práci s žáky, podrážděnost.“; „Nezájem o žáky a nepříjemné chování vůči nim.“; „Velmi vystresovaná, osočuje ostatní kolegy a nehezky se chová k žákům nebo je úplně

ignoruje. “; „Je velmi zlá na děti, pořád na ně křičí a uráží je.“; „Chová se k dětem nadřazeně a nezajímá se o jejich problémy.“; „Je přímo znechucený žáky a vším ostatním.“; Křičí na děti a neadekvátně vyhrocuje některé situace.“; „Je zlý na kolegy i na děti.“; „Nedokáže s rozvahou řešit problémy, jak ve třídě, tak v pracovním kolektivu.“

V rámci **celkového psychického a fyzického stavu** si respondenti všímají např.: „Je velmi vystresovaná a reaguje impulsivně.“; „Je pořád naštvaná a velmi často také nemocná.“; „Je velmi negativní, nespokojená a má deprese.“; „Je velmi přetažená, nervózní, má na vše negativní pohled, už dopředu je vše špatně.“; „Nezájem, špatná nálada a pesimismus.“; „Celková nechuť, rezignace, absolutní nezvládnutí kázně, celková apatie.“; „Má nervy na pokraji sil, nic nemá smysl, má nervy na pokraji sil.“; „Je velmi unavený, neochotný a smutný.“; „Má migrény a strach ze všeho. Je velmi pesimistická a nedůvěřuje sama v sebe.“; „Je zmatená, roztěkaná, podrážděná a velmi zapomíná.“; „Depresivní nálada, nepředvídatelné reakce na okolí, nechut do čehokoli, vše vidí pesimisticky.“; „Má ke všemu negativní postoj, nechut k práci a je často nemocný.“; „Je neurotická, plačtivá, náladová, nedá se s ní mluvit, chybí ji sebereflexe.“; „Má velké výkyvy nálad. Některé situace absolutně neřeší a někdy je až moc afektivní.“; Je pořád nervózní, že bude horší než ostatní, takže to není o spolupráci ale o rivalitě.“

Nejčastější odpovědi jsme analyzovali a prezentovali do následující tabulky. Mezi nejčastější projev vyhoření respondenti označili celkový negativismus či špatnou náladu. Tohoto projevu si všimlo celkem 33 (22,76 %) respondentů. Celkem 26 (17,93 %) respondentů si všímá u svého kolegy rezignace k práci. Mezi další projev syndrom vyhoření označuje 23 (15,86 %) respondentů celkový nezájem. Celkem 19 (13,10 %) respondentů si u svého kolegy všímá nevhodného chování k žákům a 13 (8,97 %) respondentů poukazuje u svého kolegy na neadekvátní reakce, viz tabulka 17.

Tabulka 17 - Nejčastější odpovědi projevů syndromu vyhoření v kolektivu

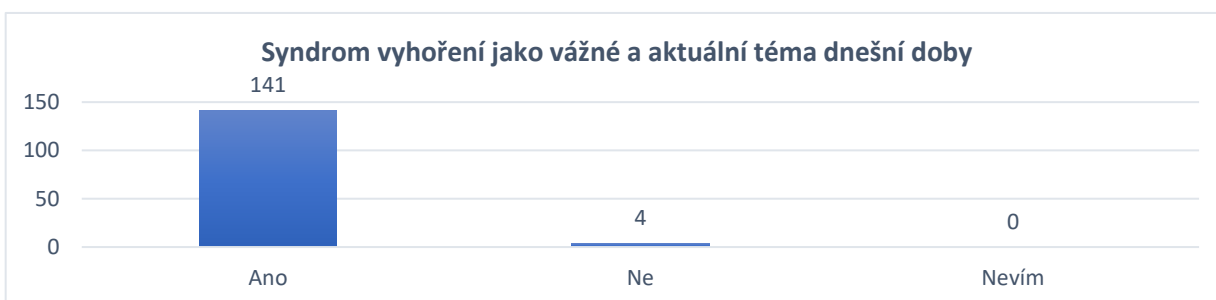
Pokud ano, jak se syndrom vyhoření u Vašeho kolegy/kolegyně projevilo?		
Nejčastější odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (n)
Negativismus/Špatná nálada	33	22,76
Rezignace k práci	26	17,93
Celkový nezájem	23	15,86
Nevhodné chování k žákům	19	13,10
Neadekvátní reakce	13	8,97

Syndrom vyhoření jako vážné a aktuální téma dnešní doby

Tato otázka vychází z předpokladu, že dotazovaní mají povědomí o syndromu vyhoření, viz položka č. 11. Následně jsme zjišťovali, zda respondenti vnímají syndrom vyhoření jako aktuální a vážné téma dnešní doby. Respondenti měli možnost zvolit jednu uzavřenou odpověď ze tří nabízených. Z výsledků je patrné, že drtivá většina respondentů syndrom vyhoření vnímá jako aktuální a vážné téma dnešní doby. Z celkového počtu 145 respondentů naprostá většina 141 (97,24 %) odpověděla v této otázce možností „ano“. Pouze 4 (2,76 %) respondenti odpověděli možností „ne“, tudíž si nemyslí, že je syndrom vyhoření aktuální a vážné téma současné doby. Všichni respondenti si vybrali jednu z těchto dvou možností a nikdo tedy nezvolil možnost „nevím“, viz tab. 18 graf 16.

Tabulka 18 - Aktuálnost syndromu vyhoření

Myslíte si, že je syndrom vyhoření aktuální a vážné téma současné doby?		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Ano	141	97,24
Ne	4	2,76
Nevím	0	0,00
CELKEM	145	100 %



Graf 16 - Aktuálnost syndromu vyhoření

Prevence vzniku syndromu vyhoření

Otázka „Co by podle Vás mohlo pomoci k prevenci vzniku syndromu vyhoření?“ byla koncipována jako otázka otevřená povinná. Pedagogové zde měli možnost sdělit své názory, nápady a poznatky ohledně tohoto problému. Jelikož v otázce č. 16 označila většina respondentů, že syndrom vyhoření vnímají jako aktuální a vážné téma současné doby, byly některé odpovědi velmi bohaté a zajímavé. Odpovědi uvádíme bez bližších specifikací, jelikož ve všech kategoriích byly názory pedagogů velmi podobné a odpovědi se prolínaly.

Mnoho odpovědí bylo orientováno na oblast **vedení, kolektivu a celkového pracovního prostředí**, např.: „Mít větší zastání u vedení školy, někdy mám pocit, že jdou bohužel „na ruku“ rodičům.“; „Příznivé klima mezi zaměstnanci na pracovišti, pochopení ze strany vedení a pohodové rodinné zázemí.“; „Podpora ze strany vedení i rodičů a méně papírování.“; „Pomohlo by, kdyby to dobří ředitelé poznali, řešili to a svého zaměstnance taktně nasměřovali k odborníkovi.“; „Více společenských akcí v kolektivu, větší stmelování a více peněz na školení.“; „Pomohl by lepší pracovní kolektiv, kurzy, ohodnocení a hlavně podpora ze strany vedení.“; „Profesionálnější přístup ze strany vedení a nabídka kurzů.“; „Hodně zájmů, rady a pomoc od kolegů.“; „Pochvala ze strany vedení, že to co dělám, dělám dobře.“; „Lepší ohodnocení, větší spolupráce rodičů i vedení školy se zaměstnanci.“; „Větší podpora vedení a méně papírování.“; „Sdílení mezi pedagogy a celkově větší spolupráce. Dále zájem a podpora vedení.“; „Pomůže rozmanitá práce, dobrý kolektiv a podpora ze strany vedení.“; „Nechat učitele učit a nehonit je zbytečnými povinnostmi a administrativou ze strany vedení.“; „Jednoznačně kolektiv, dělá to ve školství velmi hodně. Není učitel jako učitel.“; „Někdy stačí jen změna konkrétního pracoviště při zachování povolání, např. přestup na jinou školu. Důležitý je také kolektiv.“; „Zastání u ředitele, učitel na prvním místě, ne rodiče.“; „Méně stresu a kontrol z vedení. Když Vám dýchají za krk a neustále kritizují, tak to není moc příjemné.“; „Podpora kolegů, nešíření pomluv a podpora vedení.“; „Zmenšit tlak na výkon ze strany vedení, hodnocení a srovnání.“; „Kvalitní pedagogové, a hlavně pedagogické vzdělávání. Dobrý a motivující kolektiv a podpora ředitele školy v dalším rozvoji a vzdělávání pedagogů.“; „Menší tlak na učitele, především méně papírů, kontrol a možnost uvolnění ve výuce. Děti to také potřebují.“; „Nepřetěžovat začínající učitele a lepší metodická podpora.“; „Pozitivní ocenění vedení školy – finanční i slovní. Stmelování pedagogického kolektivu.“; „Pravidelný odpočinek, větší spolupráce mezi kolegy a perfektně připravený asistent pedagoga.“; „Více financí do škol, kvalitní asistent pedagoga a kvalitní pomůcky, momentálně si je vyrábím sama z vlastních prostředků.“; „Vedení školy na straně pedagoga.“; „Celková systémová změna a podpora vedení.“; „Kdyby učitelé měli o něco více volnosti, kdyby nebyli neustále kontrolováni a neměli tolik papírování.“

Dalším a velmi častým bodem, který zazněl v odpovědích, je chybějící **supervize a psychologická podpora** ve škole, např.: „Určitě supervize, mentoři a podpora psychohygieny, jako u policistů.“; „Efektivní komunikace na pracovišti a psycholog pro pracovníky cca jednou týdně k dispozici.“; „Jednoznačně psycholog pro pedagogy.“; „Více možností, třeba mít možnost obrátit se na školního psychologa a řešit s ním, jak třídní problémy. Také by pomohlo např. návštěvy zařízení, kde mají dobré výsledky. Prostě příklady

toho, kde to funguje.“; „Pravidelné supervize nebo sezení s psychologem.“; „Supervize jsou perfektní a ve škole chybí.“;

Mnoho respondentů uvedlo, že pro prevenci vyhoření v učitelství by pomohlo **více volna a dovolené nebo pauzy po určitém odpracovaném úseku**, např.: „Možnost „odpočinku“ od konkrétního zaměstnání po určitých odpracovaných letech (mimo obor, na jiné pozici v oboru) a pak vrácení se zpět.“; „Změna práce a delší odpočinek po určité pracovní době.“; „Po 10 letech na 1 rok změnit práci úplně mimo obor, tak, ale aby se po roce mohl učitel vrátit zpět, pokud by chtěl.“; „Dát vyhořenému učiteli např. roční volno na odpočinek a studium.“; „Lepší podmínky ve školství v rámci možnosti delší studijní dovolené a dalšího vzdělávání.“; „Jednou za čas studijní volno.“; „Změna práce na jeden rok a poté možnost vrátit se zpět.“; „Možnost odchodu na rok mimo zaměstnání.“; „Pravidelné dlouhé dovolené po několika letech v práci, např. po pěti letech v práci mít rok dovolené se zaměřením na svůj rozvoj, sebevzdělání a získání nové inspirace.“; „Po 10 letech mít nárok na roční placeno dovolenou.“; „Půl roku až 1 rok placené volno pro učitele, např. po 15 – 20 letech praxe.“; „Snížení úvazku tak, aby měl učitel prostor pro sebevzdělávání a odpočinek bez výčitek, že neudělal vše, co se po něm žádá.“; „Možnost delšího placeného volna v případě potřeby.“; „Roční pauza na studium.“; „Placené dlouhodobé volno, viz systém v Německu, kde 10 let pracují a 1 rok mají plně placené volno.“; „Jeden rok placeného volna na samostudium a cestování po např. 8 letech práce.“; Častější odpočinek – více střídání volna a práce.“; „Roční volno po sedmi letech práce, jako je tomu už mnoho let v Polsku. I půl roku by pomohlo.“; „Možnost po určité době na jeden školní rok vypnout.“; „Možnost delšího odpočinku i mimo prázdniny.“

Respondenti dále poukazovali na zlepšení v oblasti komunikace s **rodiči** dětí, např.: „Lepší funkce rodiny, děti nejsou zvyklé na nějaký režim nebo pravidla.“; „Z pohledu naší školy asi změna sociálního systému a celková prestiž školství, a ne aby si žák a rodič mohl k pedagogům dovolit cokoli.“; „Méně tlaku ze strany rodičů a okolí, kdy učitelé mají obavy z jakékoliv situace, která se nepovede.“; Kdyby měl OSPOD více pravomocí a měl tím pádem páku na rodiče, kteří škodí dětem.“

Další odpovědi respondentů souvisely s celkovým **pohledem společnosti** na profesi pedagoga, např.: „Úcta k učiteli a celková pokora ze strany společnosti.“; „Jednoznačně lepší postavení učitele ve společnosti a větší podpora ze strany společnosti a státu.“; „Větší uznání práce učitele a celkově tohoto povolání.“; „Společnost by měla začít vnímat učitele jako potřebnou osobu, ne jako poskoky.“

Jeden z faktorů, kteří respondenti označili jako problémový faktor vedoucí k syndromu

vyhoření, je soudobá **inkluze a integrovaný žák**, např.: „Zrušit inkluzi a díky ní ty hordy papíru. Nechat prostě učitele, aby v klidu učili.“; „Celková změna v systému inkluze.“; „Nechat učitele učit a nezatěžovat je papírování. Jsem pro odebrání LMP, ostatní integrovaní žáci nevadí.“; „V případě inkluze snížit počet žáků a dát učiteli možnost spolupráce kmenového učitele a speciálního pedagoga ve třídě.“; „Učitelská profese je náročná i bez inkluze s žáky s mentálním postižením. Tato inkluze likviduje psychiku učitelů.“; „Nemít ve třídě děti s těžkými vadami, např. mentálními. U nás na škole pak po nás chce ředitelka nesmyslné projekty, které nikdo nezvládá. Zbytečně. Chybí selský rozum.“

Někteří respondenti by také pro prevenci syndromu vyhoření uvítali více informovanosti o tomto problému ve formě **dalšího vzdělávání**, např.: „Uvítala bych semináře k tématu a k zdravému životnímu stylu.“; „Informovanost o této problematice, semináře a aktivity pro učitele.“

Mnoho respondentů také poukazuje na to, že je důležité **věnovat se sám sobě** a začít změnou hlavně u sebe, např.: „Mít hodně zájmů a také schopnost nezabírat se zbytečnými problémy.“; „Dostatek odpočinku, duševní hygieny, setkávat se s lidmi mimo obor a mít hodně koníčků.“; „Dostatečně odpočívat, spát a mít hodně aktivit mimo školu.“; „Umět se odpoutat od své práce a odpočívat. Nebýt perfekcionista a myslet si, že všem musíme pomáhat a zachránit svět.“; „Naučit se dopřát si čas pro sebe, posilovat psychiku a věnovat se seberozvoji.“; „Naučit se doma vypnout od práce. Žádný kontakt s prací po pracovní době a ve volnu. Zákaz otvírání e-mailu, telefonu a zpráv týkající se práce.“; „Naučit se mluvit o problémech hned, když nastanou a naučit se odpočívat.“; „Mě pomohla zvolnění pracovního tempa a naučila jsem se podělit o povinnosti.“

Nejčastější odpovědi jsme analyzovali a prezentovali do následující tabulky. Z tabulky vyplývá, že jeden z hlavních faktorů, které mohou ovlivnit vznik syndromu vyhoření, je dobré vedení a jejich podpora. Tuto odpověď zvolilo celkem 29 (20,00 %) respondentů. Celkem 20 (13,79 %) respondentů by uvítalo více volna, kde by si odpočinuli a tím zabránili stresu a vzniku syndromu vyhoření. Méně administrativy by uvítalo 19 (13,10 %) respondentů. Celkem 16 (11,03 %) respondentů uvedlo, že pro prevenci vzniku syndromu vyhoření by pomohlo celkově lepší postavení učitele ve společnosti. Dále označilo 14 (9,66 %) respondentů psychologickou pomoc. Stejný počet vidíme u zrušení inkluze. Celkem 13 (8,97 %) respondentů by ocenilo ve své práci pravidelné supervize. Stejný počet respondentů by pro prevenci syndromu vyhoření změnil zaměstnání po určité době. Celkem 12 (8,28 %) respondentů považují za důležité snížení pracovních nároků na učitele. Stejný počet odpovědí se shledává u odpovědí roční dovolené, více seminářů a dobrého kolektivu,

viz tabulka 19.

Tabulka 19 - Prevence syndromu vyhoření

Co by podle Vás mohlo pomoci k prevenci vzniku syndromu vyhoření?		
Nejčastější odpovědi	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
Podpora ze strany vedení	29	20,00
Více volno	20	13,79
Méně administrativy	19	13,10
Lepší postavení učitele ve společnosti	16	11,03
Psychologická pomoc	14	9,66
Zrušení inkluze	14	9,66
Supervize	13	8,97
Snížení pracovních nároků na učitele	12	8,28
Roční dovolená	12	8,28
Semináře	12	8,28
Snížený počet žáků	12	8,28
Dobrý kolektiv	12	8,28
Změna zaměstnání	13	8,97

6.2 Dotazník Burnout Mesure

Dotazník syndromu vyhoření

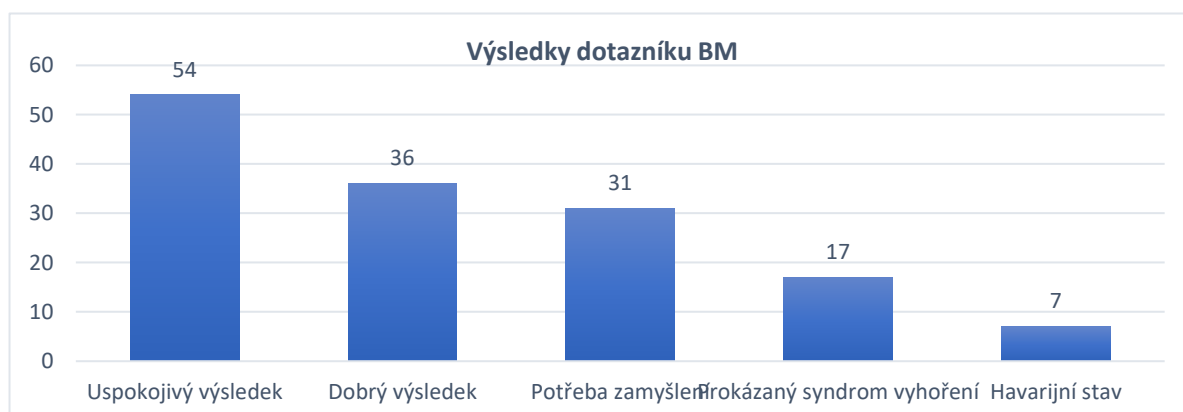
Závěrečnou část dotazníku rozesílaného respondentům tvořil standardizovaný dotazník Burnout Mesure. Na základě postupů uvedených v příručce byla u respondentů vypočítána výsledná hodnota BQ. Výsledek zobrazuje míru ohrožení syndromem vyhoření. Získaná hodnota se dle hlediska psychologie zdraví dále řadí do následujících 5 kategorií:

- je-li je naměřená hodnota BM menší než 2, považujeme výsledek z hlediska psychologie zdraví za *dobrý*,
- je-li je naměřená hodnota menší než 3 a zároveň větší než 2, můžeme výsledek pokládat za *uspokojivý*,
- je-li je naměřená hodnota v rozmezí čísel 3,0–4,0 je doporučeno *zamyslet se nad smyslem života a své práce a ujasnit si žebříček svých hodnot*,
- je-li je naměřená hodnota v rozmezí čísel 4,0–5,0 je *syndrom psychického vyčerpání je prokázán*. V tomto případě je již vhodné navštívit psychoterapeuta.
- je-li je naměřená hodnota více než 5,0 hovoříme již o *havarijním signálu*, kde je nutnost další odborná péče jako psycholog či psychoterapeut (Křivohlavý, 2012).

V rámci získaných výsledků je patrné, že nejvíce respondentů spadá do kategorie „*uspokojivý výsledek*“ – celkem 54 (37,21 %) respondentů. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti, kteří mají velmi dobré výsledky, jimiž se řadí do nejlepší skupiny kategorie „*dobrý výsledek*“. Do této skupiny spadá celkem 36 (24,83 %) respondentů. U celkem 31 (21,38 %) respondentů se projevila potřeba zamyšlením nad prací a smysluplností vlastního života. Syndrom vyhoření se na základě dotazníku prokázal u celkem 17 (11,72 %) respondentů. Celkem 7 (4,83) respondentů vykazuje havarijní stav, kde je již nutná odborná pomoc, viz tabulka 20 graf 17.

Tabulka 20 - Výsledky dotazníku BM

Dotazník BM			
Hodnota BM	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Kategorie BM
≤ 1,9	36	24,83	Dobrý výsledek
2,0 – 2,9	54	37,24	Uspokojivý výsledek
3,0 – 3,9	31	21,38	Potřeba zamyšlení nad prací a smysluplností života
4,0 – 4,9	17	11,72	Prokázáný syndrom vyhoření
≥ 5	7	4,83	Havarijní stav
CELKEM	145	100,0	



Graf 17 - Výsledky dotazníku BM

Získané výsledky dále rozpracováváme na základě získaných výsledků z vlastního dotazníkového šetření.

První hledisko, které můžeme v rámci výsledků dotazníku BM zohlednit, je **věk respondentů**.

Dospělý věk je nutno rozdělit do určitých etap, které na sebe navazují a nastupují u jednotlivých lidí postupně. Věk dospělosti můžeme rozdělit do čtyř etap:

- časná dospělost (zhruba od 20 do 25–30 let) je období mezi adolescencí a plnou dospělostí. Dospělost vymezujeme v rámci tří kategorií: věk, převzetí daných úkolů a stupeň osobní zralosti,
- střední dospělost (asi do 45 let) je období úplné výkonnosti a stability,
- pozdní dospělost (asi do 60 – 65 let) je období, které již trvá do stáří
- staří (Langmeier, Krejčířová, 2006).

U všech věkových skupin byla na základě zjištěných výsledků vypočítána průměrná hodnota BM. Věková skupina 20–30 vykazuje hodnotu BM 2,8, což můžeme pokládat z hlediska psychologie zdraví za uspokojivý stav. Respondenti, kteří se řadí do věkové skupiny 31–45, vykazují rovněž hodnotu BM 2,8. U respondentů věkové kategorie 46–60 byla naměřena hodnota průměrného BM 3,0. Tímto výsledkem se řadí již do kategorie, která by se měla zamyslet nad svým životem a svou prací. Respondent, který se řadí do věkové skupiny 61–75, má průměrnou hodnotu BM 2,9, tedy uspokojivý výsledek, viz tabulka 21.

Tabulka 21 - Průměrná hodnota BM dle věku

Kolik je Vám let?								
Možnosti	20 – 30		31 – 45		46 – 60		61 – 75	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	9	22,50	15	26,79	12	25,00	-	-
2,0 – 2,9	18	45,00	21	37,50	14	29,17	1	100,00
3,0 – 3,9	8	20,00	13	23,21	10	20,83	-	-
4,0 – 4,9	4	10,00	6	10,71	7	14,58	-	-
≥ 5	1	2,50	1	1,79	5	10,42	-	-
CELKEM	40	100,0	56	100,0	48	100,0	1	100,0
Průměrná hodnota BM	2,8		2,8		3,0		2,9	

Věk respondentů dále rozdělujeme do kategorie mladší věková kategorie a starší věková kategorie. Do mladší věkové kategorie spadají respondenti, kteří označili kategorii 20–30 a kategorii 31–45. Do starší věkové kategorie spadají respondenti, kteří spadají do kategorie

46–60 a kategorii 61–75. Toto rozdělení jsme zvolili na základě vývojové etapy dospělého člověka, která je vysvětlená výše.

Na základě tohoto rozdělení jsou výsledky dále interpretovány do následující tabulky. Z tabulky je patrné, že starší věková kategorie vykazuje větší míru syndromu vyhoření než kategorie mladšího věku. Tento rozdíl je patrný ve výsledcích, které spadají do kategorie „*prokázaný syndrom vyhoření*“ a „*havarijní stav*“. V těchto dvou kategoriích vykazují respondenti starší věkové kategorie větší procento. Celkem 7 (14,29 %) respondentů starší věkové kategorie má prokázaný syndrom vyhoření. Naproti tomu se v této kategorii vyskytuje celkem 10 (9,60 %) respondentů mladší věkové kategorie. Celkem 5 (10,20 %) respondentů starší věkové kategorie vykazuje již havarijní stav. Naproti tomu se v této kategorii vyskytují pouze 2 (1,92 %) respondenti mladší věkové kategorie. Kategorie „*dobry výsledek*“ a „*potřeba zamýšlení*“ jsou vcelku vyrovnané. Celkem 24 (23,04 %) respondentů mladší věkové kategorie a 12 (24,49 %) respondentů starší věkové kategorie mají dobrý výsledek. Zamyslet se nad svým životem a prací by mělo celkem 21 (20,16 %) respondentů mladší věkové kategorie a celkem 10 (20,41 %) respondentů starší věkové kategorie. Patrný rozdíl můžeme dále pozorovat v kategorii „*uspokojivý stav*“. Do této kategorie spadá celkem 39 (37,44 %) respondentů mladší věkové kategorie. Větší procento tvoří celkem 15 (30,6 %) respondentů starší věkové kategorie.

Celková hodnota BM je u mladší věkové kategorie nižší než u starší věkové kategorie. Mladší věková kategorie vykazuje průměrnou hodnotu BM 2,7. Tato hodnota je považována za uspokojivý výsledek. Oproti tomu starší věková kategorie spadá s průměrným výsledkem 3,1 do skupiny, která by se již měla zamyslet nad svým životem a svou prací, viz tabulka 22.

Tabulka 22 - Průměrná hodnota BM - srovnání mladší a starší věkové kategorie

Kolik je Vám let?					
Mladší věková kategorie			Starší věková kategorie		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
≤ 1,9	24	23,04	≤ 1,9	12	24,49
2,0 – 2,9	39	37,44	2,0 – 2,9	15	30,61
3,0 – 3,9	21	20,16	3,0 – 3,9	10	20,41
4,0 – 4,9	10	9,60	4,0 – 4,9	7	14,29
≥ 5	2	1,92	≥ 5	5	10,20
CELKEM	96	100,0	CELKEM	49	100,0
Průměrná hodnota BM	2,7		Průměrná hodnota BM	3,1	

Mezi další hledisko, které můžeme v tomto výzkumném šetření zohlednit, je **délka praxe** respondentů.

U jednotlivých skupin byly ze získaných výsledků vypočítány průměrné hodnoty BM. Skupina respondentů, která spadá do kategorie 0–5 let praxe vykazují nižší BM hodnotu 2,1. Průměrná hodnota respondentů, kteří spadají do kategorie 6–10 let praxe vykazuje průměrnou hodnotu BM 2,7. Následná skupina práce 11–15 let vykazuje průměrnou hodnotu BM 2,8. Tyto možnosti svým výsledkem spadají v rámci průměrné hodnoty BM do kategorie „*uspokojivý výsledek*“. Respondenti, kteří svou praxí spadají do kategorie 16–20 let, vykazují průměrnou hodnotu BM 3,3. Což je největší průměrná hodnota z těch skupin. Respondenti s praxí delší než 20 let vykazují průměrnou hodnotu BM 3,0. Obě tyto kategorie by se měly zamyslet nad svým životem a svou prací, viz tabulka 23.

Tabulka 23 - Průměrná hodnota BM dle délky praxe

Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?										
Možnosti	0 – 5		6 – 10		11 – 15		16 – 20		20 a více	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	12	27,91	7	26,92	7	26,92	3	23,08	7	18,92
2,0 – 2,9	18	41,86	10	38,46	10	38,46	2	15,38	14	37,84
3,0 – 3,9	7	16,28	7	26,92	5	19,23	3	23,08	9	24,32
4,0 – 4,9	5	11,63	2	7,69	2	7,69	4	30,77	4	10,81
≥ 5	1	2,33	-	-	2	7,69	1	7,69	3	8,11
CELKEM	43	100,0	26	100,0	26	100,0	13	100,0	37	100,0
Průměrná hodnota BM	2,1		2,7		2,8		3,3		3,0	

Délku praxe dále rozdělujeme do kategorie „praxe do 10 let“ a kategorie „praxe nad 10 let“. Toto rozdělení vychází z otevřených odpovědí v otázce č. 15. Mnoho respondentů uvedlo, že pro prevenci syndromu vyhoření by zavedlo roční dovolenou po určitém úseku pracovního působení. Častým časovým úsekem respondenti označili 10 let. Je možné brát tento časový pracovní úsek jako kritický a zlomový. Na základě tohoto rozdělení jsou výsledky dále interpretovány do následující tabulky.

U obou skupin byla vyhodnocena průměrná hodnota BM. Respondenti s praxí

do 10 let spadají, v rámci svého průměrného výsledků BM 2,7, do skupiny „*uspokojivý výsledek*“. Průměrná hodnota respondentů s praxí nad 10 se rovná BM 3,0. Těmto respondentům je doporučeno zamyslet se nad svou prací a svým životem, viz tabulka 24.

Tabulka 24 - Průměrná hodnota BM - srovnání praxe do 10 let a praxe nad 10 let

Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?					
Praxe do 10 let			Praxe nad 10 let		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
≤ 1,9	19	27,45	≤ 1,9	17	22,37
2,0 – 2,9	28	40,58	2,0 – 2,9	26	34,21
3,0 – 3,9	14	20,29	3,0 – 3,9	17	22,37
4,0 – 4,9	7	10,14	4,0 – 4,9	10	13,16
≥ 5	1	1,45	≥ 5	6	7,89
CELKEM	69	100,0	CELKEM	76	100,0
Průměrná hodnota BM	2,7		Průměrná hodnota BM	3,0	

Dalším hlediskem, které v rámci testu syndromu vyhoření a vlastním dotazníkovým šetřením můžeme zohlednit, je **místo pracovního působení**. Z nadcházející tabulky je patrný rozdíl ve výsledcích syndromu vyhoření u pedagogů pracujících na základní škole běžného typu a na základní škole speciální. Nejčastější kategorii z hlediska místa působení se vyznačují respondenti, kteří spadají do kategorie *uspokojivý výsledek*. Do této kategorie spadá celkem 34 (35,42 %) respondentů ze základní školy běžného typu a celkem 20 (40,82 %) respondentů ze základní školy speciální. Dobrý výsledek se ve větším procentu prokazuje ve větší míře u pedagogů ze základní školy běžného typu. Do této kategorie spadá celkem 27 (28,13 %) pedagogů. Naopak ze základní školy speciální se zde vyskytuje 9 (18,37 %) respondentů. Nad smyslem svého života a práce by se mělo zamyslet celkem 12 (24,49 %) respondentů ze základní školy speciální. Ze základní školy běžného typu do této kategorie spadá celkem 19 (19,79 %) respondentů. Prokazatelný syndrom vyhoření se v obou skupinách vyskytuje v relativně stejném poměru. Syndrom vyhoření je prokázán celkem u 6 (12,24 %) respondentů ze základní školy speciální, a také celkem 11 (11,46 %) respondentů ze základní školy běžného typu. Havarijní stav se vyskytuje celkem u 5 (5,21 %) respondentů ze základní školy běžného typu. Tento stav se také vyskytuje 2 (4,00 %) respondentů ze základní školy speciální.

V rámci získaných výsledků byly u obou skupin stanoveny průměrné hodnoty míry vyhoření. U respondentů, kteří pracují na základní škole běžného typu, byla naměřena hodnota

BM 2,6. Průměrná hodnota u respondentů pracujících na základní škole speciální činí BM 2,9. Výsledky obou skupin lze považovat za uspokojivé, viz tabulka 25.

Tabulka 25 - Průměrná hodnota BM dle místa pracoviště

Uveďte místo svého pracoviště.					
Základní škola běžného typu			Základní škola speciální		
Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)	Možnosti	Absolutní četnost (n)	Relativní četnost (%)
≤ 1,9	27	28,13	≤ 1,9	9	18,37
2,0 – 2,9	34	35,42	2,0 – 2,9	20	40,82
3,0 – 3,9	19	19,79	3,0 – 3,9	12	24,49
4,0 – 4,9	11	11,46	4,0 – 4,9	6	12,24
≥ 5	5	5,21	≥ 5	2	4,00
CELKEM	96	100,0	CELKEM	49	100,0
Průměrná hodnota BM	2,6		Průměrná hodnota BM	2,9	

Dalším ukazatelem je **naplnění práce s žákem s mentálním postižením** u pedagogů na 1. stupni základních škol.

V rámci tohoto ukazatele byla opět stanovena průměrná hodnota míry vyhoření BM na základě výsledných hodnot. Respondenti, které práce s žákem s mentálním postižením naplňuje, vykazují hodnotu BM 2,6. U respondentů, které tato práce pouze spíše naplňuje, byla naměřena průměrná hodnota BM 2,4. Respondenti, kteří si odpovědí na tuto otázku nejsou jisti, vykazují průměrnou hodnotu BM 2,8. U souboru respondentů, které práce s žákem s mentálním postižením spíše nenaplňuje, sledujeme průměrnou hodnotu BM 2,9. Všechny tyto kategorie pokládáme za uspokojivý výsledek. Do jediné kategorie, která svou hodnotou spadá do kategorie „zamyslet se nad svým životem a svou prací“, zařazujeme respondenty, kteří si jsou jisti, že je práce s žákem s mentálním postižením nenaplňuje. Tato skupina vykazuje průměrnou hodnotu BM 3,2, viz. tabulka 26.

Tabulka 26 - Průměrná hodnota BM dle pracovního naplnění

Naplnuje Vás práce s žákem s mentálním postižením?										
Možnosti	Ano		Spíše ano		Nevím		Spíše ne		Ne	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	7	20,00	9	28,1 3	4	36,3 6	13	26,5 3	3	16,67
2,0 – 2,9	20	57,14	9	28,1 3	3	27,2 7	17	34,6 9	5	27,78
3,0 – 3,9	7	20,00	8	25,0 0	2	18,1 8	9	18,3 7	5	27,78
4,0 – 4,9	1	2,86	4	12,5 0	2	18,1 8	7	14,2 9	3	16,67
≥ 5	-	-	2	6,25	-	-	3	6,12	2	11,11
CELKEM	35	100,0	32	100, 0	11	100, 0	49	100, 0	18	100,0 0
Průměrná hodnota BM	2,6		2,4		2,8		2,9		3,2	

Dále můžeme hodnotit, zda se pedagogům na 1. stupni základních škol pracujících s žákem s mentálním postižením daří **oddělit práci od osobního života**.

U každé kategorie byl také stanoven průměrný výsledek hodnoty BM. U skupiny respondentů, kterým se daří oddělit svou práci od osobního života, byla naměřena průměrná hodnota BM 2,4. Podobná hodnota BM 2,3 byla naměřena také u respondentů, kteří spíše oddělují práci od osobního života. Respondenti, kteří si odpovědi na tuto otázku nejsou jisti, vykazují průměrnou hodnotu BM 2,9. Všechny tyto možnosti spadají do kategorie „*uspokojivý výsledek*“. Respondenti, jimž se spíše nedaří oddělit práci od osobního života, vykazují průměrnou hodnotu BM 3,2. U respondentů, kteří svou práci neoddělují od svého osobního života, byla stanovena průměrná hodnota BM 3,4. Respondenti těchto dvou skupin by se měli zaměřit a následně zamyslet nad svým životem a smyslem své práce, viz tabulka 27.

Tabulka 27 - Průměrná hodnota BM dle schopnosti oddělit práci od osobního života

Daří se Vám oddělit práci od osobního života?										
Možnosti	Ano		Spíše ano		Nevím		Spíše ne		Ne	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	16	50,00	11	21,15	-	-	6	13,95	3	25,00
2,0 – 2,9	9	28,13	23	44,23	3	50,00	18	41,86	1	8,33
3,0 – 3,9	4	12,50	13	25,00	3	50,00	7	16,28	4	33,33
4,0 – 4,9	3	9,38	3	5,77	-	-	9	20,93	2	16,67
≥ 5	-	-	2	3,85	-	-	3	6,98	2	16,67
CELKEM	32	100,0	52	100,0	6	100,0	43	100,0	12	100,0
Průměrná hodnota BM	2,4		2,3		2,9		3,2		3,4	

V rámci tohoto dotazníku můžeme dále poukázat na to, zda se pedagogové na 1. stupni základních škol pracujících s žákem s mentálním postižením **těší do své práce**.

V rámci těchto skupin byla ze získaných výsledků zvolena průměrná hodnota BM. Skupina respondentů, kteří se do své práce plně těší, vykazuje průměrnou hodnotu BM 2,4. Stejnou hodnotu BM 2,4 vykazují také respondenti, kteří do své práce spíše těší. Výsledky obou kategorií můžeme považovat za uspokojivý výsledek. Kategorie respondentů, kteří si nejsou jisti, zda se do práce těší, či nikoli, vykazuje průměrnou hodnotu BM 3,2. U respondentů, kteří se do své práce spíše netěší, byla naměřena hodnota průměrného BM 3,8. Respondenti obou těchto kategorií by se měli zamyslet nad smyslem svého života a práce. Poslední skupina respondentů, kteří se do práce vůbec netěší, vykazuje průměrnou hodnotu BM 4,6. Tento výsledek již u respondentů znamená prokazatelný syndrom vyhoření, viz tabulka 28.

Tabulka 28 - Průměrná hodnota BM dle těšení do práce

Do své práce se obvykle těšíte.										
Možnosti	Plně souhlasím		Spíše souhlasím		Nevím		Spíše nesouhlasím		Plně nesouhlasím	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	20	46,51	15	17,86	1	16,67	-	-	-	-
2,0 – 2,9	15	34,88	35	41,67	1	16,67	3	30,00	-	-
3,0 – 3,9	6	13,95	20	23,81	4	66,67	1	10,00	-	-
4,0 – 4,9	1	2,33	10	11,90	-	-	5	50,00	1	50,00
≥ 5	1	2,33	4	4,76	-	-	1	10,00	1	50,00
CELKEM	43	100,00	84	100,00	6	100,00	10	100,00	2	100,00
Průměrná hodnota BM	2,4		2,4		3,2		3,8		4,6	

Dalším ukazatelem v rámci tohoto dotazníku je **odpočinek ve volném čase** pedagogů na 1. stupni pracujících s žákem s mentálním postižením.

I v této skupině byl proveden výpočet průměrné hodnoty BM ze získaných výsledků. Respondenti, kteří si ve svém volném čase vždy odpočinou, vykazují průměrnou hodnotu BM 2,4. Průměrná hodnota BM 2,8 byla naměřena u skupiny respondentů, kteří si ve svém volném čase spíše odpočinou. U obou skupiny je výsledná hodnota charakterizována jako „*uspokojivý výsledek*“. Respondenti, kteří si nejsou jistí odpovědí, vykazují průměrnou hodnotu BM 3,5. U respondentů, kteří si ve svém volném čase spíše neodpočinou, byla naměřena průměrná hodnota BM 3,4. Skupina respondentů, kteří si ve svém volném čase plně neodpočinou, vykazuje průměrnou hodnotu BM 3,6. Respondentům těchto skupin je doporučeno zamyslet se nad životem a smysluplností své práce, viz tabulka 29.

Tabulka 29 - Průměrná hodnota BM dle odpočinku ve volném čase

Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) si obvykle odpočínáte.										
Možnosti	Plně souhlasím		Spíše souhlasím		Nevím		Spíše nesouhlasím		Plně nesouhlasím	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	18	52,94	16	21,33	-	-	1	3,45	1	50,00
2,0 – 2,9	7	20,59	36	48,00	1	20,00	10	34,48	-	-
3,0 – 3,9	8	23,53	12	16,00	3	60,00	8	27,59	-	-
4,0 – 4,9	1	2,94	8	10,67	1	20,00	7	24,14	-	-
≥ 5	-	-	3	4,00	-	-	3	10,34	1	50,00
CELKEM	34	100,0	75	100,0	5	100,0	29	100,0	2	100,0
Průměrná hodnota BM	2,4		2,8		3,5		3,4		3,6	

Výsledky dotazníku BM můžeme dále upřesnit podle toho, zda se pedagogové na 1. stupni pracujících s žákem s mentálním postižením **zbavují ve svém volném stresu**.

V rámci této skupiny byly opět stanovené průměrné hodnoty BM. U respondentů, kteří se ve svém volném čase vždy zbaví stresu, byla naměřena průměrná hodnota BM 2,2. Podobná hodnota s průměrným výsledkem BM 2,1 vyšla u skupiny respondentů, kteří se spíše zbavují svého stresu ve volném čase. Respondenti, jež se v této kategorii nerozhodli pro žádnou z konkrétních variant a zvolili možnost „nevím“, vykazují průměrnou hodnotu BM 2,6. V rámci těchto výsledků jsou respondenti zařazeni do skupiny „uspokojivý výsledek“. Respondenti, kteří se svého stresu ve svém volném čase spíše nezbaví, vykazují průměrnou hodnotu BM 3,2. Tito respondenti, v rámci výsledného BM, spadají do skupiny, již je doporučeno zamyslet se nad svým životem a svou prací. Respondenti, kteří se ve svém volném čase vůbec nezbaví, vykazují průměrnou hodnotu BM 4,0. Respondenti této kategorie již mají prokazatelný syndrom vyhoření, viz tabulka 30.

Tabulka 30 - Průměrná hodnota BM dle zbavení stresu ve volném čase

Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) si obvykle zbavíte veškerého pracovního stresu.										
Možnosti	Plně souhlasím		Spíše souhlasím		Nevím		Spíše nesouhlasím		Plně nesouhlasím	
	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	13	72,22	15	22,73	2	28,57	6	12,50	-	-
2,0 – 2,9	2	11,11	32	48,48	3	42,86	16	33,33	1	16,67
3,0 – 3,9	1	5,56	16	24,24	2	28,57	10	20,83	2	33,33
4,0 – 4,9	1	5,56	2	3,03	-	-	13	27,08	1	16,67
≥ 5	1	5,56	1	1,52	-	-	3	6,25	2	33,33
CELKEM	18	100,0	66	100,0	7	100,0	48	100,0	6	100,0
Průměrná hodnota BM	2,2		2,1		2,6		3,2		4,0	

Posledním ukazatelem, kterým můžeme výsledky dotazníku BM upřesnit, je **vlastní pocit vyhořelosti**.

I zde byly stanoveny průměrné hodnoty BM. Respondenti, kteří se ve své práci již cítili vyhořele, vykazují vyšší průměrnou hodnotu BM než respondenti, kteří tento stav nezažili či si nejsou jisti. Respondenti, kteří tento stav již cítili, vykazují průměrnou hodnotu výsledného BM 3,3. Tento výsledek udává doporučení těmto respondentům zamyslet se nad smysluplností svého života a své práce. U respondentů, kteří tento stav necítili, byla naměřená průměrná hodnota BM 2,4. Tento výsledek udává respondentům uspokojivý výsledek. Uspokojivý výsledek můžeme shledávat také u kategorie respondentů, kteří si odpovědi nejsou jisti a zvolili možnost „nevím“. U těchto respondentů byla naměřena průměrná hodnota BM 2,7, viz tabulka 31.

Tabulka 31 - Průměrná hodnota BM dle pocitu vyhoření

Cítil/a jste se někdy během Vaší praxe profesně vyhořelý/á?						
	Ano		Ne		Nevím	
Možnosti	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)	A.Č. (n)	R.Č. (%)
≤ 1,9	5	7,25	30	41,10	1	33,33
2,0 – 2,9	24	34,78	29	39,73	1	33,33
3,0 – 3,9	21	30,43	10	13,70	-	-
4,0 – 4,9	13	18,84	3	4,11	1	33,33
≥ 5	6	8,70	1	1,37	-	-
CELKEM	69	100,00	73	100,00	3	100,00
Průměrná hodnota BM	3,3		2,4		2,7	

6.3 Statistické ověření stanovených hypotéz

Hypotéza č.1

H1: Pedagogové mladší věkové kategorie pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové starší věkové kategorie.

Pro ověření první hypotézy jsme zvolili Mannův-Whitneyův U test, kde $U = 2050$, $Z = 1,26$ a **jednostranná p-hodnota 0,10 je větší než 0,05**, viz příloha č.4. Nemůžeme tedy prokázat rozdíl mezi oběma věkovými skupinami v míře syndromu vyhoření.

Hypotézu nepřijímáme.

Hypotéza č.2

H2: Pedagogové s praxí kratší 10 let pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové s praxí delší 10 let.

Také hypotézu č. 2 jsme ověřovali pomocí Mannova-Whitneova U testu. V tomto případě $U = 2280,5$, $Z = 1,35$ a **jednostranná p-hodnota 0,08 je opět větší než 0,05**, viz příloha č.5. Nebyl tedy nalezen signifikantní rozdíl mezi oběma skupinami.

Hypotézu nepřijímáme.

Hypotéza č.3

H3: Pedagogové na základní škole speciální pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové na základní škole běžného typu.

I v případě třetí hypotézy jsme k ověření použili Mannův-Whitneyův U test, tentokrát $U = 2221,5$, $Z = -0,54$ a **p-hodnota 0,29 je větší než 0,05**, viz příloha č.6. Nemůžeme tedy konstatovat signifikantní rozdíl mezi mírou syndromu vyhoření u pedagogů na běžných a speciálních základních školách.

Hypotézu nepřijímáme.

Hypotéza č.4

H4: Pedagogy na základní škole speciální, pracující s žákem s mentálním postižením, naplňuje tato práce více než pedagogy na základní škole běžného typu.

Také platnost čtvrté hypotézy jsme ověřovali Mannovým-Whitneovým U testem. Nyní $U = 1059,5$, $Z = 5,4$, **p-hodnota 0,00 < 0,05 a míra účinku AUC = 0,23**, viz příloha č.7. Můžeme tedy konstatovat signifikantní rozdíl v pocitu naplnění z práce s dítětem s mentálním postižením mezi pedagogy běžných a speciálních základních škol, přičemž vyšší

míru naplnění pocitů u učitelů základních škol speciálních.

Hypotézu přijímáme.

Hypotéza č.5

H5: Existuje souvislost mezi mírou naplnění z práce s žákem s mentálním postižením a mírou syndromu vyhoření.

Tuto hypotézu jsme ověřovali Spearmanovým korelačním koeficientem. Jeho hodnota vyšla $r = 0,13$. **P-hodnota byla stanovena v programu STATISTICA signifikantně větší než hodnota 0,05.** Jedná se o slabou kladnou korelaci. Jelikož **p-hodnota je větší než 0,05**, nemůžeme potvrdit statisticky významnou souvislost mezi těmito jevy, viz příloha č.8.

Hypotézu nepřijímáme.

Hypotéza č.6

H6: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti oddělit práci od osobního života.

Také tuto hypotézu jsme ověřovali Spearmanovým korelačním koeficientem, tentokrát $r = 0,34$. Ačkoli i tuto korelaci můžeme označit za slabou kladnou, **p-hodnota byla na základě vyhodnocení programem STATISTICA v tomto případě menší než 0,05**, viz příloha č.9. Můžeme tedy konstatovat souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti oddělit práci od osobního života.

Hypotézu přijímáme.

Hypotéza č.7

H7: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou pocíťovaného odpočinku ve volném čase.

Hypotéza číslo 7 byla taktéž ověřena testem Spearmanova korelačního koeficientu, kdy $r = 0,37$ a **p-hodnota byla na základě vyhodnocení programem STATISTICA menší než 0,05**, viz příloha č.10. Stejně jako v předešlém případě, i tentokrát se jedná o slabou kladnou korelaci, která je však statisticky signifikantní.

Hypotézu přijímáme.

Hypotéza č.8

H8: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti zbavit se ve

volném čase stresu.

I pro testování této hypotézy byl zvolen Spearmanův korelační koeficient, $r = 0,40$ a **p- hodnota byla na základě vyhodnocení programem STATISTICA menší než 0,05**, viz příloha č.11. V tomto případě jde o statisticky významnou středně silnou kladnou korelaci. Můžeme tedy konstatovat významnou souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti zbavit se ve volném čase stresu.

Hypotézu přijímáme.

7 DISKUZE

V praktické části diplomové práce jsme si stanovili jako hlavní cíl zjistit míru vyhoření u pedagogů, jež učí na 1. stupni ZŠ a pracují se žákem s mentálním postižením. Analýzou výsledků vlastního dotazníkového šetření a standardizovaného dotazníku BM jsme získali informace, jež můžeme dále zpracovat v konkrétní závěry.

Na základě výsledků dotazníků BM můžeme konstatovat, že se syndrom vyhoření (či příznaky, jež k němu vedou) u pedagogů v okrese Bruntál vyskytuje. Celkem 21,38 % pedagogů spadá do kategorie BM 3,0 – 3,9, jež znamená, že by se dotyční měli zamyslet nad svou prací a celkově životem. Syndrom vyhoření byl následně prokázán u 11,72 % pedagogů. Havarijní stav v rámci odpovědí vykazovalo 4,83 % dotazovaných. Můžeme tedy shrnout, že s příznaky vyhoření či samotným vyhořením se ve výzkumu objevilo 37,93 % dotazovaných. Z této celkové části byl syndrom vyhoření prokázán u 16,55 % dotazovaných. Na základě těchto dat se můžeme domnívat, že v okrese Bruntál skoro polovina pedagogů vykazuje příznaky vyhoření a každý devátý učitel syndromem vyhoření trpí.

Prvním dílčím cílem praktické části byla analýza získaných odpovědí vlastního dotazníkového šetření, jež jsou podrobněji popsány v grafech kapitoly č.6. V souhrnu můžeme zhodnotit, že výzkumného šetření se zúčastnily poměrně vyrovnaně všechny věkové kategorie, vyjma kategorie, ve věku 61 a více. V rámci šetření většina dotazovaných respondentů má praxi 0 – 15 let. Z celkového počtu celkem 66,21 % procent respondentů pracuje na ZŠ běžného typu, zbývající část na ZŠ speciální. Práce s žákem s mentálním postižením celkově pedagogy naplňuje v polovině případů. Většina pedagogů je schopna práci oddělit od osobního života a do své práce se těší. Většina dotazovaných pedagogů je schopna si ve svém volném čase odpočinout, ale stresu je schopna se zbavit pouze větší polovina. Celkem 37,24 % se stresu zbavit nedokáže. Za nejčastější pracovní stresory dotazovaní uvedli administrativu, komunikaci s rodiči, vedení, vysoké požadavky na učitele, problémy v kolektivu, nekvalitního asistenta pedagoga a celkovou náročnost příprav. O pojmu syndrom vyhoření mají všichni respondenti povědomí a většina dotazovaných souhlasí, že se jedná o aktuální a vážné téma současné doby. Vyhořele se cítila celkem polovina dotazovaných, u kterých se nejčastěji objevovala nechuť jít do práce, fyzické vyčerpání, snížený pracovní výkon, únava a deprese. Skoro tři-čtvrtiny dotazovaných uvedly, že shledává ve svém kolektivu vyhořelého kolegu. U těchto kolegů si nejčastěji respondenti všimli negativismu, rezignaci k práci, nezájmu, což vedlo k neadekvátním reakcím a nevhodnému chování k žákům. V rámci prevence respondenti

uvedli, že ke zlepšení situace by výrazně pomohla vyšší podpora ze strany vedení, více volna, méně administrativy, lepší postavení ve společnosti, zrušení inkluze, snížení pracovních nároků, roční dovolená (na základě informací z jiných států), snížený počet žáků ve třídách, dobrý kolektiv či změna zaměstnání. Vedení by mohlo poskytnout pro pedagogy pravidelnou psychologickou pomoc či pravidelné návštěvy supervizora.

Jako druhý dílčí cíl jsme si stanovili komparaci vybraných výsledků mezi ZŠ běžného typu a ZŠ speciální. Práce s žákem s mentálním postižením výrazně více naplňuje speciální pedagogy než pedagogy, kteří pracují na ZŠ běžného typu. Tento výsledek hodnotíme jako pochopitelný. Speciální pedagogové si již záměrně při svém studijním oboru či volbě povolání práci s žákem s mentálním postižením vybrali. Naopak pedagogové, jež pracují na ZŠ běžného typu nikoliv. S žáky s mentálním postižením se setkali až v rámci zavedené inkluze. Především starší pedagogové byli v rámci inkluze často nedobrovolně postaveni do situace, kdy jsou nuceni s žáky s mentálním (či jiným) postižením pracovat, aniž by dostali základní informace o zvláštích v přístupu a vzdělání těchto žáků. Dále těmto učitelům nejsou, oproti učitelům na ZŠ speciální, ve větší míře upraveny podmínky pro lepší pracovní klima (např. snížený počet žáků, více asistentů, nižší tlak ze strany vedení na dobré třídní výsledky, lepší materiální vybavení pro žáky s mentálním postižením atd.) Složitosti se také může stát kombinace a příprava dvojí výuky pro žáky intaktní a zároveň pro žáky s mentálním postižením. Bez ohledu na tyto aspekty, musí pedagogové na ZŠ běžného typu přizpůsobit svou práci dětem intaktním i dětem s mentálním postižením, což může být obtížnější. Co se týče oddělení práce od osobního života a potěšení z práce jsou výsledky průměrově vcelku vyvážené, avšak pedagogové pracující na ZŠ speciální práci oddělují od svého života lépe a zároveň se do ní více těší. Obdobné výsledky přináší také kategorie odpočinku a zbavení se stresu ve volném čase, jež je opět průměrově skoro rovnocenná, avšak v mírném procentu vykazují lepší výsledky pedagogové (tedy si více odpočinou a lépe se zbavují stresu), jež pracují na ZŠ speciální. Co se týče vnímání syndromu vyhoření v kolektivu, jsou výsledky skoro stejné, pouze o 4 procenta převyšuje výskyt syndromu vyhoření v kolektivu opět u pedagogů na ZŠ speciální. Zde se domníváme, že výsledky souvisí s očekáváním speciálních pedagogů. Ačkoli si práci ve speciálních školách vybrali dobrovolně, tak možná netušili, co je čeká. V praxi potom pedagogové zjistili, že se jedná o velmi psychicky, mnohdy i fyzicky náročnou práci, bez zjevných a rychlých pokroků, což může ve výsledku být pro motivovaného pedagoga frustrující. Mezi pedagogy pracujícími na základní škole běžného typu a pedagogy pracujícími na základní škole speciální nejsou výrazné rozdíly a procentuální zastoupení téměř všech odpovědí bylo poměrně vyrovnané. Jedinou výjimkou

je pocit naplnění z práce se žákem s mentálním postižením, kde jsou rozdíly signifikantně významné, viz hypotéza č. 4.

Na základě statistického ověření hypotéz můžeme dále konstatovat, že věk, délka praxe, místo působení nejsou v tomto výzkumném šetření determinanty, jež by měly vliv na vznik syndromu vyhoření u dotazovaných respondentů, viz hypotéza č. 1,2,3. U respondentů také se vznikem syndromu vyhoření nespojuje to, zda pedagogy naplňuje práce s žákem s mentálním postižením či nikoliv, viz hypotéza č.5. Tento výsledek hodnotíme jako velmi překvapující, jelikož mnoho pedagogů označilo práci s žákem s mentálním postižením jako nenaplňující. Avšak z tohoto výsledku je patrné, že i když je práce nenaplňuje, není to jeden z faktorů, který by byl v jejich práci zásadní, tudíž se vznikem vyhoření nespojuje. Dále jsme na základě výsledků zvolených testů jsme zjistili, že u dotazovaných respondentů v okrese Bruntál lze považovat za hlavní příčiny vzniku syndromu vyhoření neschopnost oddělit práci od osobního života, nedostatečný odpočinek ve volném čase a neschopnost zbavit se stresu ve volném čase, viz hypotéza č. 6, 7 a 8.

Závěrem můžeme říci, že u některých pedagogů na 1. stupni ZŠ pracujících s žákem s mentálním postižením v okrese Bruntál byl syndrom vyhoření prokázán. Hlavní příčinou není náročnost práce s žákem s mentálním postižením, ale celkově náročnost povolání, jež se u jedinců projevuje sníženým odpočinkem ve volném čase, zvýšeným stresem a neschopností oddělit práci od osobního života.

7.1 Limity výzkumného šetření

V rámci diplomové práce jsme narazili na některé limity ve výzkumném šetření. Prvním a hlavním limitem shledáváme citlivost tématu. Ne všem pedagogům bylo téma syndromu vyhoření příjemné, hlavně v rámci otázek, kde pedagogové měli hodnotit sami sebe. Z některých odpovědí bylo patrné, že odpovědi nemusely být upřímným obrazem psychického stavu dotazovaného. V rámci otevřených odpovědí mnoho pedagogů využilo nepovinnosti těchto otázek a neodpovědělo. Mohlo tedy dojít k záměrnému i nezáměrnému (vlivem zkresleného pohledu na sebe sama) zkreslení některých odpovědí v dotazníku BM. Citlivost tématu také souvisí s návratností dotazníků. Z celkového počtu rozeslaných byla návratnost pouze 34,03 procent. Dalším limitem shledáváme velikost výzkumného vzorku, jež se nedá zobecnit na celou populaci. Určitým limitem může být i délka dotazníku BM a podobnost nabízených odpovědí, hlavně odpovědi č. 4 (někdy), č. 5 (často), č. 6 (obvykle). Myslíme si, že v tomhle ohledu by pomohlo bližší časové určení pro lepší představu těchto pojmů.

7.2 Doporučení pro další výzkumy v této oblasti

Práce nabídla řadu poznatků přímo ze školního prostředí, jež by se daly dále využít pro další výzkumy v této oblasti. V prvé řadě bychom doporučili při výzkumném šetření oslovit větší vzorek dotazovaných, např. v rámci více krajů. Vyhodnocené výsledky by se dále mohly komparovat a vznikly by zajímavé závěry. Dále bychom doporučili zaměřit budoucí výzkum na to, co by pedagogům mohlo pomoci, tedy prevence syndromu vyhoření a podporu, jež by škola měla pedagogům poskytnout, aby se tomuto fenoménu zamezilo. K tomuto tématu jsou nápomocné přímé odpovědi pedagogů v otázce: „Co by podle Vás mohlo pomoci k prevenci vzniku syndromu vyhoření?“. Tyto odpovědi jsou vhodným materiálem pro např. návrh vlastních preventivních opatření či podpůrných projektů/programů pro základní školy, které by pomohly k psychické pohodě učitelů a prevenci syndromu vyhoření. Vytvořený program by student mohl ověřit na vybraných školách a následně výsledky psychického stavu porovnat.

7.3 Doporučení do praxe

Pedagogům bychom doporučili, aby projevy syndromu vyhoření, které spatřují na své osobě či kolegovi nebrali na lehkou váhu. Zotavení z tohoto stavu je poměrně dlouhý proces a včasné podchycení znamená lepší a rychlejší uzdravení bez výraznějších následků. Dále bychom doporučili, aby se každý z pedagogů snažil o co nejpříjemnější školní klima a dobrý kolektiv. Pokud každý pedagog začne od své vlastní osoby, výsledný stav bude prospěšný jak pro školu, pedagogy, tak i žáky.

Dále bychom doporučili, aby byla ve školách pro zaměstnance zajištěna supervize v pravidelných intervalech, jež mnoho pedagogů označilo za velmi přínosné. V rámci jednotlivých školních zařízení bychom na základě výsledků také doporučili zajištění preventivních seminářů či workshopy o psychohygieně. V rámci těchto seminářů by se pedagogové naučili např. oddělit práci od osobního život, kvalitně odpočívat a jak se efektivně zbavit či předejít stresu, což v rámci praktické části vyšlo jako hlavní determinanty vzniku vyhoření u výzkumného vzorku. Dále považujeme za důležité doporučení poskytnout pedagogům služby školního psychologa, kterého by mohli kdykoliv kontaktovat. V rámci psychohygieny by bylo přínosné zajištění zaměstnaneckých bonusů ve formě příspěvků např. na rekreaci, lázně, wellness či pobyty u moře. Z hlediska rozpočtu sledujeme

toto doporučení za těžko splnitelné, nicméně ho považujeme za ideál, ke kterému by školství mohlo směřovat.

Vlivem nynější inkluze bychom dále doporučili, aby škola poskytla svým pedagogům kvalitní metodické vedení či semináře k práci s integrovanými žáky, zejména u učitelů, jež pracují na ZŠ běžného typu a tyto vědomosti jim chybí. Pedagogové by měli mít možnost dalšího vzdělávání, aby svou práci mohli odvádět kvalitně.

Škola by dále pedagogům mohla poskytnout kvalitnější asistenty, které bude pečlivěji vybírat. Kvalitní asistent pedagoga nebude pro učitele přítěž navíc a bude nápomocný v mnoha ohledech, což každý pedagog uvítá. .

Tyto uvedené doporučení na podporu pedagogů (supervize, semináře, workshopy aj.) shledáváme jako velmi užitečné, nicméně by to neměla být povinnost, ale spíše možnost, kterou pedagogové mohou využít. Doporučuje dbát, aby těchto podpůrných hodin nebylo příliš mnoho. Vynucené absolvování velké řady seminářů či workshopů může být pro pedagogy spíše další zátěž než podpora.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření u pedagogů působících na 1. stupni základních škol, kteří pracují s žákem s mentálním postižením.

Cílem praktické části bylo zjištění míry syndromu vyhoření u pedagogů pracujících s žákem s mentálním postižením na 1. stupni základních škol.

Další cíle jsme stanovili na základě získaných odpovědí vlastního dotazníkového šetření. Tyto výsledky jsme dále komparovali na základě námi zvolených výsledků mezi pedagogy pracující na základní škole běžného typu a pedagogy pracující na základní škole speciální. Posledním cílem bylo ověření souvislostí mezi výsledky dotazníku Burnout Measure a položkami vlastního dotazníkového šetření.

V teoretické části jsme se zaměřili na vymezení základních pojmů a poznatků, ze kterých jsme následně v práci čerpali. V teoretické části jsme zaměřili na vymezení mentální retardace a mentálního postižení a na žáka s mentálním postižením, jeho specifické rysy a komunikaci. Dále jsme se zaměřili na definování pojmu syndromu vyhoření, vytyčení jeho fází, hlavních příčin, rizikových skupin a prevenci a léčbu. Poslední kapitola nám objasnila osobnost pedagoga, základní povahové rysy a typologii. Tyto poznatky jsme dále využili k sestavení dotazníku a k vytvoření praktické části.

Praktická část se zabývala vytyčenými cíli. Prostřednictvím dotazníku Burnout Measure jsme dostali potřebné výsledky, díky kterým jsme mohli vymezit, jaká je míra vyhořelosti u těchto pedagogů. Výsledná míra byla použita na potvrzení či vyvrácení našich stanovených hypotéz. Dále jsme výsledky upřesňovali na základě výsledků, které jsme získali prostřednictvím vlastního dotazníku. Jelikož k poměru počtů základních škol běžného typu a základních škol speciálních v okrese Bruntál jsme dostali vcelku vyvážený poměr, rozhodli jsme se výsledky jednotlivých škol také porovnat.

V rámci naší práce doufáme, že její obsah poukáže na stále aktuální tematiku syndromu vyhoření, jež v pedagogické profesi stále více roste. Tlak společnosti je čím dál větší a nároky na tuto profesi se stále zvyšují. V rámci této práce jsme zjistili, že samotní učitelé syndrom vyhoření vnímají jako vážné téma dnešní doby. Díky této práci jsme dostali zajímavé informace o povědomí syndromu vyhoření, a také co by přispělo k jeho prevenci přímo od pedagogů, což jsou velmi cenné informace. Věříme, že diplomová práce bude inspirací pro další studenty, které toto téma osloví, jelikož tlakem a zrychlením dnešní doby bude syndrom vyhoření stále větší součástí každého z nás.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BAJO, Ivan a Štefan VAŠEK. *Pedagogika mentálne postihnutých: psychopédia*. 1. vyd. Bratislava: Sapiaientia, 1994. 251 s. ISBN 80-967180-1-0.

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.

BENDO VÁ, Petra, ed. *Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. ISBN 978-80-7435-422-9.

ČAPEK, Robert, Irena PŘÍKAZSKÁ a Jiří ŠMEJKAL. *Učitel a syndrom vyhoření*. Praha: Raabe, [2018]. Dobrá škola. ISBN 978-80-7496-392-6.

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopédie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

DLOUHÁ, Jana. *Úvod do psychopédie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2., dopl. a rozš. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-333-8.

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

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

CHRÁSKA, Miroslav a Ilona KOČVAROVÁ. *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogických výzkumech*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. ISBN 978-80-7454-553-5.

CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports. 11th ed. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, c2010. ISBN 978-1-935304-04-3.

JANÁČKOVÁ, Laura. *Základy zdravotnické psychologie*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-179-6.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

KALLWASS, Angelika. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-299-7.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Lucia PASTIERIKOVÁ a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3714-9.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.

KOZÁKOVÁ, Zdeňka. *Psychopedie*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-0991-7.

KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. *Nejlepší techniky proti stresu*. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2007. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-1833-0.

KREJČÍŘOVÁ, Olga, Zdeňka KOZÁKOVÁ a Oldřich MÜLLER. *Teoretická východiska speciální pedagogiky u osob s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3715-6.

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

KYRIACOU, Chris. *Klíčové dovednosti učitele: cesty k lepšímu vyučování*. Vyd. 4. Přeložil

Dominik DVOŘÁK, přeložil Milan KOLDINSKÝ. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0052-9.

LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-572-5.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018. ISBN 978-80-7472-168-7.

Patrick J. Bridgeman, Pharm.D., BCPS, Mary Barna Bridgeman, Pharm.D., BCPS, Joseph Barone, Pharm.D., FCCP, Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy*, Volume 75, Issue 3, 1 February 2018, Pages 147–152, <https://doi.org/10.2146/ajhp170460>

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. 2., nezměn. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1916-3.

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.

Peter P. M. Janssen, Wilmar B. Schaufelie & Inge Houkes (1999) Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions, *Work & Stress*, 13:1, 74-86, DOI: [10.1080/026783799296200](https://doi.org/10.1080/026783799296200)

RABOCH, Jiří, Michal HRDLIČKA, Pavel MOHR, Pavel PAVLOVSKÝ a Radek PTÁČEK, ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe - Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

RUSH, Myron D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. Moudrost do kapsy. ISBN 80-7255-074-8.

ŘEHULKA, Evžen, ed. *Health literacy through education: School and health 21, 2011*. Brno: Masaryk University with collaboration by MSD, 2011. ISBN 978-80-7392-182-8.

SKUTIL, Martin a Blanka KŘOVÁČKOVÁ. *Diplomová práce a empirický výzkum pedagogických jevů: vybraná témata pro studenty oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a Učitelství pro mateřské školy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-428-6.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

SVOBODA, Pavel. *Metodologie kvantitativního speciálněpedagogického výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3067-6.

SVOBODOVÁ, Jarmila a Bohumíra ŠMAHELOVÁ. *Kapitoly z obecné pedagogiky*. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-86633-81-7.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7367-060-7.

ŠVEC, Štefan. *Metodologie věd o výchově: kvantitativně-scientické a kvalitativně-humanitní přístupy v edukačním výzkumu*. České rozš. vyd. Brno: Paido, 2009. ISBN 978-80-7315-192-8.

ŠVEC, Vlastimil. *Pedagogické znalosti učitele: teorie a praxe*. Praha: ASPI, 2005. Řízení školy (ASPI). ISBN 80-7357-072-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-2620225-7.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení. 2.*, přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2018. Psyché (Grada). ISBN 978- 80-271-0378-2.

VALENTA, Milan. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu mentálního postižení nebo oslabení kognitivního výkonu: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4614-1.

VALENTA, Milan. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb - část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-244-3055-3.

VALENTA, Milan. *Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VAŠUTOVÁ, Jaroslava. *Být učitelem: co by měl učitel vědět o své profesi*. 2., přeprac. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7290-325-2.

VAŠUTOVÁ, Jaroslava. *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-082-4.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-31

SEZNAM ZKRATEK

č.	číslo
tab.	tabulka
atd.	a tak dále
např.	Například
s.	Strana
MP	mentální postižení
MR	mentální retardace
IQ	intelligenční kvocient
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize
MS	Microsoft
DSM	Diagnostický a statistický manuál
tzv.	takzvaně
ZŠ	základní škola
zejm.	zejména
kol.	kolektiv
WHO	Světová zdravotnická organizace
BM	Burnout Measure – míra vyhoření
aj.	a jiné
RVP	rámcový vzdělávací plán

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Projevy a důsledky syndromu vyhoření (Pešek, Práško, 2016).....	35
Tabulka 2 - Věk respondentů.....	48
Tabulka 3- Délka pedagogické praxe	49
Tabulka 4 - Místo pracoviště	49
Tabulka 5 - Stupeň mentálního postižení	50
Tabulka 6 - Výsledná hodnota BM (Křivohlavý, 2012).....	53
Tabulka 7- Náplň z práce s žákem s mentálním postižením	54
Tabulka 8 - Oddělení práce od osobního života	56
Tabulka 9 - Potěšení z práce.....	57
Tabulka 10 - Stresové faktory	60
Tabulka 11 - Odpočinek ve volném čase.....	61
Tabulka 12 - Zbavení stresu	62
Tabulka 13 - Setkání se syndromem vyhoření	64
Tabulka 14 - Pocit vlastního vyhoření.....	64
Tabulka 15 - Nejčastější projevy vyhoření na vlastní osobě.....	67
Tabulka 16 - Výskyt syndromu vyhoření v kolektivu.....	67
Tabulka 17 - Nejčastější odpovědi projevů syndromu vyhoření v kolektivu.....	70
Tabulka 18 - Aktuálnost syndromu vyhoření	71
Tabulka 19 - Prevence syndromu vyhoření.....	75
Tabulka 20 - Výsledky dotazníku BM	76
Tabulka 21 - Průměrná hodnota BM dle věku	77
Tabulka 22 - Průměrná hodnota BM - srovnání mladší a starší věkové kategorie.....	78
Tabulka 23 - Průměrná hodnota BM dle délky praxe	79
Tabulka 24 - Průměrná hodnota BM - srovnání praxe do 10 let a praxe nad 10 let.....	80
Tabulka 25 - Průměrná hodnota BM dle místa pracoviště	81
Tabulka 26 - Průměrná hodnota BM dle pracovního naplnění	82
Tabulka 27 - Průměrná hodnota BM dle schopnosti oddělit práci od osobního života.....	83
Tabulka 28 - Průměrná hodnota BM dle těšení do práce	84
Tabulka 29 - Průměrná hodnota BM dle odpočinku ve volném čase.....	85
Tabulka 30 - Průměrná hodnota BM dle zbavení stresu ve volném čase.....	86
Tabulka 31 - Průměrná hodnota BM dle pocitu vyhoření.....	87

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1- Stupeň mentálního postižení - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	51
Graf 2 - Náplň z práce s žákem s mentálním postižením	54
Graf 3 - Naplnění z práce s žákem s MP - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	55
Graf 4 - Oddělení práce od osobního života.....	56
Graf 5 - Oddělení práce od osobního života – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	57
Graf 6 - Potěšení z práce.....	58
Graf 7 - Potěšení z práce – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	58
Graf 8 - Oddělení práce od osobního života – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	61
Graf 9 - Odpočinek ve volném čase – srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální.....	62
Graf 10 - Zbavení stresu	63
Graf 11 - Zbavení stresu - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	63
Graf 12 - Pocit vlastního vyhoření	64
Graf 13 - Pocit vlastního vyhoření - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	65
Graf 14 - Výskyt syndromu vyhoření v kolektivu.....	68
Graf 15 - Výskyt syndromu vyhoření v kolektivu - srovnání ZŠ běžného typu a ZŠ speciální	68
Graf 16 - Aktuálnost syndromu vyhoření.....	71
Graf 17 - Výsledky dotazníku BM	76

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Oslovení pedagogů základních škol

Příloha č. 2: Dotazník

Příloha č. 3: Dotazník Burnout Measure

Příloha č. 4: Výpočet hypotézy č. 1

Příloha č. 5: Výpočet hypotézy č. 2

Příloha č. 6: Výpočet hypotézy č. 3

Příloha č. 7: Výpočet hypotézy č. 4

Příloha č. 8: Výpočet hypotézy č. 5

Příloha č. 9: Výpočet hypotézy č. 6

Příloha č. 10: Výpočet hypotézy č. 7

Příloha č. 11: Výpočet hypotézy č. 8

Příloha č. 1: Oslovení pedagogů základních škol

Pedagogové na 1. stupni základních škol pracující s žákem s mentálním postižením v kontextu syndromu vyhoření

Dobrý den,

jmenuji se Dominika Černá a jsem studentkou 5. ročníku Univerzity Palackého v Olomouci (obor Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a speciální pedagogika). Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku k mé diplomové práci.

Má diplomová práce zkoumá syndrom vyhoření u učitelů, kteří pracují s žákem s mentálním postižením. Profese učitele je v dnešní době velmi náročné (psychicky i fyzicky) povolání, mnohdy bez uznání ostatních. Přesto je to povolání, které mě natolik uchvátilo, že jsem si ho zvolila pro život.

Stres a psychika však není nepřemožitelná a náročnost tohoto povolání je znát. Náročnost vzrostla také se vzniklou inkluzí. Proto jsem se rozhodla zkoumat vyhořelost u učitelů, kteří ve své třídě mají integrovaného žáka s mentálním postižením či s žáky s mentálním postižením přímo pracují.

Pokud ve své práci pracujete s žákem s mentálním postižením, věnujte prosím pár minut svého času k vyplnění tohoto dotazníku. **Dotazník je zcela anonymní a výsledky budou použity pouze v rámci mé diplomové práce.**

Dotazník naleznete zde:

<https://www.surveio.com/survey/d/V5J6I7A5S2D7W1W8S>

Velmi Vám děkuji za Váš čas a pomoc.

S přáním hezkého dne,

Dominika Černá

DOTAZNÍK

1. Kolik je Vám let?

Vyberte jednu odpověď.

- 20 - 30 31 - 45 46 - 60 61 – 75

2. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

Vyberte jednu odpověď.

- 0 - 5 let 6 - 10 let 11 - 15 let 16 - 20 let 20 a více let

3. Uveďte místo Vašeho pracoviště.

Vyberte jednu odpověď.

- Základní škola běžného typu Základní škola speciální

4. Ve škole pracuje s žákem s?

Vyberte jednu nebo více odpovědí.

- Lehká mentální retardace Těžká mentální retardace
 Střední mentální retardace Hluboká mentální retardace

5. Uspokojuje Vás práce žákem s mentálním postižením?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

6. Daří se Vám oddělit práci od osobního života?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano Spíše ano Nevím Spíše ne Ne

7. Do své práce so obvykle těšíte.

Vyberte jednu odpověď.

- Plně souhlasím Spíše souhlasím Nevím
 Spíše nesouhlasím Plně nesouhlasím

8. Co Vás ve Vaší práci nejvíce stresuje?

Otevřená odpověď.

9. Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) si obvykle odpočínáte.

Vyberte jednu odpověď.

- Plně souhlasím Spíše souhlasím Nevím
 Spíše nesouhlasím Plně nesouhlasím

10. Ve svém volném čase (mimo pracovní dobu) se obvykle zbavíte veškerého stresu.

Vyberte jednu odpověď.

- Plně souhlasím Spíše souhlasím Nevím
 Spíše nesouhlasím Plně nesouhlasím

11. Setkal/a jste se někdy s pojmem SYNDROM VYHOŘENÍ?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano Ne

12. Cítil/a jste se někdy během Vaší praxe profesně vyhořelý/á?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano Ne Nevím

13. Pokud ano, jak se u Vás syndrom vyhoření projevil?

Otevřená nepovinná odpověď.

14. Myslíte, že je ve Vašem kolektivu profesně vyhořelý/á kolega/kolegyně?

Vyberte jednu odpověď.

- Ano Ne Nevím

15. Pokud ano, jak se syndrom vyhoření u Vašeho kolegy/kolegyně projevuje?

Otevřená nepovinná odpověď.

16. Myslíte, že je syndrom vyhoření aktuální a vážné téma současné doby?
Vyberte jednu odpověď.

Ano Ne Nevím

17. Co by podle Vás mohlo pomoci k prevenci vzniku syndromu vyhoření?
Otevřená odpověď.

DOTAZNÍK BURNOUT MEASURE

V dotazníku zakroužkujte, které z čísel označují Vaše pocity, které obvykle prožíváte v souvislosti s uvedeným tvrzením. Použijte, prosím, následujícího odstupňování:
1 - NIKDY 2 - JEDNOU ZA ČAS 3 - ZŘÍDKA KDY 4 - NĚKDY 5 - ČASTO 6 - OBVYKLE 7 - VŽDY

	1	2	3	4	5	6	7
Jsem unavená/ý							
Jsem v depresi (tísni)							
Prožívám krásné dny							
Jsem tělesně (fyzicky) vyčerpaný(á)							
Jsem citově vyčerpaný(á)							
Jsem šťastný(á)							
Cítím se vyřízený(á) (zničený)							
Nemohu se vzchopit a pokračovat dále							
Jsem nešťastný(á)							
Cítím se uhoněný(á) a utahaný(á)							
Cítím se jako by uvězněný(á) v pasti							
Cítím se jako bych byl(a) nula (bezcný)							
Cítím se utrápený(á)							
Tíží mě starosti							
Cítím se zklamaný(á) a rozčarovaný(á)							
Cítím se slabý(á) a na nejlepší cestě k onemocnění							
Cítím se beznadějně							
Cítím se odmítnutý(á) a odstrčený(á)							
Cítím se plný(á) optimismu							
Cítím se plný(á) energie							
Jsem plný(á) úzkosti a obav							

Příloha č. 4: Výpočet hypotézy č. 1

Hypotéza č. 1 - výpočet

H1: Pedagogové mladší věkové kategorie pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové starší věkové kategorie.

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)					
By variable věk					
Marked tests are significant at $p < ,05000$					
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-value
BM	6706,000	3879,000	2050,000	-1,26028	0,207568

Výpočet jednostranné p-hodnoty:

p-value : 2

$0,207568 : 2 = 0,103784$

p-hodnota = 0,103784

$0,103784 > 0,05$
--

Hypotézu nepřijímáme

Příloha č. 5: Výpočet hypotézy č. 2

Hypotéza č. 2 - výpočet

H2: Pedagogové s praxí kratší 10 let pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové s praxí delší 10 let.

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)					
By variable délka praxe					
Marked tests are significant at $p < ,05000$					
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-value
BM	5889,500	4695,500	2280,500	1,350011	0,177013

Výpočet jednostranné p-hodnoty:

p-value : 2

$0,177013 : 2 = 0,0885065$

p-hodnota = 0,0885065

$0,0885065 > 0,05$

Hypotézu nepřijímáme

Příloha č. 6: Výpočet hypotézy č. 3

Hypotéza č. 3 - výpočet

H3: Pedagogové na základní škole speciální pracující s žákem s mentálním postižením vykazují nižší míru syndromu vyhoření než pedagogové na základní škole běžného typu.

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)					
By variable místo pracoviště					
Marked tests are significant at p <,05000					
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-value
BM	6877,500	3707,500	2221,500	-0,543405	0,586851

Výpočet jednostranné p-hodnoty:

p-value : 2

$0,586851 : 2 = 0,2934255$

p-hodnota = 0,2934255

0,2934255 > 0,05

Hypotézu nepřijímáme

Příloha č. 7: Výpočet hypotézy č. 4

Hypotéza č. 4 - výpočet

H4: Pedagogy na základní škole speciální, pracující s žákem s mentálním postižením, naplňuje tato práce více než pedagogy na základní škole běžného typu.

Mann-Whitney U Test (w/ continuity correction) (Spreadsheet1)					
By variable místo pracoviště					
Marked tests are significant at $p < ,05000$					
variable	Rank Sum Group 1	Rank Sum Group 2	U	Z	p-value
uspokojení	8300,500	2284,500	1059,500	5,400613	0,000000

p-hodnota = 0,000000

0,000000 < 0,05

Hypotézu přijímáme.

Příloha č. 8: Výpočet hypotézy č. 5

Hypotéza č. 5 - výpočet

H5: Existuje souvislost mezi mírou naplnění z práce s žákem s mentálním postižením a mírou syndromu vyhoření.

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet1) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000			
Variable	BM	uspokojení	
BM	1,000000	0,128393	
uspokojení	0,128393	1,000000	

P-hodnota byla stanovena v programu STATISTICA signifikantně větší než hodnota 0,05.

p-hodnota > 0,05

Hypotézu nepřijímáme.

Příloha č. 9: Výpočet hypotézy č. 6

Hypotéza č. 6 - výpočet

H6: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti oddělit práci od osobního života.

		Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet1) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at $p < ,05000$		
Variable	BM	oddělení		
BM	1,000000	0,336262		
oddělení	0,336262	1,000000		

P-hodnota byla stanovena v programu STATISTICA signifikantně menší než hodnota 0,05.

p-hodnota < 0,05

Hypotézu přijímáme.

Příloha č.10: Výpočet hypotézy č. 7

Hypotéza č. 7 - výpočet

H7: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou pocíťovaného odpočinku ve volném čase.

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet1)			
MD pairwise deleted			
Marked correlations are significant at p <,05000			
Variable	BM	odpočinek	
BM	1,000000	0,374128	
odpočinek	0,374128	1,000000	

P-hodnota byla stanovena v programu STATISTICA signifikantně menší než hodnota 0,05.

p-hodnota < 0,05

Hypotézu přijímáme.

Příloha č.11: Výpočet hypotézy č. 8

Hypotéza č. 8 - výpočet

H8: Existuje souvislost mezi mírou syndromu vyhoření a mírou schopnosti zbavit se ve volném čase stresu.

Spearman Rank Order Correlations (Spreadsheet1) MD pairwise deleted Marked correlations are significant at p <,05000			
Variable	BM	zbavení stresu	
BM	1,000000	0,401107	
zbavení stresu	0,401107	1,000000	

P-hodnota byla stanovena v programu STATISTICA signifikantně menší než hodnota 0,05.

p-hodnota < 0,05

Hypotézu přijímáme.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Dominika Černá
Katedra nebo ústav:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Zdeňka Kozáková, DiS., Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Pedagogové na 1. stupni základních škol pracující s žákem s mentálním postižením v kontextu syndromu vyhoření
Název v angličtině:	Elementary School Teachers Working with Disabled Children in the Context of Burnout Syndrome
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá syndromem vyhoření u pedagogů na 1. stupni základních škol, jež pracují s žákem s mentálním postižením. Cíl diplomové práce byl stanoven na zjištění míry syndromu vyhoření u pedagogů 1. stupně základních škol, kteří pracují s žákem s mentálním postižením. Oblast výzkumu byla ohraničená na okres Bruntál.</p> <p>Teoretická část přináší informace o významu syndromu vyhoření, jeho příznacích, ohrožených skupinách a prevenci. Dále nám poskytuje informace o mentálním postižení a konkrétněji se zabývá žákem s mentálním postižením. V neposlední řadě teoretická část vymezuje osobnostní charakteristiku pedagoga.</p> <p>Praktická část se zaměřuje na zjištění míry syndromu vyhoření u pedagogů a analýzu otázek vlastního dotazníkového šetření. Účelem práce bylo zjistit míru vyhoření prostřednictvím standardizovaného dotazníku Burnout Measure u pedagogů v okrese Bruntál. Dále zjistit i další faktory, názory a povědomí pedagogů o syndromu vyhoření, jež je v dnešní době považován za aktuální a vážné téma pedagogického prostředí.</p>

Klíčová slova:	speciální pedagogika, žák s mentálním postižením, mentální postižení, mentální retardace, syndrom vyhoření, osobnost pedagoga
Anotace v angličtině:	<p>The main topic of my thesis is Burnout Syndrome among educationists who teach students with pedagogmental handicap at first stage at middle school. The goal of this thesis is to find out the burnout scale with educationsits in already mentioned category. The area of research is Bruntál.</p> <p>The theoretical part includes informations about the meaning of Burnout Syndrome, symptoms, threatened groups and prevention. It also includes information about mental handicap and focuses on a student with mental handicap. Theoretical part also defines characteristic of an educationist.</p> <p>Practical part focuses on finding the burnout rate for teachers and analyses the answers of personal questionnaires. Purpose of this work was find the rate using the standart questionnaire Burnout Measure. Another subject of this questionnaire was find out other factors, opinions and knowledge of the Burnout syndrome among teachers, because it is relevant and serious topic in the pedagogical background.</p>
Klíčová slova v angličtině:	special education, pupil with mental disability, mental disability, Burnout Syndrome, teacher
Přílohy vázané v práci:	11
Rozsah práce:	105
Jazyk práce:	český