

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Psychohygienu zaměstnanců pomáhajících profesí v zařízeních
poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov**

Diplomová práce

Jméno vedoucího práce:

Doc. PhDr. Jiří Jankovský, PhD.

Jméno autora:

Bc. Pavla Šuhájková

16.8. 2010

Abstrakt

Psychohygienu (duševní hygiena) je obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí. Je to systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužící k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví. Pomáhající profese jsou bezesporu všeobecně považovány za velmi náročné. Na pracovníky jsou kladeny vysoké nároky, vždy musí být připraveni pomáhat druhým s jejich problémy a těžkými životními situacemi, proto je pro udržení duševní rovnováhy těchto pracovníků dodržování zásad psychohygieny velice důležité.

Cílem diplomové práce je zjistit, jak pomáhající pracovníci subjektivně hodnotí svou pracovní zátěž, zda vědí, jakým způsobem čelit této zátěži, a zjistit konkrétně, jakými prostředky psychohygieny se se zátěží plynoucí z jejich povolání vyrovnávají. Před samotným výzkumem byly stanoveny 3 hypotézy: H1: Pracovníci pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby v pelhřimovském regionu si uvědomují míru svého pracovního zatížení, H2: Pracovníci pomáhajících profesí jsou seznámeni s možnostmi, jak se vyrovnat s pracovní zátěží, H 3: Pracovníci pomáhajících profesí eliminují svou pracovní zátěž pomocí aktivních i pasivních prostředků psychohygieny.

Pro zpracování výzkumné části diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum, metodou sběru dat bylo dotazování, technikou byl zvolen dotazník. Výzkum byl realizován ve všech 16 zařízeních poskytujících sociální služby v regionu Pelhřimov. Výzkumný vzorek tvořilo celkem 224 zaměstnanců v pomáhajících profesích z těchto zařízení.

Výzkum potvrdil všechny předpokládané hypotézy.

Výsledky výzkumu mohou být k dispozici vedoucím pracovníkům zařízení poskytujících sociální služby jako podnět k aktivnímu přístupu k řešení dané problematiky. Dále by práce mohla posloužit jako zdroj důležitých informací k tématice duševní hygieny jak samotným pracovníkům pomáhajících profesí, tak i všem těm, kteří mají o tuto problematiku hlubší zájem.

Abstract

Mental hygiene is the discipline that deals with developing and maintaining mental health and preventing mental disorders and illnesses. It is a system of scientifically elaborated measures and instructions that help maintain, improve and restore mental health. Assistant branches and sciences are generally and undoubtedly regarded as very demanding. The staff must meet high demands and be ready at all times to help others sort out their problems and difficult life situation. To keep their mental balance, these staff members should follow the principles of mental hygiene.

The target of the diploma thesis at hand is to find out how an assistant employee subjectively assesses his or her workload and if they know how to tackle it. The thesis also aims at exploring particular measures of mental hygiene through which the staff cope with the workload arising from their work. Before the survey was carried out, three hypotheses were formulated: H1: The employees in assistant positions in facilities providing social services in Pelhřimov region are aware of the degree of their workload, H2: The employees in assistant positions are informed about how to deal with workload, H3: The employees in assistant positions eliminate the workload through active and passive elements of mental hygiene.

To complete the research part of the thesis, the quantitative survey employed questioning as the method of data collection using questionnaires as the technique. The survey was carried out in all 16 facilities providing social services in Pehřimov region. The research sample consisted of 224 employees in assistant positions in the said facilities.

The research confirmed all formulated hypotheses.

The research result can be made available to managements of facilities providing social services in order to serve as a stimulus for finding a more active approach to solving the issue at hand. Furthermore, the thesis might serve as a source of important data related to mental hygiene that may be distributed to all staff in assistant positions as well as to those who are interested in this topic.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Psychohygiena zaměstnanců pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov vypracovala samostatně s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 16.8. 2010

.....
podpis studenta

Poděkování:

Na tomto místě bych chtěla poděkovat svému vedoucímu diplomové práce, panu Doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, PhD., za vstřícný přístup, odbornou pomoc a cenné rady při zpracování této práce. Děkuji také pracovníkům v pomáhajících profesích za jejich ochotu a spolupráci.

Obsah:

ÚVOD.....	8
1. SOUČASNÝ STAV.....	10
1.1 Psychohygienu.....	10
1.1.1 Komu je psychohygienu určena?	11
1.1.2 Základní pojmy psychohygieny.....	12
1.1.2.1 Zdraví.....	12
1.1.2.2 Duševní zdraví.....	12
1.1.2.3 Adaptace.....	14
1.1.3 Význam psychohygieny.....	14
1.2 Zásady psychohygieny.....	15
1.2.1 Spánek.....	16
1.2.2 Odpočinek.....	17
1.2.3 Výživa.....	18
1.2.4 Pohyb.....	20
1.2.5 Hospodaření s časem.....	21
1.2.6 Mezilidské vztahy.....	22
1.2.7 Relaxační a meditační techniky.....	24
1.2.8 Sebevýchova	27
1.3 Zátěž a stres.....	29
1.3.1 Psychická zátěž.....	30
1.3.1.1 Zdroje psychické zátěže.....	31
1.3.1.2 Psychická zátěž v práci.....	31
1.3.2 Frustrace, konflikt	32
1.3.3 Stres.....	33
1.3.3.1 Stresory.....	35
1.3.3.2 Stresová reakce.....	36
1.3.3.3 Příznaky stresu.....	37
1.3.3.4 Zvládání stresu.....	37

1.4 Pomáhající profese	39
1.4.1 Předpoklady a dovednosti k výkonu pomáhajících profesí.....	39
1.4.2 Moc v pomáhajících profesích.....	41
1.4.3 Syndrom pomocníka.....	42
1.4.4 Syndrom vyhoření.....	43
1.4.4.1 Projevy syndromu vyhoření.....	44
1.4.4.2 Prevence syndromu vyhoření.....	45
1.4.5 Supervize.....	47
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	49
2.1 Cíle práce.....	49
2.2 Hypotézy.....	49
3. METODIKA PRÁCE	50
3.1 Metoda výzkumu.....	50
3.1.1 Charakteristika dotazníku.....	50
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	51
4. VÝSLEDKY	52
5. DISKUSE	86
6. ZÁVĚR	96
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	98
8. KLÍČOVÁ SLOVA	104
9. PŘÍLOHY	105

Úvod

„Život se skládá z každodenních drobných jevů. Každý den své zdraví buď stavíme, nebo bouráme vlastníma rukama. Často vydáváme víc, než přijímáme, místo toho, abychom něco uspořili a z uspořené mohli dále a lépe stavět.“

Daniel Bartko

Pracovníci v pomáhajících profesích mají velmi zajímavé zaměstnání. Většinu svého pracovního času tráví s lidmi, pro které pracují. Řekla bych, že jejich profese je pokládána více za poslání než za klasické povolání. Většina z nich si ji vybrala s dobrou vůlí udělat něco pro druhé. Uspokojení jim přináší potěšení z dobře vykonané práce než finanční ocenění, které je většinou nižší než v jiných oborech.

I když pomoc poskytující jedinci vykonávají své povolání s nadšením, tato skutečnost však nestačí dostatečně dlouhou dobu kompenzovat zátěž plynoucí z jejich práce. Mállokdy tyto pracovníky v obrovském zápalu napadne, že by právě na ně mohla čekat nebezpečná past zvaná syndrom vyhoření. Jeho zvládnání je těžké a o to důležitější je prevence.

Pro každého je velice přínosné vytvořit si ten správný systém zvládnání problémů každodenního života, který bude vyhovovat právě nám, abychom každý den zvládli s co nejmenší újmou na duši i na těle. Dobré rodinné a přátelské vztahy pomáhají vytvořit si spolehlivou síť podpory kolem sebe, tělesné cvičení pomáhá zahánět i duševní chmury, orientace na umění harmonizuje psychický život... To vše a mnohem více v sobě zahrnuje psychohygienu.

Toto téma diplomové práce jsem si zvolila právě proto, že i já v budoucnu budu vykonávat jednu z pomáhajících profesí. Bude tedy v mém vlastním zájmu zajímat se o udržení své psychické rovnováhy a pohody.

Teoretická část bude zaměřena na definování psychohygieny jakožto oboru zabývajícího se udržením, prohloubením a znovuzískáním duševního zdraví, jejich zásad, pravidel a rad. Pokusí se zdůraznit nepostradatelnost psychohygieny při výkonu pomáhajících profesí v případě pracovní zátěže a jako prevence syndromu vyhoření.

Výzkum, který povede ke zpracování této práce, bude realizován ve všech zařízeních poskytujících sociální služby v pelhřimovském regionu. Výzkumné šetření by mělo vést ke zjištění, jak pomáhající pracovníci subjektivně hodnotí svou pracovní zátěž, zda vědí, jakým způsobem čelit této zátěži, a k zjištění konkrétních prostředků psychohygieny, kterou se vyrovnávají se zátěží plynoucí z jejich povolání.

1. Současný stav

1.1 Psychohygienu

Psychohygienu (duševní či mentální hygiena) je definována jako obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí. Pomáhá k tomu soubor opatření, postupů a poznatků o způsobu života a chování, které umožňují zachovat si a udržet psychické (psychosomatické) zdraví. (Hartl, Hartlová, 2000).

Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Zaměřuje se na možnosti autoregulace jedince, působení na sebe sama a na aktivní přetváření svého prostředí (Míček, 1984). Tato Míčková definice je v souladu s řadou dalších definic, které zdůrazňují zaměření psychohygieny na vytváření optimálních podmínek pro duševní činnost, udržení duševního zdraví, upevnění duševní zdatnosti, posílení odolnosti vůči negativním vlivům, které ovlivňují náš duševní život, na otázky prevence duševních poruch apod. (Křivohlavý, 2003).

Problematika psychohygieny vychází z přesvědčení, že je možné a nutné, aby jedinec svým individuálním úsilím podstatně zdokonalil svůj osobní život, aby si udržel duševní zdraví, jehož znakem je to, co lze nazvat spokojeností nebo dokonce štěstím (Míček, 1988).

Termín „hygienu“ je dnes běžný a dobře srozumitelný pojem a má úzký vztah ke zdraví, především k prevenci nemocí (Křivohlavý, 2003). Pojem hygiena pochází z řečtiny a je definován jako soubor poznatků a metodických postupů zaměřených na udržení zdraví. V důsledku požadavků a potřeb praxe se však ukázalo, že je velmi důležité zabývat se otázkami duševního zdraví. Proto se postupně vedle hygieny rozvíjela duševní hygiena, která dosahuje obdobného cíle v oblasti duševního života člověka (Bedrnová a kol., 1999).

Počátky zabývání se psychohygienou mají dlouhou historii, jsou spjaty již se starověkem. Myšlenky uchování duševního zdraví se zde objevují ve spisech filozofických, lékařských i ve společenských normách (Bedrnová a kol., 1999). Pojem

„duševní hygiena“ se podařilo prosadit Cliffordu W. Beersovi na začátku 20. století. (Míček, 1984). Postupně pak byly zakládány různé organizace věnující se duševní hygieně (např. Světová federace duševního zdraví – WFMH – World Federation for Mental Health). Mnoho autorů se zabývá touto problematikou z nejrůznějších úhlů pohledu, z našich autorů je to např. Haškovec, Brandejs, Vondráček, Hádlík, Bartko, Míček atd. (Kohoutek, Melichárková, 2008).

Psychohygiena je disciplína stojící na rozhraní věd lékařských, psychologických a sociálních (Míček, 1984). Lze ji považovat za předmět interdisciplinární a respektovat to, že vychází z poznatků řady vědních oborů (Bedrnová a kol., 1999). Psychohygiena má velmi blízko k obecné psychologii, úzce souvisí s pedagogickou a vývojovou psychologií a zejména s klinickou psychologií. Velmi těsně je duševní hygiena spjata s psychoterapií. Je však zaměřena spíše na profylaxi a zabývá se problematikou upevňování relativně dobrého duševního zdraví, kdežto psychoterapie se více věnuje poruchám již existujícím (Míček, 1984). Taktéž uvádí Kratochvíl (2006): „Psychohygiena přináší souhrn poznatků a zásad, které jsou potřebné pro ochranu před duševním onemocněním, případně pro ochranu před jejich recidivami, a v pozitivním smyslu vedou ke zvýšení výkonnosti a k pocitu životního štěstí.“

Pojem duševní hygiena můžeme chápat v užším nebo širším slova smyslu a zdůrazňovat tak v ní více fyziologické, či naopak psychologické až filozofické souvislosti (Bedrnová a kol., 1999). V užším slova smyslu se psychohygienou rozumí boj proti výskytu duševních nemocí, v širším pak péče o umožnění optimálního fungování duševní činnosti (Křivohlavý, 2003).

1.1.1 Komu je psychohygiena určena?

Často se polemizuje o tom, kdo se má psychohygienou zabývat, komu je určena. Proto je důležité zdůraznit, že je to problém i zájem všech lidí a měl by se jí tedy zabývat svým způsobem každý (Bartko, 1976).

Dle Míčka (1984) je duševní hygiena určena v první řadě duševně zdravým lidem, kterým se dodržování zásad jejich zdraví dále upevní, posílí a zkvalitní se jejich životní adaptace. Dále je psychohygiena určena těm, kdo jsou na hranici zdraví a nemoci.

Projevuje se u nich častějšími a vážnějšími příznaky narušení duševní rovnováhy. Znalost duševní hygieny a dodržování jejích zásad má tedy pro ně zvlášť velký význam. Umožní jim lépe poznat sama sebe, odhalit příčiny začínajících poruch a znovu posílit jejich duševní zdraví. V neposlední řadě se duševní hygiena věnuje lidem nemocným. Pouhá psychohygieny samozřejmě obvykle nestačí a je třeba zkušeného lékaře. Přesto však dodržování jejích zásad může někdy zkrátit dobu léčení.

1.1.2 Základní pojmy psychohygieny

1.1.2.1 Zdraví

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze absence nemoci. Tato skutečnost zdůrazňuje důležité aspekty duševního zdraví (WHO, 2010a).

Zdraví (latinsky salus) je pojmem, k němuž lze vztahovat řadu úrovní různých obsahů, od zcela abstraktních po zcela konkrétní vztahující se ke zdravotnímu stavu člověka v určité situaci. Ve všech lidských kulturách bylo a je zdraví kladeno na přední místo v hierarchii hodnot, neboť umožňuje naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti a štěstí i uplatnění ve společnosti (Kebza, 2005).

Kebza (2005) také uvádí, že zdraví je vždy výsledkem interakce člověka s prostředím, v němž člověk žije. Významnou roli v této interakci sehrává životní styl, který je řazen mezi klíčové determinanty zdraví. Hlavní dimenze životního stylu, jako je výživa, fyzická aktivita, práce, sexuální aktivita, duševní pohoda, vztahy k okolí, způsob a kvalita zvládání zátěže a stresu či závislosti, zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu člověka.

1.1.2.2 Duševní zdraví

Duševní zdraví Míček (1984) označuje jako základní pojem duševní hygieny a uvádí, že je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad psychohygieny. Duševní zdraví každého člověka je proces, který není trvale na stejné úrovni. Člověk se jednou stává zdravějším, jindy naopak zase svou vyrovnanost ztrácí (Míček, 1984).

Míček (1988) rozlišuje dvě základní pojetí duševního zdraví. Užší pojetí ztotožňuje duševní zdraví s nepřítomností příznaků duševní nemoci, nerovnováhy a poruch adaptace, respektive s nepřítomností stresu. Jednou z výhod tohoto pojetí je možnost přesného měření odchylky od normálu. Naproti tomu pak širší pojetí duševního zdraví nezdůrazňuje nepřítomnost poruch, ale naopak se snaží popsat projevy optimálního duševního zdraví.

Světová zdravotnická organizace definuje duševní zdraví jako stav, v němž si každý jedinec uvědomuje vlastní potenciál, je schopen se vyrovnat s běžnými stresy života, produktivně pracovat a být prospěšný své komunitě (WHO, 2010b).

M. Jahodová, kterou cituje Míček (1984), navrhuje šest základních kritérií duševního zdraví:

- 1) *Postoj vůči sobě samému*, tj. uvědomování si své minulosti, přítomnosti i budoucnosti s tím, co jsem, co dělám, co budu dělat a čeho jsem schopen. Čím objektivněji a realističtěji někdo vidí sám sebe, tím pevnější je jeho duševní zdraví.
- 2) *Růst, vývoj a sebeuskutečňování*. Toto kritérium je založeno na myšlence, že organismus směřuje k uskutečňování svých možností. Čím více je dle Maslowa tzv. motivů růstu týkajících se uznání druhými a seberealizace, tím lepší je duševní zdraví.
- 3) *Integrace (celistvost osobnosti)*. Toto kritérium předpokládá rovnováhu psychických sil člověka.
- 4) *Autonomie, nezávislost a sebeurčení*.
- 5) *Adekvátní percepce reality*. Duševně zdravý člověk správně vnímá své okolí, vidí svět reálně, objektivně a nezávisle na svých přáních.
- 6) *Zvládnutí svého prostředí*. Toto kritérium se projevuje například ve schopnosti mít rád, adekvátnosti v lásce, v práci, v mezilidských vztazích, ve zvládnutí situací vznikajících v prostředí a jejich řešení atd.

1.1.2.3 Adaptace

V oblasti duševní hygieny je procesu adaptace věnováno mnoho pozornosti. Adaptace je proces, v němž se osobnost jedince přizpůsobuje měnícím se podmínkám svého vnějšího prostředí a svého vnitřního, subjektivního světa (Míček, 1984).

Adaptací rozumíme hlavně zvládání problémů, které život před člověka staví. Adaptace se však týká i adaptování, tj. úpravy prostředí, ve kterém člověk žije. (Křivohlavý, 2003). Důležitá je například úprava podmínek pracovního prostředí (správné osvětlení, barvy, boj proti hluku, vhodná teplota, vlhkost, cirkulace vzduchu atp.) (Míček, 1984).

1.1.3 Význam psychohygieny

Psychohygieny má velký význam v prevenci somatických a psychických nemocí. Duševně zdravý a vyrovnaný člověk většinou bývá odolnější proti somatickým chorobám. Duševní zdraví do značné míry ovlivňuje i zdraví tělesné. Počet somatických nemocí způsobených primárně poruchou duševní rovnováhy stoupá (Míček, 1984). Proto upevnění duševního zdraví mnohdy znamená upevnění zdraví tělesného (Míček, 1988).

Další důvody zájmu o duševní hygienu jsou důvody sociální. Pevné duševní zdraví má pozitivní vliv na sociální vztahy a okolí. Lidé s narušenou duševní rovnováhou vnášejí často do svých mezilidských vztahů zvýšené množství konfliktů, bývají podráždění, úzkostliví, přecitlivělí. To vše má negativní vliv na jejich sociální vztahy a často to hraje svou roli ve zvyšujícím se počtu rozvodů (Míček, 1984).

Neméně důležitá je nutnost udržení si duševního zdraví v oblasti ekonomické. Subjektivní faktory často ovlivňují náš pracovní výkon - dobrá nálada, přiměřené sebevědomí, důvěra ve vlastní síly pracovní výkon zvyšují. Proto kvalita pracovního výkonu velmi těsně souvisí s duševní rovnováhou. Vlivem subjektivních potíží se pracovní výkon podstatně zhorší (Míček, 1988). Vyrovnaný člověk se dovede koncentrovat při práci a uvolnit při odpočinku, zatímco nevyrovnaný dělá oboje polovičatě a pracuje neefektivně. Nejvíce je to patrné u pomáhajících profesí, jejichž základem práce je jednání s lidmi (Míček, 1984).

Posledním důvodem pro duševní hygienu je subjektivní spokojenost vyrovnaného člověka a naopak nespokojenost člověka nevyrovnaného. Nevyrovnaný člověk má často sklón prožívat velká citová napětí, neprožívá svůj život naplno a jeho nevyrovnanost ho vzdaluje od štěstí a spokojenosti (Míček, 1984).

1.2 Zásady psychohygieny

O duševní hygieně a o jejích všeobecně známých zásadách se mluví hodně. Přesto je jisté, že znovu říkat totéž není zbytečné. Mnoho lidí totiž zásady zdravého duševního života snad i zná, ale často je podceňuje, nechová se podle nich nebo nedovede dostatečně ocenit jejich přínos pro duševní zdraví (Bartko, 1976).

Z výše uvedeného vyplývá, že problematika psychohygieny vychází z přesvědčení, že je možné a nutné, aby jedinec svým individuálním úsilím podstatně zdokonalil svůj osobní život, aby si udržel duševní zdraví, jehož znakem je to, co lze nazvat spokojeností nebo dokonce štěstím (Míček, 1988).

Udržet si duševní zdraví je podle Bartka (1976) víc než jen profylaxe (tj. konkrétní ochrana disponovaných jedinců před onemocněním), víc než jen prevence (tj. odstraňování škodlivých faktorů, které by mohly negativně působit i na zdravého jedince), jde o takovou úpravu životních podmínek člověka, která by vedla k jeho spokojenosti.

Míček (1984) však upozorňuje na to, že není v silách psychohygieny ani jakékoli jiné psychologické vědy, aby přivedla člověka ke štěstí, může ale ukázat chyby, podat několik zásadních rad, jejichž respektování se vyplácí. Jistě nelze využít všech dobrých rad a zkušeností, které duševní hygiena poskytuje. Vždy je však třeba praktikovat to, co je v dané situaci vhodné a možné.

Intenzitu zvládnutí jednotlivých pravidel psychohygieny v každodenním životě je možné vymežit ve čtyřech stupních:

- 1) Znalost pravidel duševní hygieny je nezbytným předpokladem k jejich správnému zvládnutí, ale sama o sobě zdaleka nestačí.
- 2) Promyšlení těchto pravidel, zamyšlení se nad možnostmi jejich aplikace.
- 3) Praktické provádění pravidel.

4) Ztotožnění se s určitými pravidly. Člověk si na ně navykne jako na přirozený způsob jednání, které si v každodenním životě osvojil, a pokládá jejich dodržování za svůj vlastní způsob života (Míček, 1984).

Mezi základní zásady či prostředky psychohygieny lze zařadit:

1.2.1 Spánek

Spánek lze charakterizovat jako stav snížené mentální a pohybové aktivity, který slouží k obnově fyzických a psychických sil (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004). Potřeba spánku je velmi individuální a závisí obvykle na celkové fyzické konstituci jedince, jeho zdravotním a psychickém stavu. Nelze tedy říci, jaká střední délka spánku je pro koho dobrá (Bedrnová a kol., 1999). Každý člověk, ať už spí hodně nebo „normálně“, má potřebu spánku. Je to biologická potřeba, která musí být uspokojena. Nedostatečně vyspalý člověk se snadno unaví, jeho pracovní schopnost klesá, mívá špatnou náladu atd. (Bartko, 1976).

Problémy se spánkem mnozí řeší nejčastěji konzumací nejrůznějších hypnotik místo toho, aby se zaměřili na to, co je způsobilo. Vhodnější a účinnější přitom bývá, zabývá-li se člověk s poruchami spánku pozorně svou životní situací a snaží-li se ji řešit komplexněji. Pokud poruchy spánku mají charakter situační, pak obvykle postačují změny životosprávy a dostatečná spánková hygiena (Bedrnová a kol., 1999).

Před spánkem je potřebné uvolnění od všech starostí, netrápit se obavami a nezabývat se těsně před spánkem namáhavou duševní činností, protože tak riskujeme, že se jí budeme zabývat i ve spánku (Míček, 1984). Pro kvalitní spánek je dále důležité zajistit si klidné prostředí, mít pohodlnou a kvalitní postel, jíst naposledy 2-3 hodiny před usínáním a pokud možno lehce stravitelnou stravu, vyloučit těsně před spaním kofein, alkohol, kořeněné jídlo, vyhnout se pospávání během dne, využívat svou postel pouze pro spánek a nikoli pro práci, nezůstávat v posteli moc dlouho atd. (Praško, Espa-Červená, Závěšická, 2004).

1.2.2 Odpočinek

Každá činnost, kterou dlouhodoběji vykonáváme, s sebou přináší únavu. Únava jako přirozený stav organismu bývá zpravidla avizována pocitem únavy (Bedrnová a kol., 1999). Projevem únavy je pokles tělesné a duševní výkonnosti. Odpočinek pak tyto symptomy únavy odstraňuje, přičemž příznaky zotavení se začínají projevovat již v prvních pěti minutách odpočinku (Nakonečný, 1996).

Obvykle nestačí vymezit si optimální spánkový režim a snažit se ho alespoň rámcově dodržovat. Více je třeba zabývat se časovým obdobím, ve kterém je člověk bdělý. Bdělý stav tvoří dvě třetiny dne a bývá často dělen na čas věnovaný práci a na tzv. volný čas. Toto dělení však není přesné, není v něm zahrnuto časové rozmezí, které člověk věnuje zajištění své existence (čas na partnera, výchovu dětí, domácí práce, základní hygiena, nákupy, doprava, jídlo apod.) a kterým je volný čas dále zkracován (Bedrnová a kol., 1999). Činnosti, které vykonáváme ve volném čase, mají dle Langmeiera a Krejčířové (1998) větší význam z hlediska vývoje osobnosti člověka než pracovní činnost. A ukazuje se, že volba dané činnosti ve volném čase závisí více na osobních vlastnostech člověka než na jeho věku.

Odpočinek je podle Nakonečného (1996) jednou složkou trávení volného času, jehož funkce a formy jsou dnes předmětem mnoha výzkumů. Jeho původní význam byl návrat k sobě samému, což mimo jiné znamená pěstování zálib a zájmů.

Odpočinek dle Bartka (1976) znamená regeneraci pracovní síly. Mnoho lidí ovšem netráví svůj volný čas užitečně, často jdou z práce do práce (např. ženy z práce v zaměstnání do práce v domácnosti), z práce do kavárny nebo klubu, kde dále diskutují o práci, jiní svůj volný čas jednoduše „zabíjejí“.

„Umění,, odpočívat je životně důležité. Odpočinek musí být doprovázen celkovým duševním uklidněním. Při odpočinku je důležité se na něj plně soustředit a nemyslet na to, co všechno nás v zaměstnání čeká. Dále kvalitě odpočinku významně napomáhá změna prostředí (Míček, 1984).

Odpočinek můžeme rozdělit na pasivní a aktivní. Jediným vhodným pasivním odpočinkem je spánek. Nevhodnou formou pasivního odpočinku je například „nicnedělání“ (lelkování či neschopnost se čímkoli zabavit, tzv. nuda) či sledování

televize (Bedrnová a kol., 1999). Aktivní odpočinek se obecně pokládá za účinnější než pasivní (Nakonečný, 1996). Druh vhodného aktivního odpočinku se liší v závislosti na zaměstnání. Nejvhodnější je odpočívat tak, že realizujeme zcela jiné aktivity než ty, které vykonáváme v zaměstnání. Duševně pracující člověk si většinou lépe odpočine při sportu, tělesné či manuální práci, naopak pro fyzicky pracujícího člověka by měl mít aktivní odpočinek podobu např. četby, kulturního vyžití apod. (Bartko, 1976).

Dle délky Míček (1984) rozlišuje odpočinek krátký, během dne, v jednom týdnu a odpočinek po celoroční práci. Krátký asi pětiminutový odpočinek by měl následovat po každé hodině duševní práce. Jeho ideální prožití by mělo obsahovat krátké dechové cvičení, procvičení a duševní uvolnění. Nakonečný (1996) uvádí, že pracovní pauzy slouží jako prevence únavy a více pětiminutových pauz v průběhu pracovní činnosti přináší větší zotavení než jediná dlouhá pauza.

Odpočinek během dne by měl být především v hodinách po obědě a před večerním spánkem. V průběhu týdne by měl být jeden den naprosto vyhrazen odpočinku, jinak se lidé vystavují nebezpečí chronické únavy (Míček, 1984). Proto není náhoda, že po řadu generací naši prarodiče praktikovali jeden z nejdůležitějších způsobů péče o duševní zdraví tím, že „světili“ neděli. V současné době přibývá lidí, kteří den odpočinku v praxi neuznávají, žijí v neustálém stresu. Přibývá tak počet nemocí ze stresu i množství neuróz (Křivohlavý, Pečenková, 2004).

Odpočinek po celoroční práci by měl být absolvován ve větších časových úsecích. Není správné si vybírat dovolenou po kratších časových úsecích (Míček, 1984). Člověk by měl v ideálním případě na dva až tři týdny změnit běžné prostředí, odpoutat se od celoročních problémů a zajistit si tak možnost dostatečného zotavení (Bartko, 1976).

1.2.3 Výživa

Výživa, která z hlediska přísunu energie, stavebních látek a dalších esenciálních živin zabezpečuje fyziologické potřeby organismu, udržuje rovnováhu látkové výměny, imunitu a optimální fyzickou a psychickou aktivitu, se nazývá fyziologická výživa, ale také racionální, správná či zdravá výživa (Beňo, 2003).

Zásady správné výživy:

- příjem energie potravou je optimální tehdy, když se hmotnost těla udržuje na normální hodnotě, tedy BMI je v rozpětí 20-26 kg/m² (Beňo, 2003);
- bílkoviny by v dospělosti měly být především rostlinného původu (luštěniny), z bílkovin živočišného původu je vhodné hlavně bílé maso z ryb, maso drůbeží a králíci; množství červeného masa by mělo být do 80-100 g/den; dále je vhodný vaječný bílek a nízkotučné mléčné výrobky (Beňo, 2003);
- všeobecně je třeba omezovat tuky, především nekonzumovat vepřové sádlo; z rostlinných tuků je vhodný olivový olej, slunečnicový nebo řepkový olej, velmi pozitivní je příjem rybího tuku (Beňo, 2003);
- výrazně omezit příjem cholesterolu, který se nachází v živočišných produktech, hlavně ve vaječném žloutku, vnitřnostech a másle (Beňo, 2003);
- sacharidy je vhodné konzumovat ve formě obilovin (celozrnné produkty a výrobky z tmavé mouky), ovoce, zelenina; je důležité maximálně omezit jednoduché cukry (Beňo, 2003);
- důležitý je dostatečný příjem vlákniny v ovoci, zelenině a celozrnných výrobcích, tj. cca 400-500 g/den syrové nebo vařené zeleniny, 3-4 kusy ovoce v průběhu dne (Beňo, 2003);
- dostatek vitamínů a minerálních látek (Beňo, 2003);
- omezit kuchyňskou sůl, alkohol, kouření (Beňo, 2003);
- při skladování potravin je důležité dodržovat hygienické podmínky chlazení a zamražení; při tepelném zpracování je potřeba využívat vhodnou teplotu a dodržovat časové intervaly (Beňo, 2003);
- frekvence jídla by měla být 4 až 5 jídel denně; je lepší jíst častěji, ale menší porce (Beňo, 2003);
- důležitou složkou správné výživy je kultura stolování, zahrnující hygienické prostředí, optimální časový interval a uvolněnou atmosféru (Beňo, 2003);
- podstatný je také optimální pitný režim, potřeba tekutin je však přísně individuální záležitostí, která je závislá na mnoha vnějších a vnitřních faktorech, tato potřeba se může pohybovat od méně než jednoho litru za den až po několik litrů za den;

nejvhodnějším nápojem je čistá voda (pitná voda z vodovodu, balená kojenecká nebo pramenitá přírodní minerální voda bez oxidu uhličitého) (Kožíšek, 2005).

Správnou výživou lze tedy nejen upevnit svou duševní rovnováhu, ale i zvýšit odolnost proti nejrůznějším infekcím, zlepšit pracovní výkonnost a v neposlední řadě prodloužit svůj život (Míček, 1984).

Nesprávná výživa se podílí na vysoké morbiditě a mortalitě především v 5. a 6. decéniu života (Beňo, 2003). Preferují se živočišné tuky oproti rostlinným, jíme mnoho tučných a moučných jídel, příliš solíme a sladíme a mnoho lidí stále relativně málo konzumuje zeleninu a ovoce (Míček, 1984).

Zásadní chybou při stravování je spěch při požívání potravy, nedostatečné soustředění se na jídlo, málo bohatá nebo vůbec žádná snídaně. Naopak příliš bohatá večeře, která znamená zvýšenou dodávku energie v době, kdy ji tělo nepotřebuje a přispívá tak k tloušťnutí (Míček, 1984).

1.2.4 Pohyb

Podle Míčka (1984) je pohyb ve všech formách nejdůležitějším prvkem autoregulace pro zachování tělesného a duševního zdraví. Nedostatek pohybu představuje především výraznou zátěž pro psychiku, zhoršuje se emoční stav a duševní rovnováha člověka. Také se předpokládá, že nedostatek přiměřeného pohybu přispívá k vytváření podmínek pro vznik řady psychosomatických onemocnění (např. ischemická choroba srdeční).

Řada výzkumů upozorňuje na negativní korelace mezi dobrou fyzickou kondicí a příznaky duševní nerovnováhy a naopak úzké pozitivní vztahy mezi fyzickou zdatností a duševní rovnováhou (Míček, 1984).

Všestranný tělesný pohyb působí na celkový tělesný vývoj, rozvíjí a zlepšují se funkce jednotlivých orgánů, zvyšuje se svalová síla, zdatnost a výkonnost, lépe se odolává únavě a také dochází ke zvýšení produktivity práce v zaměstnání (Bartko, 1976).

Tělesné cvičení různého druhu doplňuje to, čemu v práci ani doma, případně na cestě do práce a z práce, není dána příležitost. Často je pohyb a tělesné cvičení

projevem radosti. Dnes se stále více zdůrazňuje potřeba chůze. Čím sedavější zaměstnání máme, tím více potřebujeme tento druh pohybu (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Obyčejnou procházkou na čerstvém vzduchu se mnohdy rozplyne hněv a lépe se uchovává duševní rovnováha a klid (Bartko, 1976).

Přestože si mnoho lidí uvědomuje důležitost pohybu, neznamená to, že tak činí. Jednostranný, monotónní a zmechanizovaný způsob života s minimem pohybu a tělesné námahy dnes převládá u dospělých, dospívajících, ale už i u dětí (Bartko, 1976). Mnoho lidí pracuje vsedě, což je poloha civilizační a z hlediska fyziologie nevýhodná. Tyto jednostrannosti je nutné kompenzovat zvýšenou pohybovou aktivitou (Míček, 1984).

1.2.5 Hospodaření s časem

V současné době v souvislosti s režimem práce a odpočinku se často hovoří o potřebě tzv. „time managementu“, tedy o potřebě řídit svůj vlastní čas a naučit se s ním optimálně pracovat (Bedrnová a kol., 1999). Hospodaření s časem neboli time management Gruber (2002) definuje jako okruh technik vedoucích k hospodárnému zacházení s časem, jeho efektivnímu využití a z toho plynoucí redukce psychické zátěže.

Den má pro každého objektivně 24 hodin a duševní hygiena nás učí s tímto časem moudře hospodařit (Křivohlavý, Pečenková, 2004). Autoři Křivohlavý a Pečenková (2004) shrnují soubor rad jak dobře vládnout svému času (viz příloha č. 1).

Špatné hospodaření s časem se projevuje různými formami zdržení, opomenutí, spěchu, nesoustředěností nebo pomalostí. Úspěšně využitý čas se skládá ze sledu zvolených cílů zdárně dovedených do konce. Z tohoto pohledu je naprosto nepodstatné, zda se jedná o cíle malé nebo významné, či zda jejich uskutečnění vyžaduje krátký nebo dlouhý čas (Delivré, 2002).

Delivré (2002) rozlišuje čas na „povinný“ čas, o němž nemůžeme rozhodovat vůbec nebo jen málo, a na „náš“ čas, jehož jsme pány. Většinu času mimo práci věnujeme svým soukromým činnostem po večerech, o víkendech, o dovolené. „Náš“ čas v profesionálním životě představuje dobu, v níž máme možnost uspořádat si svou práci, a čím víc ho máme, tím spíš si ho můžeme plánovat. U osob, jimž jejich pracovní

funkce ukládají velké množství „povinných“ hodin, bude umění spočívat ve schopnosti plně využít onoho mála „svého“ času a v nalezení způsobů, jak se v maximální možné míře uvolnit z času „povinného“.

Míček (1984) v souvislosti s hospodařením času poukazuje na negativní působení pocitu časové tísně na zaměstnance. Některým z nich časový stresor dokáže zvýšit výkon, u většiny ale naopak pracovní výkon zhoršuje. Pro negativní působení časové tísně není důležité to, zda jde o skutečný nedostatek času nebo zda se člověk pouze domnívá, že je ohrožen časovou tísní. Pro duševní rovnováhu by tedy bylo ideální, kdyby člověk intenzivní nedostatek času nepocíťoval. To však pro mnoho lidí není reálné, tak je alespoň užitečné snažit se snížit jeho intenzitu.

Abychom získali více volného času, je tedy nutné racionálně využívat toho času, který máme k dispozici. Toho lze dosáhnout například zvýšením pořádku a koncentrace. Pořádek ve věcech umožňuje lepší využití vlastní energie a času. Důležité je bezesporu také střízlivě odhadnout vlastní časové možnosti a nepřibírat nesplnitelné povinnosti. Každý by měl vědět, kolik práce je průměrně schopen udělat za hodinu. Rozumným rozvrhem práce a povinností rovněž ušetříme čas. Neméně důležité je správné posouzení závažnosti úkolů, omezení zbytečností a časových ztrát a pokud možno vytvoření pravidelného denního rytmu (Míček, 1984).

Míru efektivity hospodaření s časem lze zjistit dle testu viz příloha č. 2.

1.2.6 Mezilidské vztahy

Duševní rovnováha každého člověka je obvykle velmi ovlivněna tím, do jaké míry se mu podaří navázat zdravé sociální vztahy se společností, ve které se pohybuje, a vyhnout se případným konfliktům (Míček, 1984). Vztahy lze charakterizovat jako proces, který vzniká, rozvíjí se a zaniká. Člověk je nejen jejich účastníkem, ale i produktem a tvůrcem (Bedrnová a kol. , 1999).

Mezilidské vztahy jsou dle Míčka (1984) dokonce rozhodujícím faktorem pro udržení a rozvoj duševního zdraví. Sociální kontakt s jakýmkoli člověkem může být přínosný pro duševní rovnováhu, která vytváří psychickou pohodu a uvolněnost, ale naopak i zraňující.

V oblasti mezilidských vztahů hraje důležitou roli celkové ovzduší, které vládne v rodinách a na pracovištích (Míček, 1984). Stejně tak Bartko (1976) zdůrazňuje, že zaměstnání a rodina jsou dvě hlavní složky, které se podstatně podílí na duševním zdraví.

Langmeier a Krejčířová (1998) tvrdí, že kromě práce tvoří u většiny lidí život v manželství a v rodině nejdůležitější obsah jejich životního naplnění. Šťastné manželství a rodinný život přispívá rozhodující měrou k osobnímu štěstí a pocitu smysluplnosti. Ale jak uvádí Bedrnová a kol. (1999), z pohledu psychohygieny je třeba si uvědomit, že i v těch nejbližších lidských vztazích se mohou objevit rušivé momenty, které plynou z těsné blízkosti soužití. Jako příklad lze uvést stálé opakování určitých stereotypů, „alergie“ na některá jednání nebo osobní zvyky partnera nebo tzv. ponorková nemoc. Na poruchy přátelských a partnerských vztahů obvykle člověk reaguje rozchodem, v některých případech však může dojít i k použití násilí. Těmto rušivým momentům se lze vyhnout tím, že se člověk bude snažit racionálně přijímat podněty ze svého okolí a efektivně komunikovat.

Z hlediska duševního zdraví jsou dovednosti v oblasti komunikace s druhými lidmi nepostradatelnou součástí výbavy jedince pro vytváření, udržení a rozvoj jeho interpersonálních vztahů. Poněvadž tyto vztahy nejenže uspokojují psychické potřeby zúčastněných osob, ale představují stavební kameny, tzv. sociální opory jedince. Lidé, kteří mají ve svém životě silnou sociální oporu, méně často pociťují stres, lépe se s ním vyrovnávají a mají nejméně příznaků psychického vyhoření (Bedrnová a kol., 1999).

Definice sociální opory dle Křivohlavého (2001) je: „Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci“. Lidmi poskytujícími tuto oporu jsou většinou členové rodiny a spolupracovníci (Křivohlavý, 1994).

1.2.7 Relaxační a meditační techniky

Život člověka moderní doby je charakterizován zvýšeným shonem, neklidem, velkým množstvím podnětů, které je třeba zvládat. U mnoha lidí se vytváří zvýšené napětí, jehož základem je zvýšený tonus svalů (Míček, 1984). Čím více se pak člověk trápí problémy, tím větší je jeho pocit napětí. Psychické napětí vzbuzuje napětí kosterního svalstva a člověk se cítí unaven, i když nepodává žádný velký výkon. Čím více je unaven, tím méně toho stihne, a tak opět zvyšuje své napětí (Capponi, Novák, 1998).

Smyslem relaxačních technik je dosažení lepší psychické pohody prostřednictvím uvolnění. Jelikož mezi tělesným a duševním napětím existuje velmi úzký vztah, podařili se při relaxaci dosáhnout uvolnění těla, přenáší se toto uvolnění i do oblasti psychiky. Zatímco duševního napětí se pomocí vůle není jednoduché zbavit, ovlivnit napětí svalů jde poměrně jednoduše. Z tohoto faktu také vycházejí autoři relaxačních technik – „uvolněte své tělo a uleví se vám i duševně“ (Peterková, 2010).

Slovo relaxace se v běžném jazyce často používá a znamená všelicos. Pokud ho ale používáme jako odborný pojem, podle Nešpora (2008) je to stav psychického a fyzického uvolnění, kdy dochází ke snížení svalového napětí a prokrvení svalů, snížení dechové a tepové frekvence, krevního tlaku, metabolismu, vylučování hormonů nadledvin a štítné žlázy, dále ke snížení kožní galvanické vodivosti a frekvence vln na EEG a zvýšení imunity, hojení a podpoře trávení.

Z tohoto hlediska není práce na zahradě, cvičení nebo sledování televize tou „pravou“ relaxací, i když se při ní člověk odreaguje a prospívá mu. Skutečnou relaxaci je možné navodit za pomoci relaxačních a meditačních technik (Nešpor, 2008)

Relaxace spolu se správným dýcháním patří k nejúčinnějším způsobům neutralizace negativních účinků stresu. V relaxovaném stavu dochází k mnoha tělesným změnám, které svým charakterem představují protipól tělesných změn vyvolaných stresem (Drotárová, Drotárová, 2003).

Postup nácviku každé relaxace začíná již přípravou optimálních podmínek. Vhodné je tiché, nerušené místo, kde je pološero. Důležité je zamezit možnosti

nenadálých zvuků a hlasů. Oděv by měl být pohodlný a volný (Praško, Prašková, Prašková, 2003).

Nešpor (2008) uvádí následující přehled relaxačních a meditačních technik, který z důvodu jejich velkého množství není úplný:

Jógová relaxace

Jóga představuje komplexní systém holistických postupů péče o tělesné a duševní zdraví. Věnuje se všem třem stránkám lidského života - tělu, mysli i duši. Existují různé formy jógy. Nejznámější je systém jógy zvaný hathajóga, též radžajóga (královská jóga), která se skládá s osmi stupňů, jež se věnují oblasti tělesných a dechových cvičení, životosprávě, morálně etickým zásadám a psychologickým aspektům (Drotárová, Drotárová, 2003).

Jacobsonova progresivní relaxace

Autorem metody je psycholog E. Jacobson. Je to metoda založená na systematickém uvolňování kosterního svalstva prostřednictvím rozvoje schopností uvědomovat si a rozlišovat jemné rozdíly v napětí svalů (Drotárová, Drotárová, 2003). Při progresivní relaxaci se postupně prochází jednotlivé svalové skupiny, které se napínají a uvolňují. Napětí svalu by mělo být při nádechu, uvolnění při výdechu. Nejdříve se příslušné svaly pozvolna kontrahují, při tom se soustředíme na pocit napětí a námahy. Svaly jsou v napětí asi pět vteřin, pak následuje pozvolné uvolnění na deset až patnáct vteřin. Tento postup se opakuje postupně se všemi hlavními skupinami svalů celého těla (Praško, Prašková, Prašková, 2003). Při této metodě je důležité uvědomění si kontrastu mezi předcházejícím napětím a následujícím uvolněním (Drotárová, Drotárová, 2003).

Nácvik relaxace by měl být prováděn v tiché místnosti. K dispozici by mělo být pohodlné a dostatečně široké lůžko tak, aby ruce mohly být položeny volně podél těla. Je možné si podložit krční páteř nebo bedra polštářkem. Základní poloha je tedy vleže, ruce podél těla dlaněmi dolů, nohy mírně od sebe (Capponi, Novák, 1998).

Schultzův autogenní trénink

Autogenní trénink (AT) je psychofyziologickou autoregulační metodou, která umožňuje člověku řídit psychické i fyzické funkce, jež nejsou ovlivňovány naší vůlí (Drotárová, Drotárová, 2003). Jejím zakladatelem je německý lékař J. H. Schultz. AT je systematický nácvik zaměřený na rozvoj schopností navodit si pomocí soustředění na určité formulky stav příjemného, hlubokého klidu a uvolnění, který má zotavující vliv na celý organismus (Hašto, 2004).

AT cvičíme o samotě, v tichu vsedě nebo vleže, celé tělo přitom uvolníme, zavřeme oči, zůstaneme pasivní a nehybní, dýcháme volně (Hašto, 2004).

V základním stupni jde postupně o nácvik prožitku tíže, tepla, klidného tepu a volného dechu, vnitřního tepla a chladu na čele (Vojáček, 1988). Při tomto stupni AT dochází k snížení vědomí, vnější svět se vzdaluje, jinak plyne čas, člověk vnímá hlavně příjemné pocity ze svého těla, občas se mohou objevovat barvy a obrazy (Hašto, 2004). Ve středním stupni dochází k praktické aplikaci AT v širším měřítku - k harmonizaci celé osobnosti, k pozitivnímu ovlivňování v oblasti tělesné a duševní, ke zdokonalení schopnosti sebeprožívání apod. Vyšší stupeň pak postupuje k nácviku schopnosti „vnitřně vidět“ své pocity a prožitky, různé vztahy a souvislosti (Vojáček, 1988).

Nácvik autogenního tréninku viz příloha č. 3.

Relaxace pomocí biologické zpětné vazby - biofeedback

Při biofeedbacku dostává člověk bezprostřední a průběžnou informaci o tělesných změnách, které by si jinak nedokázal tak snadno uvědomit (Nešpor, 2008). Princip biofeedbacku neboli biologické zpětné vazby je založen na tom, že sledujeme-li činnost nějakého nevědomého procesu našeho těla a spojíme ji se zrakovým nebo světelným signálem, jsme schopni naučit se ho vědomě ovládat (Drotárová, Drotárová, 2003).

Pomocí přístrojů je možno "vidět" nebo "slyšet" činnost uvnitř organismu. Přístroj například zaznamená zvýšená svalové napětí, kožní galvanickou vodivost, tepovou frekvenci, povrchovou teplotu těla nebo elektrické vlny mozku. Tyto signály pak převede do formy například blikající žárovky nebo aktivovaného bzučáku. Pokud člověk chce relaxovat napjaté svaly, tepovou frekvenci atd., snaží se zpomalit blikání

nebo pípání. Zpětná informace tedy pomáhá člověku ovlivňovat právě tyto tělesné funkce (Runck, 2010).

Meditační techniky

Meditace je charakterizována jako stav mysli, klidu, prohloubené koncentrace a relaxace. Tento stav je vždy spojen s pasivitou vědomého já a komunikace s okolím se zřetelně snižuje nebo je úplně přerušena. Meditace patří k nejstarším způsobům tlumení nežádoucích příznaků stresu (Drotárová, Drotárová, 2003). Dle Harveye (1996) je meditace praktická péče o mysl, kterou neúčinněji praktikují lidé v životě velmi aktivní a kteří chtějí dosáhnout optimálního zdraví a duševní pohody. Doporučuje se medítovat denně, i kdyby to mělo být jen na pár minut.

Před vlastní meditací je důležitá volba pravidelné doby a klidného, příjemného místa. Nedílnou součástí meditace je volba správné pozice, která umožňuje sedět stabilně a pohodlně, s hlavou, krkem a trupem v jedné přímce. Nejčastěji bývají používány různé formy sedu (klasický lotosový sed, pololotos, postoj se zkříženými nohama, sed na stoličce bez opěradla aj.) (Harvey, 1996).

Meditační techniky využívají relaxovaného stavu, v němž člověk jakoby „vypne“ vnější svět a odstraní bariéry mezi vědomím a podvědomím a umožní tak hlubší průnik do sebe sama (Capponi, Novák, 1998).

Drotárová E. a Drotárová L. (2003) mezi meditační techniky zařazují například Bensonovu meditaci, meditaci zaměřenou na dech, meditaci zazen, vizuální meditaci a mnoho dalších.

1.2.8 Sebevýchova

Zásadní úlohu pro upevňování duševního zdraví jedince má úprava zevních podmínek jeho života uvedených výše. Především je to kvalita mezilidských vztahů v jeho rodině, na pracovišti, úprava jeho životosprávy i prostředí, ve kterém se pohybuje. Zevní podmínky života může jedinec zpravidla upravit jen částečně. Naopak úpravu vnitřních podmínek, tj. sebevýchovu, může, respektive měl by, provádět každý sám a záleží jenom na něm, jakých pokroků na této cestě dosáhne (Míček, 1988).

Míček (1988) zahrnuje pod otázku sebevýchovy sebepoznávání, koncentraci pozornosti, autoregulaci myšlení a emocí, autorelaxaci a aktivní zvládání situací.

Vlastní sebevýchova (autoregulace) začíná sebepoznáním, díky němuž si člověk vytváří obraz o sobě samém. Není to snadný proces, ale pro výkon pomáhajícího povolání je mimořádně důležitý (Jankovský, 2003). Sebepoznání činí člověka otevřenějším vůči osobním zkušenostem a zvyšuje jeho ochotu k nápravě a k sebevýchově (Míček, 1988).

Míček (1988) upřesňuje metody sebepoznání a sebehodnocení v následujícím přehledu:

- *Pravidelná registrace vlastního chování a jednání za uplynulý den.* Měla by být prováděná večer nebo ráno následujícího dne. Podstata metody spočívá v tom, že si připomeneme (duchu nebo písemně), co nejdůležitějšího jsme prožili, jak například plníme různé úkoly, které jsme si sami dali (pravidelné cvičení, učení) atd.
- *Pravidelná reflexe* (úvaha a rozbor vlastního jednání) je složitější metodou sebepoznávání. Zde již nejde o prosté konstatování našeho jednání, ale jde o hlubší analýzu příčin, průběhu a následků našeho jednání. Tato metoda je pomůckou, jak objevit vlastní chyby a vyvarovat se jich.
- *Sebepoznávání prostřednictvím druhých lidí.* Důležitým podmínkem k zamyšlení nad sebou samým by měly být i připomínky druhých lidí. Od přátel se dozvíme relativně přesně své chyby, nepřesně však své kladné vlastnosti, mají totiž tendenci nás přechválit. Naši odpůrci naopak přehánějí naše záporné vlastnosti, pokud nám přiznají některé kladné, pak je pravděpodobně máme.
- *Současné sebezpozorování.* Je nejnáročnějším typem sebepoznávání. Je to pozorování sebe sama v právě přítomné situaci - introspekce. Při této metodě jde o to, abychom dovedli pozorovat buď některou z našich somatických funkcí (např. dýchání, svalové napětí), nebo své emoce či myšlení.

Jedinec, který nezná metody sebepoznání, má sklon vidět se nekriticky, v příliš dobrém, nebo naopak příliš špatném světle (Míček, 1988).

1.3 Zátěž a stres

Stres je pojem, který, mimo jiné v důsledku popularizace v médiích, přešel z odborného do obecného jazyka a tento posun přinesl i posun obsahový. Za stres se často označuje jakákoli zátěž a pojmu stres se užívá jako univerzálního pojmu. Proto se v odborných textech proti tomuto trendu objevují vážné výhrady a většina autorů odlišuje zátěž od stresu, neboť oba pojmy vyjadřují odlišný obsah (Kebza, 2005).

Zátěž lze vymezit jako vztah mezi úrovní požadavků na člověka a úrovní jeho možností tyto požadavky zvládnout. Mezi možnosti organismu patří míra schopností, dovedností, vytrénovanosti, očekávání, potřeb člověka, vlastnosti antropometrické (vzrůst, tělesná hmotnost atd.) a vlastnosti tělesných orgánů odolávat fyzikálním, chemickým či biologickým činitelům (Hladký, 2008). Zátěž, kterou je organismus schopen překonat, je považována za stimulující faktor, bez něhož by došlo ke stagnaci organismu (Kebza, 2005).

Hladký (2008) zátěž a stres odlišuje podle povahy vnějších činitelů, které na organismus působí:

- 1) *Biologická zátěž* je tvořena biologickými, chemickými či fyzikálními stresory a stresem se tato zátěž stává tehdy, jsou-li překročeny meze normálního fungování organismu. Projevem biologického stresu je onemocnění. Důsledkem může být smrt.
- 2) *Fyzická zátěž* je vytvářena činností člověka prostřednictvím práce kosterních svalů, kdy se stresem tato zátěž opět stává při překročení hranic možností organismu (vynaložení nadměrné tělesné síly, dlouhé trvání činnosti, úhlové možnosti kloubů apod.). Projevem je bolest nebo vyčerpání.
- 3) *Psychická zátěž* je tvořena komplexní činností člověka, na níž se účastní veškeré psychické procesy, tj. sensorické vnímání, paměť, představy, myšlení, hodnocení, fantazie, emoce, motivace, rozhodování a řešení problémů. Projevem psychického stresu jsou obavy, strach, vztek, nervozita, úzkost, deprese, zmatenost, vyhoření. Důsledkem mohou být chybné výkony a psychosomatická, somatická nebo psychická onemocnění.

1.3.1 Psychická zátěž

Psychickou zátěž lze vymezit jako proces psychického zpracování a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Rozlišují se tři formy psychické zátěže (Štikar a kol., 1996):

- *senzorická zátěž*, která vyplývá z požadavků na činnost smyslových orgánů a jim odpovídajících struktur centrálního nervového systému;
- *mentální zátěž* vyplývá z požadavků na zpracování informací, které kladou nároky na psychické procesy, jako jsou pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování;
- *emoční (psychosociální) zátěž* vyplývá ze situací a požadavků vyvolávajících afektivní odezvu.

V životě se zpravidla setkáváme se situacemi a podmínkami, ve kterých si vystačíme s navyklými schématy myšlení a jednání, které opakovaně používáme ke zvládnání obdobných životních situací a k řešení obvyklých problémů. Čas od času se však v životě každého z nás vyskytnou situace, které nedovedeme běžným, navyklým způsobem řešit. Tyto situace nazýváme náročné, jejich náročnost může být různá (Bedrnová a kol., 1999).

Reálná životní zátěž představuje pro dnešní dobu typické zvyšování složitosti podmínek života, které vyžadují od každého člověka pohotovost, aby byl schopen se s nimi vyrovnat. Míra a kvalita této zátěže má na člověka pozitivní dopad, je impulsem jeho vnitřního rozvoje, impulsem pro posílení flexibility a tvořivosti. Jde zejména o prosté náročné situace, s nimiž si je většina lidí schopna bez problémů poradit (Bedrnová a kol., 1999).

Mezní (limitní) zátěž vzniká tehdy, když vznikne rozpor mezi objektivními požadavky na jedince a jeho předpoklady si s nimi poradit. Člověk se s těmito náročnými podmínkami vyrovnává s větším vynaložením sil a s určitým psychickým vypětím (Bedrnová a kol., 1999).

Extrémní zátěž představuje zvýšení nároků na jedince, které není schopen zvládnout a následně selhává. Jde o situace v běžném životě člověka málo obvyklé, jako jsou války, přírodní katastrofy, dopravní či jiná neštěstí. Většina lidí se do

takovýchto situací v průběhu života naštěstí nedostane. Ti, které podobné situace postihnou, nemají možnost získat předpoklady k jejich zvládnutí, a tak v nich obvykle selhávají (Bedrnová a kol., 1999).

1.3.1.1 Zdroje psychické zátěže

Bedrnová a kol. (1999) uvádí, že za zdroje psychické zátěže bývají považovány především:

- Nepřiměřené úkoly, které jsou jedincem chápány jako příliš náročné. Svou kvalitou nebo kvantitou přesahují fyzické nebo psychické možnosti určitého člověka. Mohou vést k únavě, někdy až k fyzickému či psychickému vyčerpání.
- Problémové situace jsou situace, v nichž se objevilo mnoho nových činitelů, nebo navyklé způsoby řešení se neosvědčily a je třeba najít nové. V tomto případě mají výhodu lidé tvořiví, kteří problémovou situaci chápou jako výzvu nebo příležitost se projevit. Naopak lidé, kterým tvořivost chybí, mají tendenci vidět tyto situace jako neřešitelné.
- Překážky způsobují nemožnost realizovat své aktivity či uspokojit své potřeby. Lze je zvládat útokem, volbou alternativního cíle nebo rezignací (více viz kapitola 1.3.2).
- Konflikty jsou významným zdrojem zátěže. Mohou být vnitřní, tj. rozpory, která má člověk sám se sebou zpravidla v důsledku nejasněných hodnot, postojů či motivů. Vnější konflikty naopak představují střety člověka s jinými lidmi v důsledku rozdílných názorů, způsobů jednání a cílů (více viz kapitola 1.3.2).
- Stres bývá považován za závažný zdroj zátěže, kdy je dosažena nebo překročena hranice možností člověka (více viz kapitola 1.3.3).

1.3.1.2 Psychická zátěž v práci

Psychická zátěž v pracovním prostředí patří mezi velmi sledované a hodnocené faktory práce a pracovních podmínek (Blažková, 2008).

Z hlediska rizikových pracovních podmínek je nejvýznamnějším zdrojem psychické zátěže přetížení množstvím práce, kterým se rozumí situace, kdy množství práce, kterou má člověk vykonat, je vyšší, než je člověk schopen vykonat za čas, který

má k dispozici. Dalším významným zdrojem zátěže je časový tlak. Čas, který má člověk k vykonání určité práce k dispozici, je nedostatečný a tato situace může vést ke stresu (Křivohlavý, 2003).

Rizikovými pracovními podmínkami jsou podle Blažkové (2008) z hlediska psychické zátěže dále vnucené pracovní tempo, monotonie, nároky v oblasti komunikace a kooperace, práce v třisměnném a nepřetržitém pracovním režimu a noční práce, vlivy narušující soustředění (nejčastěji hluk), odpovědnost hmotná a organizační, riziko ohrožení vlastního zdraví a zdraví jiných osob, pracovní podmínky (práce vykonávané na dislokovaných pracovištích, spojené se sociální izolací), šikana, mobbing a další problémy ve vztazích na pracovišti.

Vzájemné vztahy mezi lidmi při práci jsou významným faktorem ovlivňujícím stres na pracovišti. V kladném slova smyslu jsou to např. dobré vzájemné vztahy a sociální opora, v záporném naopak mezilidské konflikty a nedostatek sociální opory (Křivohlavý, 2003).

1.3.2 Frustrace, konflikt

Frustraci, konflikt a stres Nakonečný (1996) označuje jako situace mimořádně náročné, ve kterých se člověk chová zvláštním způsobem.

Frustrace je psychický stav, který vzniká pokud nemůžeme dosáhnout cíle pro nějakou nepřekonatelnou překážku, respektive překážka může ohrozit, oddálit nebo znemožnit uspokojení určité potřeby. Tato překážka může být vnější (tj. fyzická nebo způsobená jednáním jiné osoby) nebo vnitřní (tj. stydlivost, plachost, pocity viny, výčitky svědomí aj.) (Hartl, Hartlová, 2000). Každý člověk má jinou tzv. frustrační toleranci, tedy jinou míru odolnosti vůči frustrující situaci. Vyrovnává se se situací i stavem frustrace pomocí nevědomých mechanismů. Reakce na frustraci může mít podobu například agrese, regrese, fixace nebo rezignace (Nakonečný, 1996).

Pokud zablokování možností uspokojit základní biologické a sociální potřeby trvá delší dobu, tj. týdny, měsíce, roky, dochází k deprivaci (Nakonečný, 1996). Je to taková míra strádání, která může do budoucna zásadním způsobem nepříznivě ovlivnit psychiku, ale i fyzický stav jedince (Bedrnová a kol., 1999).

Důsledky frustrace a její vliv na psychiku jedince vždy závisí na řadě činitelů, především na vlastnostech jeho osobnosti, na významu frustrovaného cíle pro jeho život, na vnějších okolnostech a dalších činitelích. Bezprostřední důsledky frustrace jsou negativní - zklamání, pocity neuspokojení, selhání, narůstající tenze atd. Není-li frustrace zvládnuta, může vést až k poruchám chování. Frustrace může mít ale i pozitivní vliv, protože blokový cíl zvyšuje svoji atraktivitu, a s tím sílí i snaha po jeho dosažení (Nakonečný, 1996).

Zvláštním případem frustrace je konflikt. Je frustrující již tím, že představuje oddálení žádoucí nebo nutné reakce a že uvádí člověka do náročného stavu rozhodování, které může být velice těžké. Po uskutečnění rozhodnutí vyvolává často pocit pochybnosti o jeho správnosti (Nakonečný, 1996).

1.3.3 Stres

Stres vyjadřuje případ mimořádně silné a životně významné frustrace. Jeho význam však není zcela jednotný. Někdy se jím rozumí mimořádně silný podnět, jindy situace, na niž se nelze adaptovat, či frustrace zvláště silné představy (Nakonečný, 1996).

Původní pojetí stresu vypracoval kanadský fyziolog Hans Selye pro charakteristické reakce, jimiž se organismus brání zátěžím různého druhu, jako je vedro, zranění, otravy aj. (Nakonečný, 2004). H. Selye stres koncipoval jako funkční stav nespecifické stereotypní odpovědi na nové nebo náročné podmínky, zahrnující hypertrofii nadledvinek, involuci brzlíku (doprovázenou atrofií lymfatických uzlin a inhibicí zánětové reakce) a pokles cirkulujících eozinofilů (Horvát, 2010).

Definice stresu je mnoho. J. Křivohlavý (1994) různé definice shrnuje a stres interpretuje jako vnitřní stav člověka, který je něčím ohrožován nebo takové ohrožení očekává a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná.

M. Nakonečný (1996) mluví o stresu jako o mimořádně silné a životně významné frustraci. Někdy se jím rozumí mimořádně silný podnět, jindy situace, na niž se nelze adaptovat, či frustrace zvláště silné potřeby. M. Nakonečný (1996) dále cituje autory,

kteří stres definují jako stav organismu, který vzniká, když člověk pozná, že jeho blaho nebo integrita jsou ohroženy a že musí použít všechnu svou energii ke své obraně.

Stres lze rozdělit na eustres a distres. Tam, kde nejde o negativní emocionální zážitek, nemluvíme o stresu, ale o eustresu. Ten nemusí mít škodlivé důsledky, optimální hladina stresu působí jako tvůrčí a motivační síla, která vede lidi k dosahování neuvěřitelných výkonů a cílů (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008). Příkladem eustresu může být situace, kdy se snažíme zvládnout něco, co nám přináší radost, ale zároveň to vyžaduje určitou námahu (Křivohlavý, 2003).

Naproti tomu distres je potenciálně neobyčejně destruktivní a poškozuje psychické a tělesné zdraví a může ohrozit samotný život. Rozumná hladina eustresu zvyšuje výkonnost, zatímco vliv psychosociálního distresu výkon snižuje (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008). Distresem označujeme situaci, kdy dochází k subjektivně prožívanému ohrožení, které je velmi negativně hodnoceno, a zároveň se domníváme, že ke zvládnutí toho, co nás ohrožuje, nemáme dost sil a možností (Křivohlavý, 2003).

Dále lze stres rozdělit dle intenzity stresové reakce na hyperstres, tedy stres přesahující hranice adaptability, schopnosti vyrovnat se s ním, a hypostres, tj. stres nedosahující hranice obvyklých tolerancí stresu, nezvládnutelnosti, ale jeho dlouhodobým působením může dojít ke zvratu (Křivohlavý, 1994).

Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou stresoru či stresorů a schopností danou situaci zvládnout. O stresové situaci pak hovoříme tehdy, když míra této situace je vyšší než schopnost člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní zátěž, která vede k vnitřnímu napětí a ke kritickému narušení homeostázy organismu. Nadlimitní zátěží může být jeden silný stresor, ale i nadhraniční množství běžných každodenních starostí, které pak člověku „přerostou přes hlavu“ (Křivohlavý, 2003).

1.3.3.1 Stresory

Podněty navozující stresovou reakci jsou označovány jako stresory. O stresorech se hovoří jako o negativních faktorech vedoucích k napětí. Opakem stresorů jsou salutory, tedy faktory, které v těžké situaci člověka posilují, dodávají mu sílu a odvalu v boji se stresem (Křivohlavý, 2003).

Rozlišují se stresory fyzické (např. nadměrný hluk nebo teplota prostředí) a psychické (situace vyvolávající žal, nadměrný strach, vztek, trvalý spěch atd.). Zvláštním případem jsou stresory sociální, tj. silné afekty vyvolané v sociální interakci (Nakonečný, 1996). V odborné literatuře se dále stresory rozlišují na vztahové (vážné konflikty s partnerem, dětmi, rodiči atd.), pracovní (konflikty s nadřízeným, pracovní přetížení, časová tíseň nebo nesnesitelné pracovní podmínky), zdravotní (úrazy, onemocnění) a nárokové (nevyhovující bydlení, zaměstnání, dluhy, nedostatek financí aj.) (Nakonečný, 2004).

Bereme-li stres jako nadměrně silný podnět, mohou být stresem i radostné události (Nakonečný, 1996). Význam zásadních změn v životě upřesnila teorie životních událostí, tzv. „Social readjustment rating scale“, kterou v 60. letech vytvořili Holmes a Rahe a která uvádí průměrné hodnoty různých stresorů (viz příloha č. 4) (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).

V. Kebza (2005) uvádí, že z hlediska vlivu na organismus je rozhodující rozložení účinků stresorů v čase a způsob řešení takové situace. Jednorázový, akutní a relativně silný stres, jehož působení je aktivně řešeno s pozitivním výsledkem a následným odpočinkem, většinou nepředstavuje samostatně riziko pro zdraví a navíc může mít posilující vliv, neboť vede k vzestupu tolerance ke stresu. Naproti tomu dlouhodobě působící nezvládaný chronický stres je rizikem pro zdraví člověka vždy.

Jedním z důvodů, proč se zajímat o stres, je to, že stres má negativní dopad na naše zdraví, který je dokázán stovkami studií (Křivohlavý, 1994). J. Křivohlavý (1994) dále hovoří o tzv. „stresové nemoci“, jde o nemoc, při jejímž vzniku se nezanedbatelně uplatňuje i stres. Jsou to především ischemická choroba srdeční, hypertenze, vředová choroba, rakovina a řada dalších nemocí.

Potencionální změny zdravotního stavu však nejsou vyvolány pouze vlivem stresu, svou roli zde hraje například genetická výbava, životní styl, fyzická zdatnost nebo kvalita sociálních vztahů (Kebza, 2005).

1.3.3.2 Stresová reakce

Reakce na stres je statisíce let starý obranný mechanismus mobilizace energie, který má připravit tělo na okamžitou účelovou pohybovou reakci v situaci ohrožení, tj. na útok nebo útěk, aby spotřebovalo nabuzenou energii a stresové reakce odezněly. Tato reakce se v zeslabené formě udržuje dodnes, ale již ztrácí svůj původní význam, jelikož dnešní člověk není primárně ohrožován na životě. Spíše je ohrožena jeho společenská prestiž a společenská existenční jistota (Nakonečný, 1996). Současné stresové situace zpravidla nelze řešit výdejem fyzické energie. Stresové reakce se proto neodreagují, chemické látky nejsou spotřebovány, potlačené emoce (strach, zlost, úzkost, napětí) přetrvávají a hromadí se. To vše vede k ohrožení fyzického i duševního zdraví (Drotárová, Drotárová, 2003).

Fáze reakce na stres (Nakonečný, 2004):

- 1) *Poplachová reakce*: organismus mobilizuje energii prostřednictvím aktivace sympatiku, který vyplaví glukózu do krve, tlumí činnost trávicího systému, aktivuje činnost srdce, přivádí energii do kosterních svalů, zrychluje dýchání; člověk má pocit neklidu, strachu nebo úzkosti;
- 2) *Všeobecný adaptační syndrom*: následuje po vyčerpání předchozí fáze jako odpověď na pokračující působení stresoru a jako celková aktivace organismu; v psychické rovině setrvávají a zintenzivňují se negativní emoce;
- 3) *Vyčerpání rezerv*: pokud se nepodařilo stresovou situaci zvládnout, dochází ke zhroucení adaptačních mechanismů a k psychosomatickým důsledkům z nahromaděné energie a stresových hormonů; psychický stav je charakterizován trvalým vnitřním napětím a depresemi.

1.3.3.3 Příznaky stresu

Fyziologické příznaky jsou bušení srdce, vnímání zrychlené, intenzivnější, často nepravidelné činnosti srdce, bolest a svírání na hrudi, nechutenství, plynatost, pocit tlaku v břiše, průjmy nebo naopak zácpy, časté nucení na močení, bolesti hlavy, bolesti břicha, bolesti zad, nepříjemné pocity v krku, snížení sexuální touhy, nepravidelný menstruační cyklus, nadměrné pocení, třes apod. (Křivohlavý, 1994).

Emocionálními příznaky stresu jsou prudké změny nálad, emocionální labilita, nepřírozený smích, ustaranost, pocity méněcennosti, nadměrné pocity únavy, celková slabost, zvýšená podrážděnost, agresivita, úzkost, pocit beznaděje, noční můry a další (Křivohlavý, 1994).

Behaviorální příznaky stresu jsou zvýšená absence v práci, zvýšená nemocnost, pomalé uzdravování, nerozhodnost, zhoršená kvalita a efektivita práce, snaha vyhnout se úkolům a odpovědnosti, zvýšená konzumace alkoholu a jiných drog, ztráta chuti k jídlu nebo naopak přejídání, problémy s usínáním, noční bdění, nadměrná pohyblivost a gestikulace atd. (Křivohlavý, 1994).

1.3.3.4 Zvládání stresu

Samostatnou kapitolou ve výzkumu stresu a jeho důsledků pro zdraví je zvládání stresu neboli coping (Kebza, 2005). Coping je definován jako způsoby nebo strategie zvládání zátěží či vyrovnávání se s nimi, obranné techniky a mechanismy (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008). V dnešní literatuře lze nalézt mnoho způsobů zvládání a způsobů jejich klasifikace. Obecně se však tyto postupy vesměs shodují na tom, že je důležité, aby nedocházelo k potlačení a popírání stresu, ale aby jeho podstata byla vhodnými postupy řešena (Kebza, 2005).

Dle J. Křivohlavého (1994) jsou možnosti řešení stresové situace dvojí. Prvními jsou možnosti změny na straně zátěže, které lze rozdělit do dvou oblastí - možnosti změny „objektivního stavu světa“ (ubrat ze zátěže, něco zkrátit, přesunout nějaké úkoly na druhého, spolupracovat s dalšími lidmi) a „subjektivního stavu světa“ (brát věci klidně, bez dramatického zveličování). Druhými jsou možnosti na straně zdrojů sil a možností obrany, mezi které lze zařadit například zbavení se falešných představ, že

existují lidé či věci, kteří vyřeší naši těžkou situaci, zlepšení informovanosti o tom, jaké máme zbraně a jaká je jejich účinnost, zlepšení dovednosti boje s těžkostmi, změna životního stylu, upevňování mezilidských vtaů, budování sociální opory atp.

V. Kebza (2005) rozděluje postupy zvládání stresu orientované na problém a postupy orientovanými na prožitky související se stresovou situací, zvláště pak na zvládnutí emocí. Dále lze rozlišit ještě třetí skupinu strategií zvládání zvanou vyhýbavé zvládání, které obsahují činnosti zaměřené na vyhýbání se stresové situaci cestou odvrácení pozornosti nebo rozptýlení.

Mezi způsoby, jak čelit stresovým vlivům, řadíme též obranné mechanismy, které působí mimo vědomou kontrolu a jejich smyslem je zabránit úzkosti (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008). Obranné mechanismy jsou obecně považovány spíše za náhradní, neplnohodnotný způsob zvládání stresu, jelikož při nich nedochází k řešení situace, ale spíše o jeho vykonstruovanou náhradu realizovanou často na nevědomé úrovni (Kebza, 2005). Křivohlavý (1994) hovoří o tom, že účelem obranných mechanismů je dosažení iluzivního zvládnutí ohrožující situace ve chvíli, když se její reálné řešení zdá dané osobě jako nemožné.

Obrannými mechanismy jsou: represe (vytěsnění z vědomí), regrese (ústup, z vývojového hlediska krok zpátky), inverze (převrácené chování), vytvoření opačného vzoru chování, popírání nepříznivého faktu, odčinění chyby, introjekce (promítání starostí druhých lidí do vlastního nitra), racionalizace (hledání moudrých důvodů pro nemoudré věci), sublimace (povznášení, dodávání důstojnosti), sebeobviňování, obviňování druhých lidí, identifikace (ztotožnění se s druhým člověkem), projekce (promítnutí vlastních záměrů do druhých osob) (Křivohlavý, 1994).

1.4 Pomáhající profese

Většina povolání určitým způsobem slouží blahu a prospěchu ostatních lidí, ale činnost pomáhajících profesí zahrnuje speciální přímé výkony pomoci, které jsou určeny především lidem nešťastným, nemocným nebo těm, kteří ztratili orientaci (Guggenbühl-Craig, 2007).

Pomáhání je chápáno jako postupy, jimiž je lidem usnadňováno zvládnutí náročných životních situací (Matoušek, 2003). Matoušek a Hartl (2003) rozlišují pomáhání dle typu zaměřené pomoci pomáhání. Pomáhání na prvním stupni zahrnuje schopnost sociálních pracovníků, psychiatrů, psychologů, manželských poradců aj. pomáhat lidem a podporovat zvládnutí jejich sociálních a emočních problémů. Kromě nich existují profese, jako jsou lékaři, učitelé, duchovní, zdravotní sestry, policisté, probační úředníci apod., které často jednají s klienty nacházejícími se v nesnázích nebo zrovna prožívajícími krizi. Tito profesionálové jsou specialisté ve svém oboru, ale rovněž se předpokládá, že budou svým klientům také pomáhat zvládat sociální a emocionální rozměry jejich náročných životních situací, tedy pomáhat jim zvládat krizi holisticky. Tento typ se označuje jako pomáhání na druhém stupni.

O. Matoušek (2003) uvádí, že pomáhající profese jsou profese vznikající v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory a centrem zájmu by měl být klient jako osoba se všemi svými rolemi.

1.4.1 Předpoklady a dovednosti k výkonu pomáhajících profesí

Výkon pomáhajících profesí je spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání a vyžaduje určité osobní dispozice, vzdělání, ochotu přinášet oběti, ryzost charakteru a vědomí odpovědnosti k mravnímu řádu (Jankovský, 2003). Kopřiva (2006) při výkonu pomáhajících profesí považuje též za velmi důležité lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Například pacient potřebuje věřit svému lékaři a cítit jeho osobní zájem, žák si chce vážit svého učitele, klienti chtějí důvěřovat své sociální pracovníci atd. Hlavním nástrojem těchto profesí je jejich osobnost.

Pomáhající pracovník, jak už bylo výše uvedeno, se často setkává s lidmi v nouzi, jejichž postavení je v tomto případě závislé postavení a vyžaduje nejen slušnost, ale

také přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že je pracovník neodsuzuje. Klient vždy vnímá neverbální projevy pracovníka a snaží se vytušit kvalitu jeho prožitků. Tyto projevy vytvářejí atmosféru jejich vzájemného kontaktu, která klienta posiluje nebo naopak sráží (Kopřiva, 2006).

Všechna pomáhající povolání lze s úspěchem vykonávat jedině tehdy, pokud jsou také respektovány určité etické zásady. Některá z pomáhajících povolání mají stanoveny základní požadavky k výkonu své profese v tzv. etickém kodexu (viz příloha č. 5) (Jankovský, 2003).

K. Kopřiva (2006) v souvislosti s etickými zásadami mluví o tom, že žádný etický kodex už neříká, co dělat, když se pomáhajícímu některý z požadavků nedaří naplnit. Kopřiva (2006) jako jedno z řešení navrhuje ještě další zásadu, která nikde není uvedena: „Pomáhající je připraven kdykoli vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný.“

Matoušek a Hartl (2003) shrnují obecné předpoklady a dovednosti pracovníků pomáhajících profesí do čtyř bodů:

- *Zdatnost a inteligence.* Pomáhat druhým je těžká a vysilující práce, vyžadující fyzickou zdatnost, která znamená udržet si fyzickou kondici cvičením a správnou stravou. Důležitá je také inteligence, touha stále zlepšovat své znalosti, číst odbornou literaturu apod. Samozřejmostí je také emoční a sociální inteligence.
- *Přitažlivost.* Pracovník se pro klienta může stát přitažlivým nejen pro svůj fyzický vzhled, ale i pro to, jak se obléká, chová, pro svou odbornost nebo pověst a výsledkem může být spontánní klientova náklonnost k pracovníkovi.
- *Důvěryhodnost.* Složkami, které přispívají k důvěryhodnosti pracovníka, jsou spolehlivost, diskrétnost, využívání moci, porozumění, ale také jako u přitažlivosti pověst nebo fyzický vzhled.
- *Komunikační dovednosti.* Tyto dovednosti sami o sobě neposkytují klientovi pomoc, ale jsou základním prostředkem k navázání vztahu s klientem. Řadíme sem fyzickou přítomnost, naslouchání, empatie, analýzu klientových prožitků.

Aktivní naslouchání znamená udržovat s klientem oční kontakt, dávat najevo svůj zájem o sdělení klienta, neverbálně ho povzbuzovat, verbálně přitakávat, nenarušovat klientovo odmlčení atd. (Hájek, 2006). Cílem aktivního naslouchání je porozumění. Umění naslouchat má tři části - schopnost pozorovat a číst klientovo neverbální chování, umět naslouchat a chápat verbální sdělení klienta, sledovat veškeré projevy klienta (Matoušek, Hartl, 2003).

1.4.2 Moc v pomáhajících profesích

V lidském vztahu stojí jeden subjekt proti druhému a oba si jsou rovni. Guggenbühl-Craig (2007) popisuje moc v lidském vztahu tak, že jeden subjekt se snaží z druhého udělat objekt, který se mu poddává. Subjekt tak může manipulovat s objektem pro dosažení svých cílů. Tato situace zvyšuje vládnoucímu subjektu pocit důležitosti a objekt zbavuje zodpovědnosti.

Moc je v pomáhajících profesích velice důležitá. Klient je z určitého pohledu bezmocný už tím, že něco potřebuje, a pracovník je do jisté míry mocný už tím, že pomáhá, aby málo mocný klient byl mocnější. Moc pracovníka je vymezena zákonnými předpisy, organizačním řádem nebo nepsanými zvyky organizace i celé společnosti a nebo může vznikat uvnitř jednotlivého vztahu mezi klientem a pracovníkem (Kopřiva, 2006).

Mocenská pozice pomáhajícího pracovníka velmi ovlivňuje možnosti a způsoby poskytovat pomoc. Mocenský systém vede k oboustranné manipulaci, přebírá-li pomáhající pracovník zodpovědnost v určitých sférách života za klienta, může ho jednak ochránit před poškozením, ale může ho i zneschopňovat. Celé pomáhání se tak vzdálí svému účelu, kterým je především dosažení rozvoje a samostatnosti klienta (Kopřiva, 2006).

K. Kopřiva (2006) uvádí, že moc pomáhajícího může být například nevládná, neomalená, krutá nebo laskavá. Každý projev moci pracovníka má však svůj protipól v prožívání klientů, kteří se můžou stáhnout z kontaktu, zaujmout postoj uctivé pasivity, sevrou se zlostí a křivdou nebo se naučí prosit o mezilidský kontakt.

1.4.3 Syndrom pomocníka

„Syndrom pomocníka“, „pomáhajících“ nebo také „sociální syndrom“ představuje nebezpečí, kterému jsou vystaveni lidé pracující v pomáhajících profesích. Potřeba pomáhat je u nich nevědomou obranou, která kompenzuje neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby (Schmidbauer, 2008).

Pojem „syndrom pomáhajících“ vytvořil W. Schmidbauer (2000) a pojal ho jako specifickou narcistickou poruchu, jejímž prostřednictvím pracovník v pomáhající profesi většinou nevědomě řeší své rané trauma odmítnutého dítěte, svůj hlad po uznání, po empatickém porozumění a po vzájemnosti. A zdůrazňuje, že tímto syndromem netrpí jen jednotlivci, ale celé instituce zdravotnické, sociální i pedagogické (Schmidbauer, 2000).

W. Schmidbauer (2000) dále uvádí, že základním nástrojem všech pomáhajících profesí je jejich osobnost a přirozeně pak největší nesnáze působí slabá místa této osobnosti, neurotické konflikty nebo hlubší osobnostní poruchy, jež jsou u těchto profesí podstatně častější než v celkové populaci.

Syndrom pomáhajících je posilován tím, že slabost, bezmocnost a přiznání emocionálních problémů je přijímáno a podporováno veřejností pouze u klientů. Zatímco pomáhající pracovník musí vyjadřování svých potřeb a pocitů potlačovat (Matoušek, Hartl, 2003).

Zabývat se syndromem pomocníka má své praktické využití v tom, že můžeme zlepšovat duševní hygienu lidí v pomáhajících profesích (Schmidbauer, 2008). Matoušek a Hartl (2003) tvrdí, že tento sociální syndrom se šíří i vzhledem ke stále se rozšiřujícímu vzdělávání v povoláních, jako je sociální pracovník, psycholog, vychovatel, fyzioterapeut, zdravotní sestra aj. Výcvik by měl být zaměřen nejen na praktické dovednosti a etické normy, ale i na umění zacházet s vlastními potřebami, touhami, úzkostmi a jejich citovou stránkou.

Podle Matouška a Hartla (2003) je jedinou účinnou cestou ke zlepšení této situace pomáhajících profesí dlouhodobý a důkladný výcvik a po celou dobu výkonu profese soustavná a kvalitní supervize.

1.4.4 Syndrom vyhoření

České slovo vyhoření je doslovný překlad anglického „burnout“ (Schmidbauer, 2008). Syndrom vyhoření neboli burnout syndrom je soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku pracovního stresu (Matoušek, Hartl 2003). Především u tzv. angažovaných „pomahačů“ (Jankovský, 2003).

Hawkins a Shohet (2004) uvádějí, že syndrom vyhoření je výsledkem neustálého a opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Vyhoření je pak bolestné zjištění, že člověk již nedokáže pomáhat lidem v nouzi, že už v sobě nemá nic, z čeho by mohl rozdávat.

Burnout syndrom je dnes obecně známý jev, který je charakterizován extrémním vyčerpáním, vnitřní distancí, výrazným poklesem výkonnosti a různých psychosomatických obtížích (Kallwass, 2007). Postupně dochází k celkové stagnaci až rezignaci, člověk je frustrovaný, podrážděný, nedůvěřivý, depresivní, apatický a celkově vyčerpaný (Jankovský, 2003). I. Úlehla (2007) shrnuje, že syndrom vyhoření nastává, když v člověku vyhasne to, co živilo jeho zápal pracovat.

Syndrom vyhoření je proces, který má své fáze a dynamiku. Na počátku bývá nadšení a naděje, které vyplývají z nerealistického pohledu na pomáhající profesie a z nepřiměřených očekávání (Jankovský, 2003). V této fázi je člověk nadměrně angažovaný, pracuje téměř neustále, připadá si nepostradatelný, nepřipouští si negativní pocity, popírá své vlastní potřeby, aby dokonale obstál v roli pomocníka, idealizuje si svou práci a předstírá, že nepotřebuje čas na zotavení (Schmidbauer, 2008). Po počáteční fázi nadšení se dostavuje stagnace, nadšení dohasíná, práce již není tak přitažlivá a člověk upřednostňuje mimopracovní aktivity. Po stagnaci nastupuje fáze frustrace, kdy pomáhající pracovník ztrácí smysl své práce a pomalu se začínají objevovat konflikty na pracovišti i v soukromí. Vyvrcholením frustrace je apatie, která je již reakcí na bezvýchodný stav, kdy je člověk trvale frustrován a nemůže tuto situaci nijak změnit. Ve fázi apatie již člověk dělá jen to, co opravdu musí. Poslední fází, která znamená řešení této situace, je intervence. Podoba intervence může být různá: od změny

vztahu k práci, klientům či okolí až po změnu zaměstnání, bydliště nebo partnera (Jankovský, 2003).

Pomáhající profese, jak už bylo výše uvedeno, jsou profese, kde je člověk dlouhodobě v kontaktu s lidmi v nouzi. Proto jsou to právě tyto profese, v nichž nastává syndrom vyhoření nejčastěji (Úlehla, 2007).

Nelze jednoznačně určit, co k syndromu vyhoření vede, ale v souvislosti s touto poruchou jsou nejčastěji uváděny například konflikty rolí, vztahové konflikty, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchii, nedostatečná podpora ze strany nadřízených, nadměrné množství práce, časová tíseň, příliš vysoká odpovědnost, mobbing na pracovišti atp. Ale ne každá taková vnější zátěž musí nutně vést k syndromu vyhoření, ten se objevuje, když se vnější zátěž dotýká osobně daných mezí fyzických, duševních a duchovních schopností a možností jedince (Kallwass, 2007).

Ke zvyšování pracovního stresu a větší pravděpodobnosti vzniku syndromu vyhoření přispívá velké pracovní nasazení bez ověřování zájmu klientů o tuto intenzitu, velká nejistota, úzkost a současně snaha obstát (Úlehla, 2007).

V procesu vyhoření hraje významnou roli délka zaměstnání. Čím déle je totiž pomáhající pracovník zaměstnán, tím méně mu většinou práce přináší uspokojení (Jankovský, 2003). Podle Matouška a Hartla (2003) se může syndrom vyhoření rozvinout i poměrně rychle od nástupu do zaměstnání, u disponovaných jedinců třeba již za několik týdnů či měsíců.

Jednou z možností zjišťování míry vyhoření je dotazník vypracovaný doktorkou Pinesovou (viz příloha č. 6), který je jednoduchou metodou získání částečně relevantních údajů, jak na tom člověk z hlediska vyhoření je (Jankovský, 2003).

1.4.4.1 Projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření Matoušek a Hartl (2003) charakterizují změnou chování pracovníka, jeho typickým projevem je neangažovaný vztah ke klientovi, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi, lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klienta. Dále je typické, že vyhořelý práci věnuje nutné minimum energie, více se angažuje v mimopracovních aktivitách, upřednostňuje

administrativní činnosti před činnostmi vyžadujícími kontakt s lidmi, klade důraz na pracovní pozici, služební postup, na mzdu a jiné výhody plynoucí ze zaměstnání. Časté jsou také opakované pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno, omezená komunikace s kolegy a někdy i konflikty s nimi.

J. Jankovský (2003) rozlišuje projevy syndromu vyhoření následovně:

- *Tělesné vyčerpání* - projevuje se chronickou únavou, celkovou slabostí, pracovníci často trpí bolestmi hlavy, zad, celkovým vypětím, poruchami spánku, mají narušeny stravovací návyky, jsou náchylnější k nejrůznějším nemocem, úrazům a selhání.
- *Emocionální vyčerpání* - převládají pocity bezmoci, beznaděje, objevuje se podrážděnost, negativní ladění až agresivita vůči lidem i sobě samému, někdy i myšlenky na sebevraždu, typická je i celková labilita;
- *Duševní vyčerpání* - projevuje se negativními postoji k sobě, okolí, k práci, z práce vyhaslého se vytrácí lidský rozměr, dochází k tzv. dehumanizaci, která se projevuje nedostatkem lidskosti při kontaktu s ostatními lidmi.

1.4.4.2 Prevence syndromu vyhoření

Pro výkon pomáhajících profesí je zejména žádoucí umět syndromu vyhoření účinným způsobem předcházet (Jankovský, 2003).

Schmidbauer (2008) popisuje pomocníky, kteří jsou rezistentní vůči vyhoření, jako lidi, kteří dbají na své zdraví, zajímají se o svou práci, necítí se obtěžováni svými klienty či pacienty a dosáhli rovnováhy mezi prací a soukromým životem. Důležité je především to, že sami sebe vnímají jako rozvíjející se profesionály, kteří se neustále učí zvládat zátěže a obtíže, a jako iniciativní a dostatečně podporované svými nadřízenými.

Pracovníci, kteří jsou vystaveni nebezpečí syndromu vyhoření, musí důsledně dbát na svou psychohygienu. Pomáhající pracovníci by měli být schopni a ochotni praktikovat pozitivní přeladění, jež jim umožní načerpat novou sílu. Každý sám nejlépe ví, co mu přináší úlevu a naplňuje uspokojením ze smysluplné práce. Jednou z možností je například umění, sport, příroda, jiný druh práce, koníčky nebo sběratelství. Při syndromu vyhoření je velmi nebezpečné negativní přeladění pomocí různých druhů psychotropních látek (Jankovský, 2003).

Účinným způsobem, jak předcházet vyhoření, může být také pozitivní očekávání, které vychází z přesvědčení, že naše práce má smysl a že problémy jsou zde od toho, aby se řešily. Postavení se k problému „čelem“ pomáhá našemu osobnímu růstu. Další velmi účinnou strategií prevence syndromu vyhoření je fungující manželství, osobní disciplinovanost, pokora nebo víra (Jankovský, 2003).

Hawkins a Shohet (2004) též trvají na tom, že vyhořením je třeba se zabývat dříve, než k němu dojde. Podle nich to znamená zamyslet se nad svou motivací k práci v pomáhajících profesích, sledovat své vlastní příznaky stresu a vytvářet si zdravý systém podpory, tedy postarat se o vlastní smysluplný, příjemný a fyzicky aktivní život mimo roli pomáhajícího.

Matoušek a Hartl (2003) uvádějí, že dalšími způsoby prevence syndromu vyhoření může být i kvalitní příprava na profesi, jasná definice poslání organizace, metod práce, profesionální role pracovníka a náplň práce. Dále možnost využít profesionálního poradenství, programy osobního rozvoje a dalšího vzdělávání, průběžná supervize, omezený počet případů, s nimiž je jeden pracovník po určitou dobu v kontaktu, nasazení více pracovníků v náročných programech, omezení administrativní zátěže spojené s prací s klienty, kombinace přímé práce s klienty s jinými činnostmi apod.

K. Hájek (2006) v souvislosti s otázkou prevence vyhoření mluví o tzv. kontrolkách štěstí. Obzvláště v pomáhajících vztazích je důležité dbát na „mezilidskou ekonomiku“, protože dlouhodobá nevyváženost mezi bráním a dáváním se v profesním i osobním životě rozvíjí do podoby syndromu vyhoření. Jestliže v některých vztazích se emočně vydáváme, jinde musíme mít své zdroje, odkud čerpáme další energii. Tyto zdroje energie můžeme získávat v běžných dnech a nemusíme čekat na výjimečné chvíle, jako je dovolená nebo různé svátky. Jde o to, aby si každý ve svém každodenním životě uvědomoval, co se mu povedlo, co ho baví a na co se těší. Pokud se tyto tři kontrolky šťastného života z našeho života vytratí, vytratí se spokojenost, nastupuje rozmrzelost a zbudou nám jen povinnosti. Tyto životní zdroje energie bezesporu úzce souvisí s mezilidskými vztahy nejen ve volném čase, ale i ve světě profesním.

1.4.5 Supervize

Rozhodnutím pomáhat, převzetím úlohy věnovat pozornost potřebám někoho jiného, jsou pracovníci pomáhajících profesí vystaveni okamžikům, kdy mají pocit, že bojují proti všem, klienti jim nejsou vděční nebo se cítí vyčerpaní. V těchto okamžicích stresu je někdy snazší sklonit hlavu, „snést to“ a nevěnovat čas reflexi. Právě v takovýchto situacích může být právě supervize velmi důležitá. Pracovníkům v pomáhajících profesích může dát příležitost podívat se na věci s odstupem a uvažovat, hledat nové možnosti nebo odhalit poučení a získat podporu (Hawkins, Shohet, 2004).

Supervize je metoda práce cíleně zaměřená na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality pracovníka, týmu či celé organizace. Podílí se na zajišťování a zvyšování kvality práce a poskytovaných služeb a také chrání zájmy klienta (Michková, 2008).

Supervize v oblasti pomáhajících profesí umožňuje přímo na místě bojovat proti syndromu vyhoření a podporovat pracovníky v hledání jejich profesionální role (Schmidbauer, 2008).

Předmětem i subjektem supervize je vždy konkrétní odborník a jeho odborná činnost v konkrétním kontextu. Cílem a smyslem supervize je, aby tento odborník byl schopen svou činnost dělat co nejlépe (Havrdová, 2008).

V české literatuře je pojem supervize překládán jako nadhled či jako dohled (Michková, 2008). Nadhled je to, co pomáhající nutně potřebuje, aby se nezahltit. Potřebuje získat nadhled kdykoli cítí, že to, co se děje, by nemělo být anebo mělo být jinak, ale nedaří se mu toho dosáhnout (Úlehla, 2007). Funkci dohledu supervize plní tím, že dohlíží nad tím, zda pracovník provádí svou činnost kvalitně a profesionálně (Michková, 2008).

K získání nadhledu a zajištění dohledu potřebuje pracovník někoho, s nímž si o tom může popovídat, tedy supervizora (Úlehla, 2007). Úlohou supervizora není jen pracovníka uklidnit, ale i umožnit mu pocítit emoční nepokoj v bezpečnějším supervizním vztahu, kde jej lze přečkat, uvažovat o něm a poučit se z něj (Hawkins, Shohet, 2004). Ve vzájemné spolupráci mezi supervizorem a supervidovaným jde o společné hledání řešení v atmosféře důvěry a o rozvíjení sebereflexe, která vede

k uvědomění si souvislostí, vztahů, pocitů a jejich odrazu v pracovní činnosti (Koláčková, 2003).

Supervizor pracuje se supervidovaným na společně dohodnutých cílech, které jsou stanoveny již v supervizním kontraktu. Kontrakt lze chápat jako dohodu stran, které se k obsahu svobodně a vědomě rozhodly, a která je pro všechny zúčastněné výhodná (Koláčková, 2003).

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

Hlavními cíli diplomové práce jsou:

Cíl 1: Zjistit subjektivní hodnocení pracovní zátěže pracovníků pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov.

Cíl 2: Zjistit, zda pracovníci těchto profesí vědí, jakým způsobem čelit zátěži plynoucí z jejich povolání.

Cíl 3: Zjistit konkrétně, jakými prostředky psychohygieny se tito zaměstnanci vyrovnávají se zátěží plynoucí z jejich povolání.

2.2 Hypotézy

V diplomové práci byly stanoveny následující hypotézy:

H 1: Pracovníci pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby v pelhřimovském regionu si uvědomují míru svého pracovního zatížení.

H 2: Pracovníci pomáhajících profesí jsou seznámeni s možnostmi, jak se vyrovnat s pracovní zátěží.

H 3: Pracovníci pomáhajících profesí eliminují svou pracovní zátěž pomocí aktivních i pasivních prostředků psychohygieny.

3. Metodika práce

3.1 Metoda výzkumu

Pro zpracování výzkumné části diplomové práce byl použit kvantitativní výzkum. Metodou sběru dat bylo dotazování, jako technika byl zvolen anonymní dotazník (viz příloha č.7).

Dle Punche (2008) podstata kvantitativního výzkumu spočívá ve zkoumání vztahů mezi proměnnými. V kvantitativním výzkumu se realita zachycuje pomocí proměnných, jejich hodnoty se zjišťují měřením a primárním cílem je nalézt, jak jsou proměnné rozloženy a především jaké jsou mezi nimi vztahy a proč tomu tak je.

3.1.1 Charakteristika dotazníku

Dotazník byl tvořen souborem předem připravených otázek, který byl respondentům předložen na tištěném formuláři. Dotazník obsahoval 20 otázek, které sledovaly stanovené cíle výzkumu a byly položeny tak, aby umožnily získání dostatečných informací pro ověření předem stanovených hypotéz, 6 otázek identifikačních, které sloužily k charakteristice zkoumaného souboru. Součástí dotazníku byl též průvodní text, který obsahoval vysvětlení jeho účelu, poučení o anonymitě a pokyny pro vyplnění. Dotazník tvořilo 19 uzavřených, 4 polouzavřené a 3 otevřené otázky.

Dotazníkové šetření bylo prováděno v předem domluveném termínu s řediteli daných zařízení. Dotazníky byly prostřednictvím ředitelů, sociálních pracovníků nebo osobně rozdány jednotlivým zaměstnancům pomáhajících profesí, kteří pracují v přímé péči s klienty. Sběr dat byl založen na dobrovolnosti.

Z celkem 245 rozdaných dotazníků se jich zpět vrátilo řádně vyplněných 224. Návratnost tedy byla 91,4 %.

Získaná data byla zpracována v programu Microsoft Excel.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 224 zaměstnanců pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby v pelhřimovském regionu. Z toho bylo mužů 15, tedy 7 % respondentů a žen 209, tedy 93 % respondentů.

Okruh osob pracujících v sociálních službách stanovuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz příloha č. 8). Profese pracovníků v těchto zařízeních spadají do oblasti sociální, zdravotní a pedagogické. V oblasti sociální v těchto zařízeních pracují sociální pracovníci a pracovníci sociální péče. Zdravotnickými pracovníky jsou dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních na zkoumaných pracovištích všeobecné sestry, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ošetrovatelé a sanitáři. Do oblasti pedagogické lze zařadit dle zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících speciální pedagogy, vychovatele, asistenty pedagoga.

Výzkum byl prováděn ve všech 16 zařízeních poskytujících sociální služby dle zákona o sociálních službách v regionu Pelhřimov. Konkrétně jsou to 3 centra denních služeb, 3 domovy pro osoby se zdravotním postižením, 7 domovů pro seniory, 1 domov se zvláštním režimem, 1 nízkoprahové zařízení pro děti a mládež, 1 sociální poradna. Jednotlivá zařízení byla vybrána prostřednictvím registru poskytovatelů sociálních služeb, který je přístupný na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (<http://iregistr.mpsv.cz>, 2010).

Sociální služby, které tato zařízení poskytují, jsou určeny lidem společensky znevýhodněným s cílem zlepšit kvalitu jejich života, v maximální možné míře je začlenit do společnosti nebo společnost chránit před riziky, jichž jsou tito lidé nositeli (Matoušek a kol., 2007).

Výzkum proběhl v období měsíce března až června 2010.

4. Výsledky

Výsledky kvantitativního výzkumu v 16 zařízeních poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov jsou v této části práce zobrazeny prostřednictvím grafů a tabulek, které jsou zpracovány pomocí programu Microsoft Word.

Ke každé otázce přísluší graf či tabulka s hodnotami v absolutních číslech nebo procentech. Některé grafy znázorňují srovnání odpovědí respondentů v závislosti na oblasti jejich pomáhající profese, na cílové skupině klientů nebo v závislosti na vzdělání respondentů.

Tabulka 1: Rozdělení respondentů dle pohlaví a zařízení (v absolutních číslech)

NÁZEV ZAŘÍZENÍ	POČET RESPONDENTŮ	
	MUŽI	ŽENY
1) Domov blahoslavené Bronislavy - Domov pro seniory	1	8
2) Domov důchodců Humpolec	2	25
3) Domov důchodců Onšov	0	9
4) Domov důchodců Proseč-Obořiště	2	10
5) Domov důchodců Proseč u Pošné	0	20
6) Domov pro seniory Pelhřimov	0	30
7) Dům seniorů - Domov důchodců Pacov	0	13
8) Diagnostický ústav sociální péče Černovice	0	28
9) Ústav sociální péče pro mentálně postižené Těchobuz	4	12
10) Ústav sociální péče Lidmaň	5	15
11) Astra - denní centrum pro seniory Humpolec	0	9
12) Centrum LADA - nízkoprahové zařízení pro děti a mládež	1	3
13) Geriatrické centrum Počátky	0	10
14) Farní charita Pacov	0	6
15) Fokus Vysočina, středisko Pelhřimov	0	10
16) Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina	0	1

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkumu se zúčastnilo celkem 224 zaměstnanců pomáhajících profesí ze 16 zařízení. Jednalo se o 15 mužů (7 %) a o 209 žen (93 %).

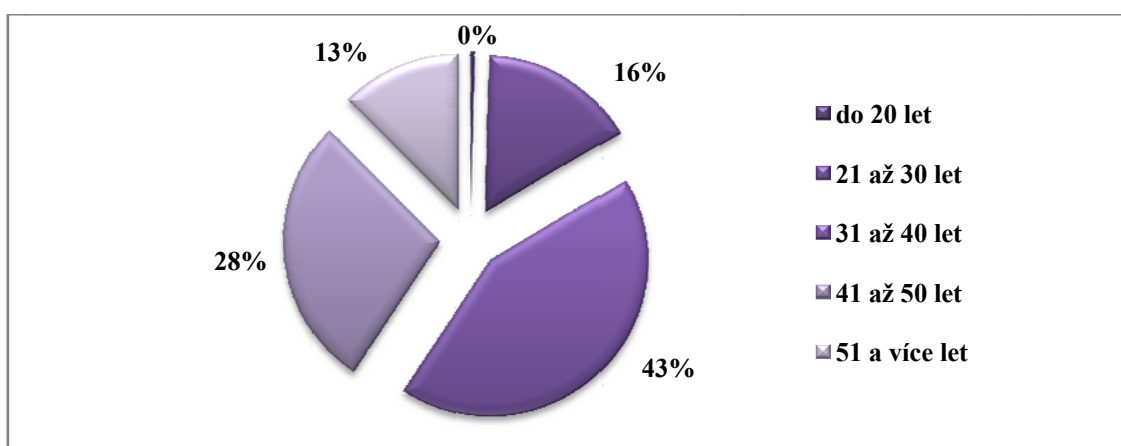
Tabulka 2: Rozdělení respondentů dle cílové skupiny klientů (v absolutních číslech)

CÍLOVÁ SKUPINA KLIENTŮ	POČET RESPONDENTŮ
senioři	129
lidé s mentálním postižením	68
lidé s duševním onemocněním	20
lidé se zdravotním postižením	1
děti a mládež	6

Zdroj: Vlastní výzkum

Nejvíce respondentů, tedy 129 (58%) pracuje se seniory, nejméně naopak s lidmi se zdravotním postižením.

Graf 1: Věkové skupiny respondentů (v %)

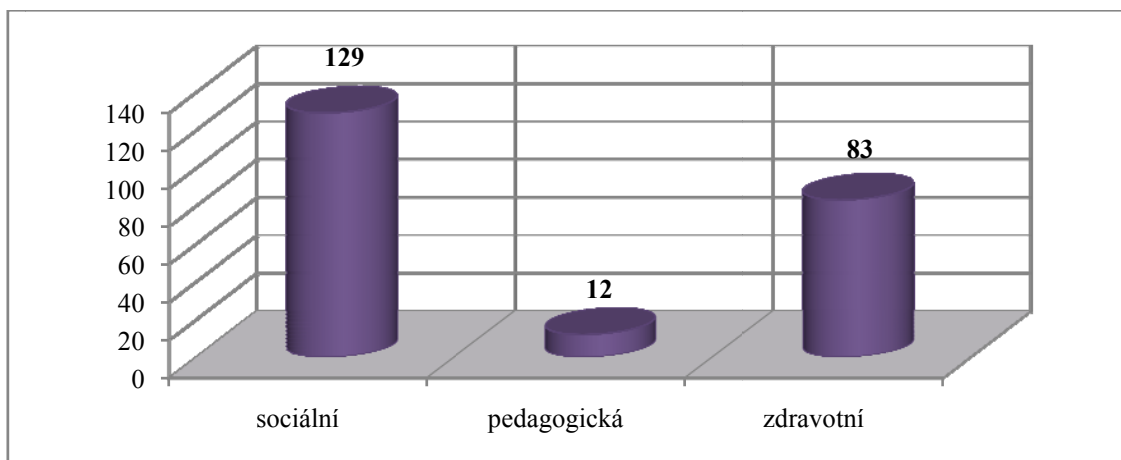


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti byli dle věku rozděleni do následujících kategorií:

1 respondent (0 %) spadá do věkového rozmezí do 20 let, 36 respondentů (16 %) patří do rozmezí 21 až 30 let, 96 respondentů (43 %) uvedlo, že se nacházejí v rozmezí 31 až 40 let, 63 respondentů (28 %) jsou v rozmezí 41 až 50 let a do skupiny 51 a více let spadá 28 respondentů (13 %).

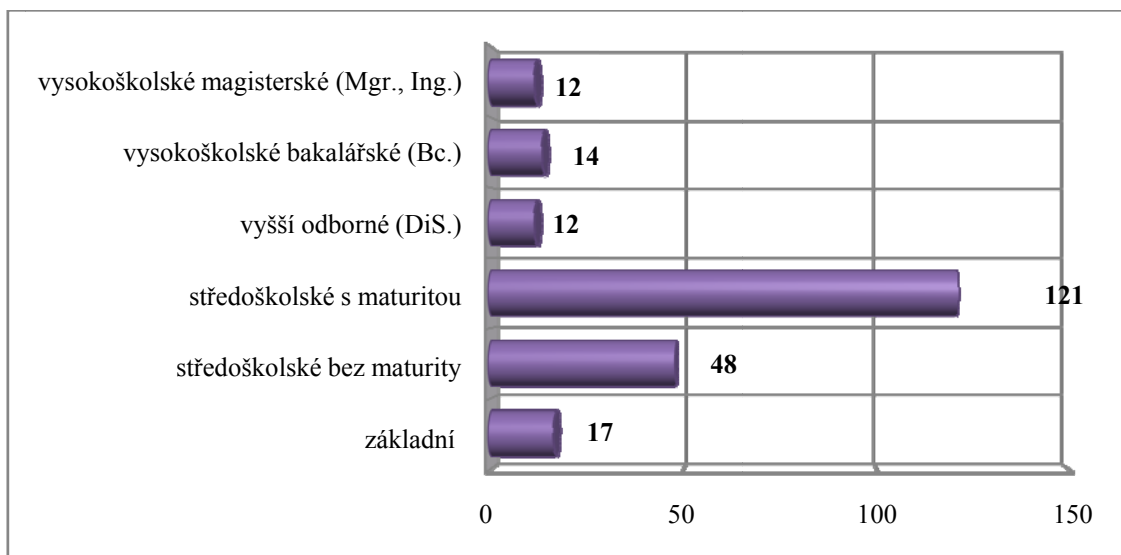
Graf 2: Počet respondentů spadajících do jednotlivých oblastí pomáhajících profesí (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že z celého zkoumaného souboru lze profese 129 respondentů (58 %) zařadit do oblasti sociální, 12 respondentů (5 %) spadá do oblasti pedagogické a 83 respondentů (37 %) patří do oblasti zdravotní.

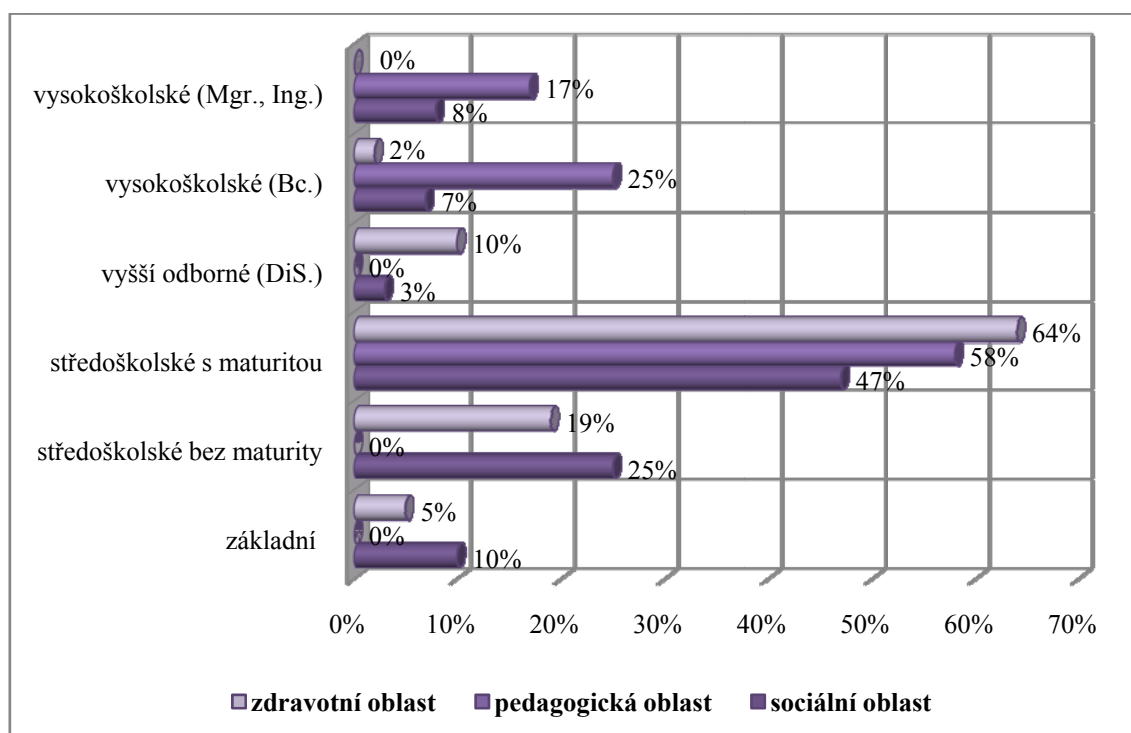
Graf 3.1: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

17 respondentů (8 %) zkoumaného souboru má ukončeno základní vzdělání, 48 respondentů (22 %) středoškolské vzdělání bez maturity, 121 respondentů (54 %) má ukončeno středoškolské vzdělání s maturitou, 12 respondentů (5 %) ukončilo vyšší odbornou školu, 14 respondentů (6 %) má ukončeno bakalářské studium na vysoké škole, 12 respondentů (5 %) ukončilo magisterské studium na vysoké škole.

Graf 3.2: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů v závislosti na jejich profesní oblasti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

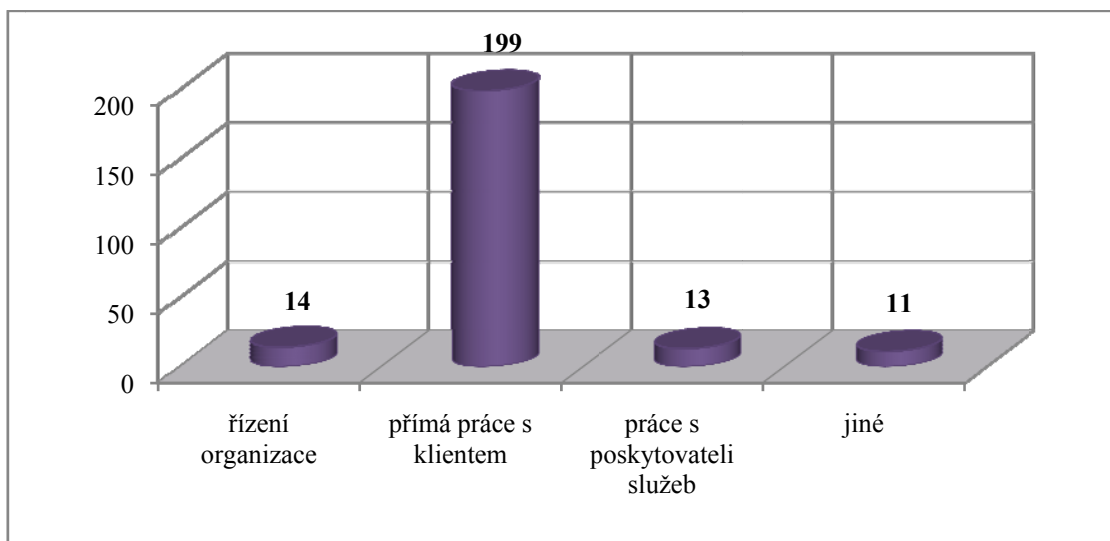
Graf znázorňuje procentuelní vyjádření nejvyššího dosaženého vzdělání respondentů v závislosti na profesní oblasti a jejich srovnání. V oblasti sociální má základní vzdělání 10 % respondentů (13), středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo 25 % respondentů (32), s maturitou 47 % respondentů (61). Vyšší odborné vzdělání z této oblasti má 3 % respondentů (4), bakalářské vysokoškolské vzdělání má 7 % respondentů (9) a magisterské vysokoškolské má 8 % respondentů (10).

V pedagogické oblasti mají všichni respondenti dosaženo minimálně středoškolské vzdělání s maturitou. Toho dosáhlo 58 % respondentů (7), bakalářského vysokoškolského 25 % respondentů (3) a magisterského vysokoškolského vzdělání 17 % respondentů (2).

Základní vzdělání ve zdravotní oblasti má 5 % respondentů (4), středoškolské bez maturity 19 % respondentů (16), s maturitou 64 % respondentů (53). Vyšší odborné vzdělání má 10 % respondentů (8), vysokoškolské bakalářské má pouze 2 % respondentů (2) a vysokoškolské magisterské ani jeden respondent.

Při srovnání těchto údajů je vyjádřením v procentech patrné, že má nejvíce respondentů, tedy 42 % (5), vysokoškolské vzdělání z oblasti pedagogické. Z oblasti sociální tohoto vzdělání dosáhlo 15 % respondentů (19) a nejméně z oblasti zdravotní, a to pouze 2 % (2).

Graf 4.1: Konkrétní náplň práce respondentů (v absolutních číslech)

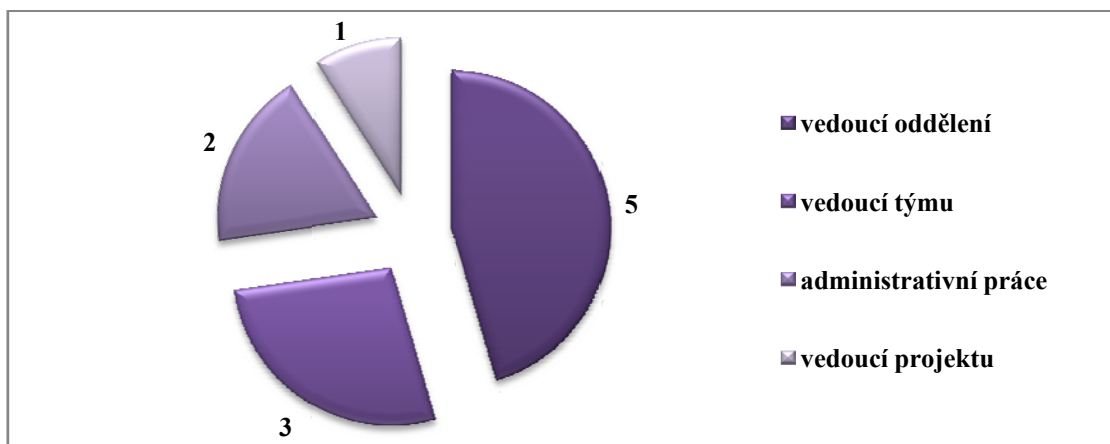


Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti měli možnost zvolit více možností. Nejčastější uváděnou náplní práce respondentů byla přímá práce s klientem, která byla uvedena celkem 199krát. Na druhém místě byla 14krát uvedena odpověď „řízení organizace“. 13krát respondenti

odpověděli, že náplní jejich povolání je práce s poskytovateli služeb a 11krát, že náplň jejich profese je jiná než možnosti uvedené v dotazníku (viz dále graf 4.2).

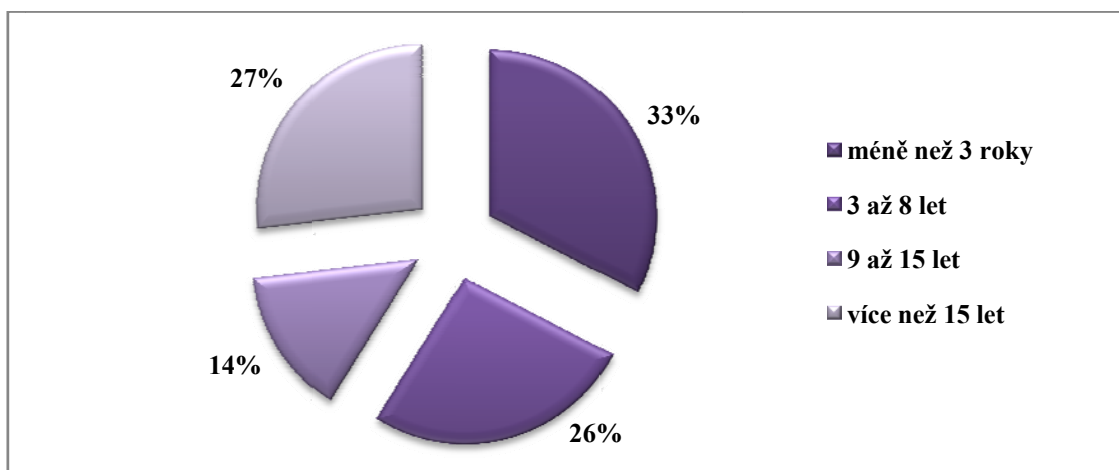
Graf 4.2: Jiné možnosti náplně práce respondentů (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Celkem 5krát respondenti uvedli, že náplní jejich povolání je vedení oddělení, 3krát vedení týmu, 2krát administrativní práce a jednou vedení projektu.

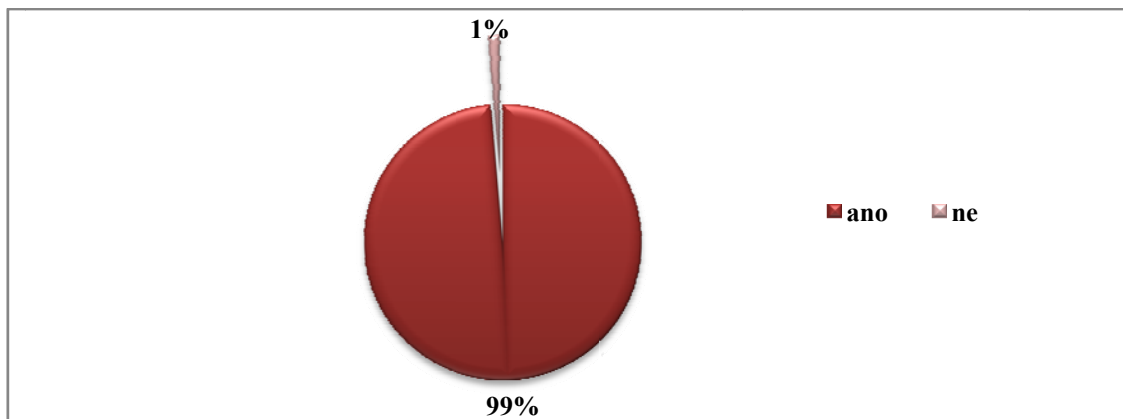
Graf 5.1: Doba trvání zaměstnání respondentů v jejich současném oboru (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového zkoumaného souboru 73 respondentů (33 %) uvedlo, že ve svém oboru pracuje méně než 3 roky, 59 respondentů (26 %) vykonává své povolání v rozmezí od 3 do 8 let, 32 respondentů (14 %) se zařadilo do rozmezí 9 až 15 let, 60 respondentů (27 %) je ve svém zaměstnání více jak 15 let.

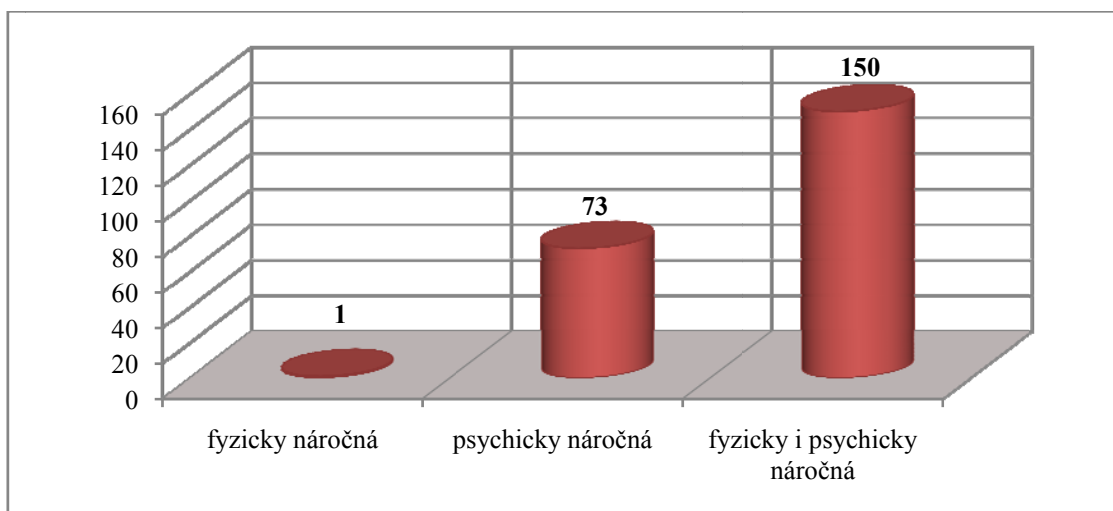
Graf č.6: Počet respondentů, kteří si myslí, že je jejich profese náročná (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Myslíte si, že je Vaše profese náročná?“ z celého zkoumaného vzorku uvedlo 99 % (221) respondentů, že ano. Zbylé 1 % respondentů (3) se domnívá, že jejich profese náročná není.

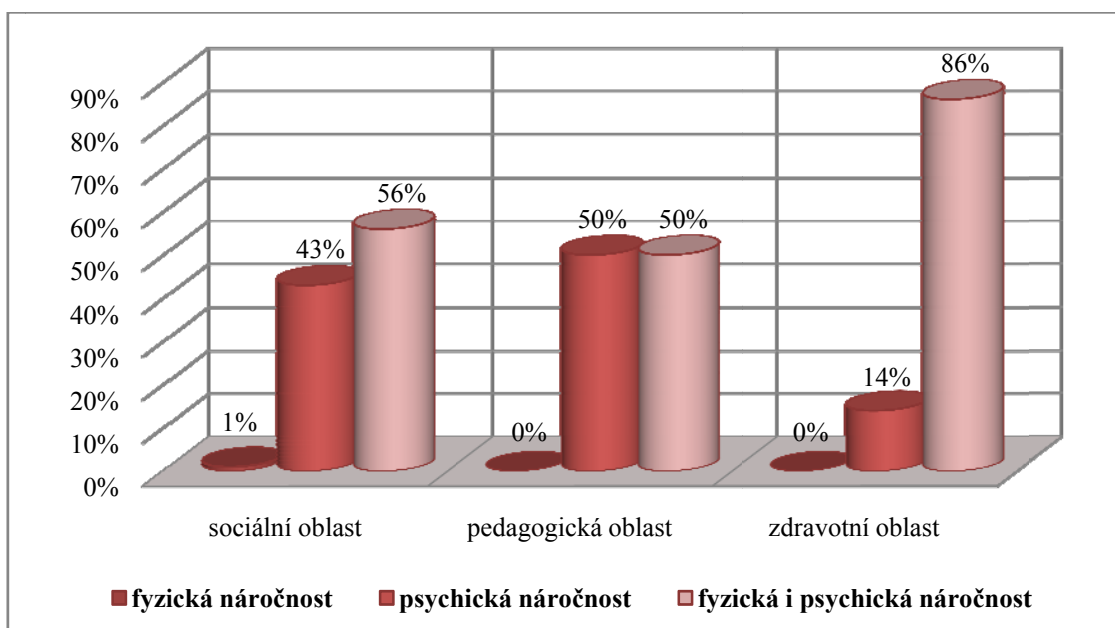
Graf 7.1: Počet respondentů, kteří označují svou práci za náročnou fyzicky i psychicky (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Po jaké stránce je Vaše práce více náročná?“ uvedlo 150 respondentů (67 %), že jejich profese je náročná po stránce fyzické i psychické, 73 respondentů (33 %) se domnívá, že jejich práce je náročná psychicky a pro 1 respondenta (0 %) je jeho povolání náročné pouze po stránce fyzické.

Graf 7.2: Srovnání názorů respondentů pomáhajících profesí na stránku náročnosti jejich práce v závislosti na oblasti jejich profese (v %)



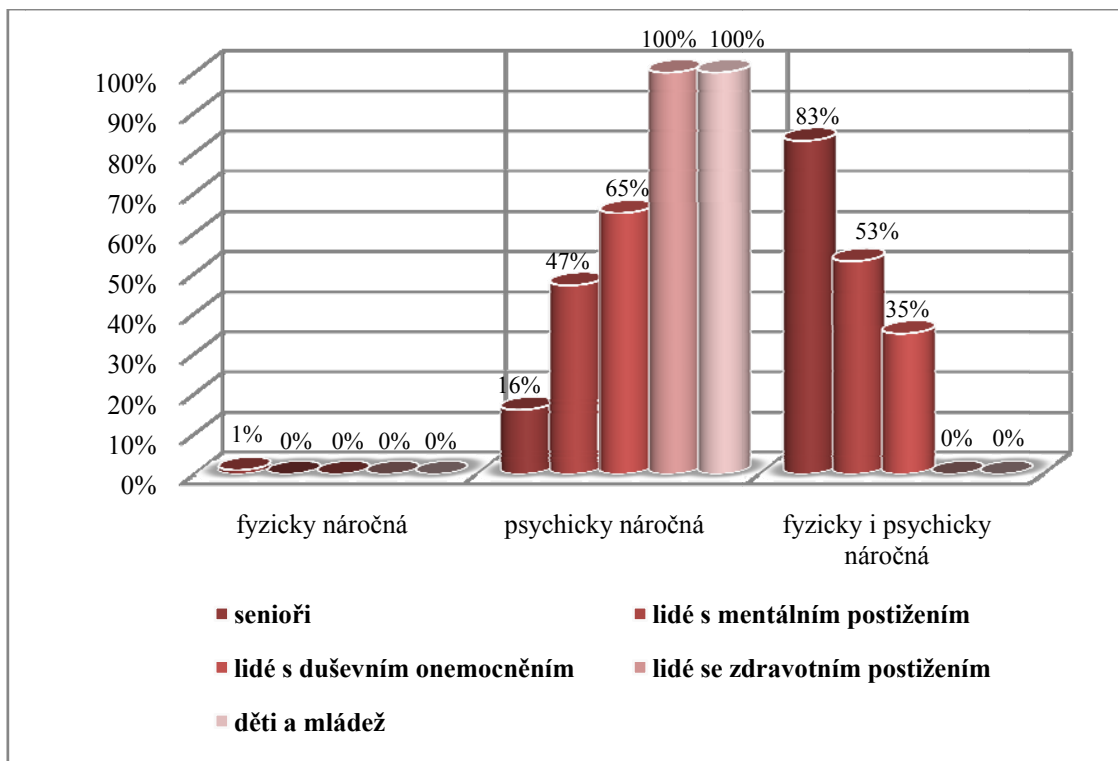
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje procentuelní vyjádření názorů respondentů na stránku náročnosti jejich práce v závislosti na profesní oblasti a jejich srovnání. Procentuální zastoupení respondentů, kteří označili svou práci za náročnou pouze fyzicky, se ve všech třech profesních oblastech nijak výrazně neliší. Ze sociální oblasti uvedlo tuto odpověď pouze 1 % respondentů (1). Ze zbývajících dvou oblastí ani jeden respondent neoznačil svou práci za pouze fyzicky náročnou.

Za psychicky náročné označilo 43 % respondentů (56) své povolání z oblasti sociální, z pedagogické oblasti to bylo 50 % respondentů (6) a z oblasti zdravotní 14 % respondentů (12).

Poslední možnost, že práce je pro respondenty náročná, a to jak po stránce fyzické, tak po stránce psychické, zvolilo 56 % respondentů (72) z oblasti sociální, 86 % (71) z oblasti zdravotní a 50 % respondentů (6) z oblasti pedagogické.

Graf 7.3: Srovnání názorů respondentů pomáhajících profesí na stránku náročnosti jejich práce v závislosti na cílové skupině klientů (v %)



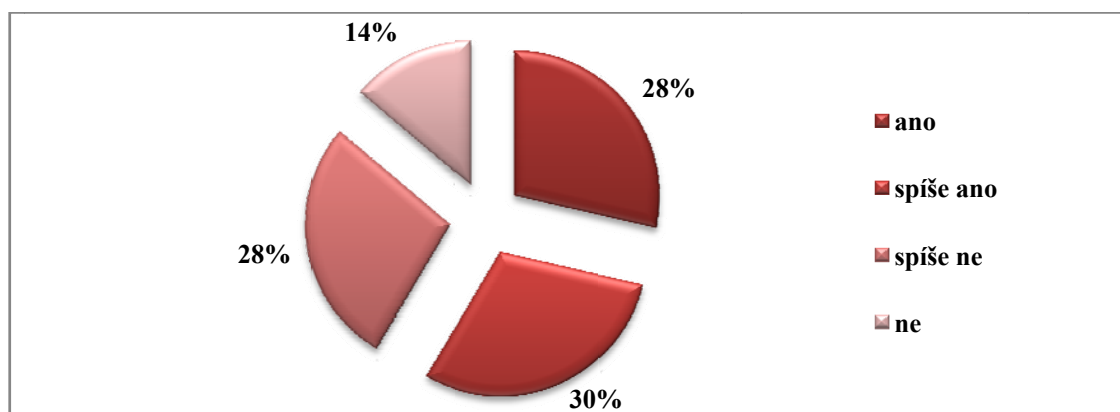
Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje procentuelní vyjádření názorů respondentů na stránku náročnosti jejich práce v závislosti na cílové skupině klientů. Procentuální zastoupení respondentů, kteří označili svou práci za náročnou pouze fyzicky, se ve všech třech profesních oblastech opět nijak výrazně neliší. Tuto odpověď zvolilo pouze necelé 1 % respondentů (1), kteří pracují se seniory. Všichni ostatní respondenti si tuto odpověď nezvolili vůbec.

Za psychicky náročnou označilo svou práci 16 % respondentů (21), jejichž cílovou skupinou jsou senioři, 47 % respondentů (32), kteří pracují s lidmi s mentálním postižením, 65 % respondentů (13), kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním, 100 % respondentů (1), jejichž cílovou skupinou jsou lidé se zdravotním postižením a 100 % respondentů (6), kteří pracují v nízkoprahovém zařízení pro děti a mládež.

Stejně náročnou po stránce fyzické i psychické svou profesi označilo 83 % respondentů (107), jejichž práce spočívá v péči o seniory, 53 % respondentů (36) pracujících s lidmi s mentálním postižením, 35 % respondentů (7), kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním, 0 % respondentů, jenž pracují s lidmi se zdravotním postižením a 0 % respondentů pracujících s dětmi a mládeží.

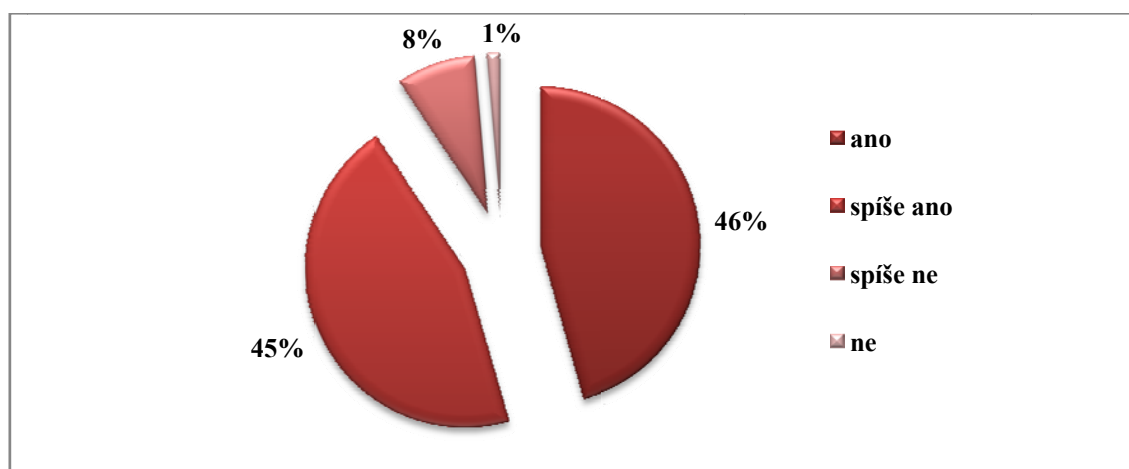
Graf č.8: Množství respondentů, kteří považují svou práci za časově náročnou (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Je Vaše práce časově náročná?“ z celkového výzkumného souboru zvolilo možnost „ano“ nebo „spíše ano“ 58 % respondentů (131) a označili tak svou práci za časově náročnou, tzn. pracují přes čas nebo plní své pracovní povinnosti ve svém volném čase. 42 % respondentů (93) nepovažuje své zaměstnání za časově náročné a uvedli tudíž odpověď „spíše ne“ nebo „ne“.

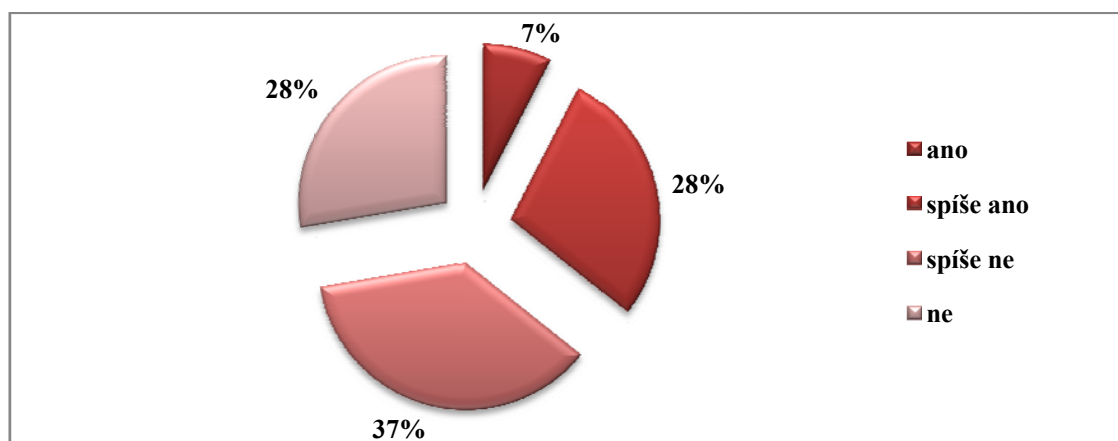
Graf č.9: Množství respondentů, jež se cítí ve svém pracovním kolektivu příjemně (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku, zda se respondenti cítí ve svém kolektivu příjemně, 46 % (103) z nich odpovědělo, že ano. Odpověď „spíše ano“ zvolilo 45% respondentů (100). 8 % respondentů (18) se ve svém kolektivu spíše necítí příjemně a 1 % respondentů (3) se ve svém kolektivu cítí nepříjemně.

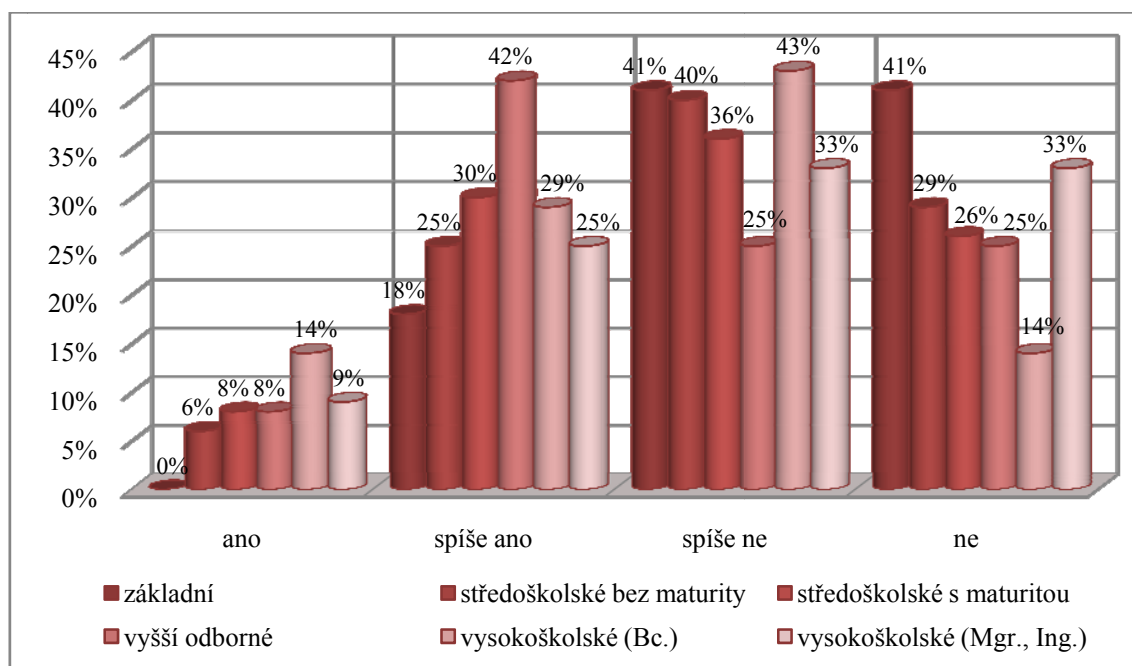
Graf 10.1: Množství respondentů, kteří se domnívají, že jejich mzda odpovídá pracovní zátěži (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Domníváte se, že Vaše mzda odpovídá Vaší pracovní zátěži?“ označilo odpověď „ano“ a „spíše ano“ 35 % respondentů (78). Zbýlých 65 % respondentů (146) uvedlo odpověď „spíše ne“ nebo „ne“ a tudíž se domnívají, že jejich pracovní zátěž neodpovídá jejich finančnímu ohodnocení.

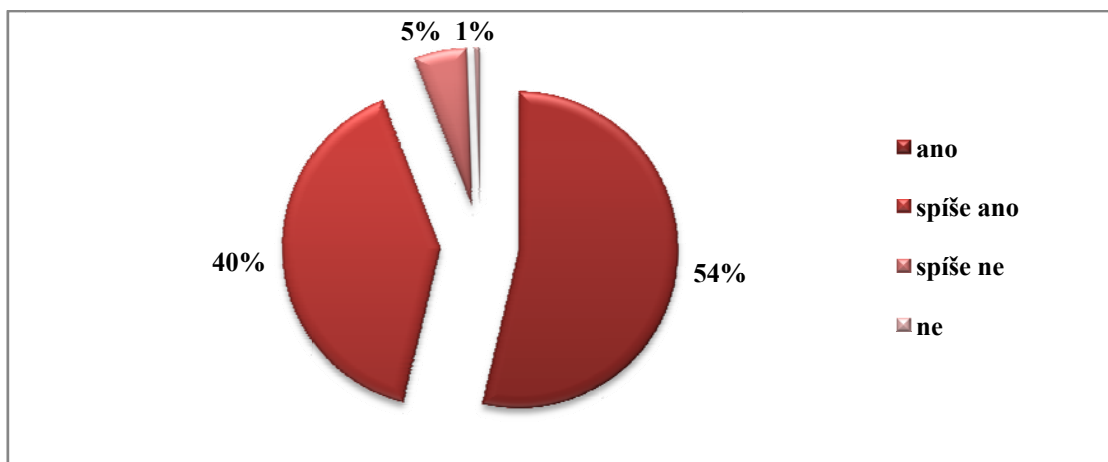
Graf 10.2: Srovnání názorů respondentů, kteří se domnívají, že jejich mzda odpovídá jejich pracovní zátěži, v závislosti na vzdělání (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje procentuelní vyjádření respondentů k tomu, zda se domnívají, že jejich mzda odpovídá jejich pracovní zátěži z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání a jejich srovnání. Z výzkumu vyplývá, že svou mzdu za odpovídající vůči pracovní zátěži považují nejvíce respondenti s vyšším odborným vzděláním, odpověď „ano“ nebo „spíše ano“ uvedlo 50 % z nich (6). Respondenti se základním vzděláním naopak svou mzdu označují jako nedostatečnou vůči jejich pracovní zátěži, protože „ano“ nebo „spíše ano“ uvedlo pouze 18 % z nich (2).

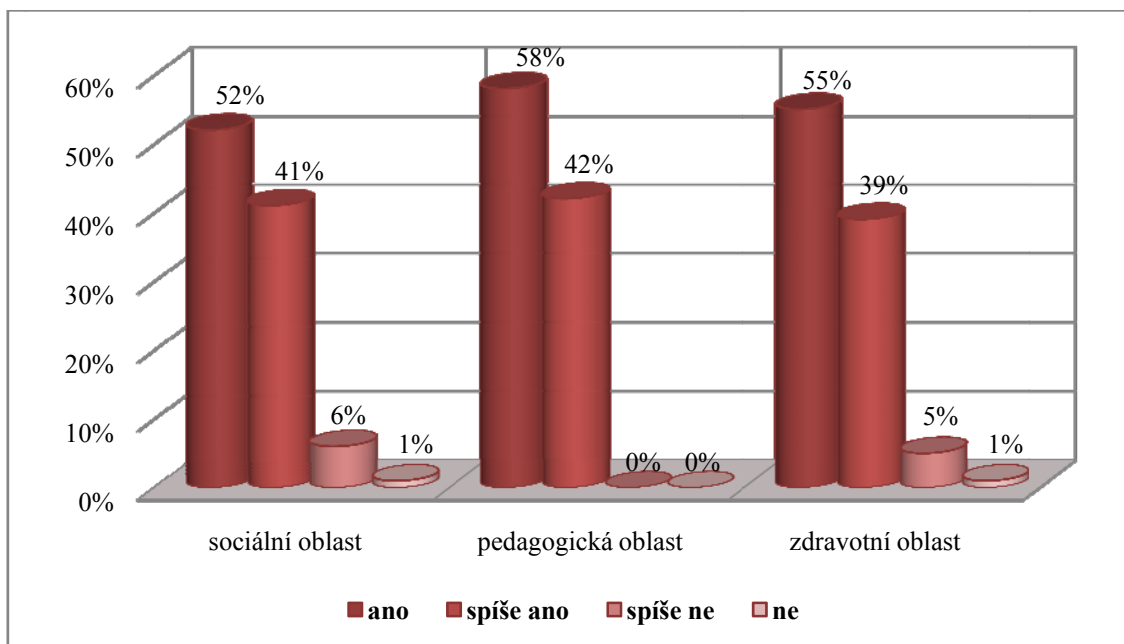
Graf 11.1: Množství respondentů, kteří jsou spokojeni ve svém zaměstnání (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celého zkoumaného vzorku na otázku, zda jsou respondenti spokojeni ve svém zaměstnání, 94 % z nich (210) zvolilo odpověď „ano“ nebo „spíše ano“. 6 % respondentů (14) vybralo možnost „spíše ne“ nebo „ne“.

Graf 11.2: Srovnání názorů respondentů, kteří jsou spokojeni ve svém zaměstnání v závislosti na oblasti jejich profese (v %)



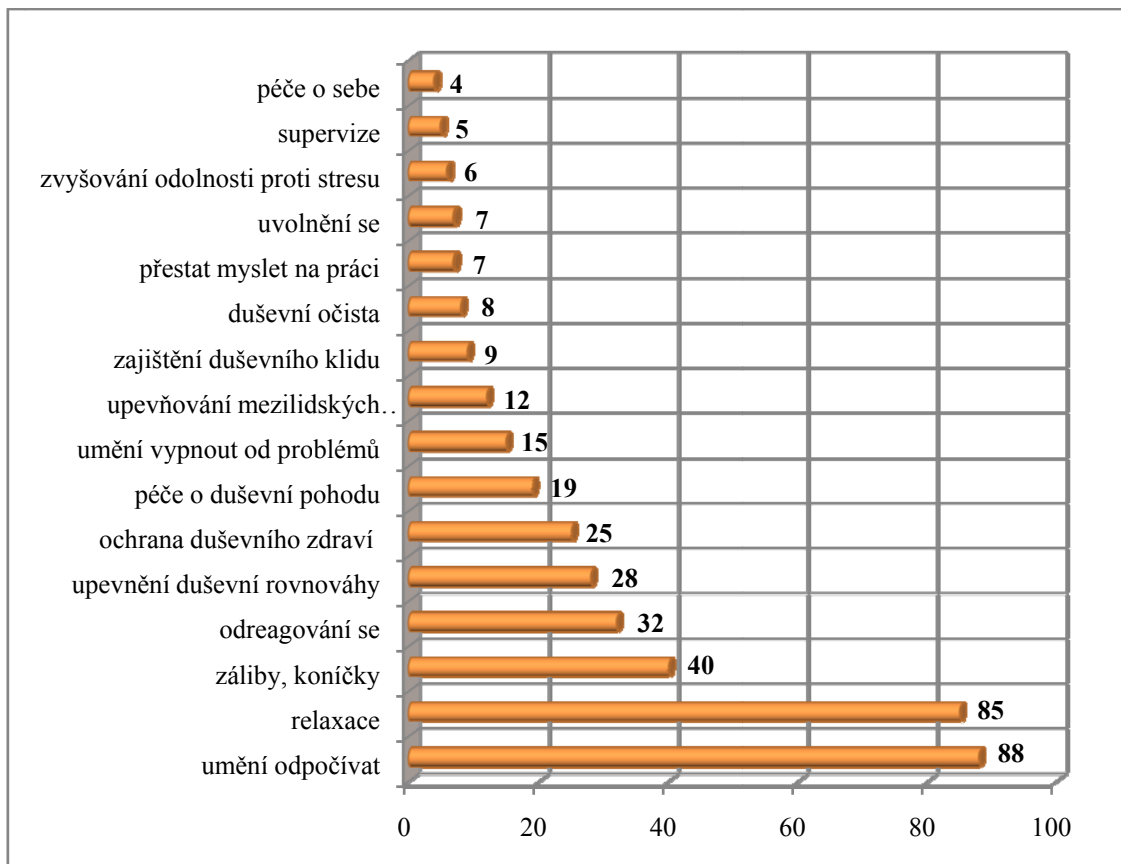
Zdroj: Vlastní výzkum

Procentuelní zastoupení respondentů, kteří v rámci jedné profesní oblasti odpověděli na otázku spokojenosti ve svém zaměstnání, se ve všech třech oblastech výrazně nelišilo.

Ze sociální oblasti uvedlo „ano“ 52 % respondentů (67), z pedagogické oblasti 58 % respondentů (7) a ze zdravotní oblasti 55 % respondentů (46). Odpověď „spíše ano“ zvolilo 41 % respondentů (53) z oblasti sociální, 42 % respondentů (5) z oblasti pedagogické, z oblasti zdravotní to bylo 39 % respondentů (32). Ani zde nebyly v žádné ze třech oblastech velké rozdíly v poměru mezi počtem respondentů v určité oblasti a jejich odpověďmi.

Odpovědi „spíše ne“ si zvolilo 6 % respondentů (8) z oblasti sociální, 0 % respondentů z oblasti pedagogické a necelých 5 % respondentů (4) z oblasti zdravotní. Nespokojeno ve svém zaměstnání je 1 % respondentů (1) z oblasti sociální, 0 % respondentů z pedagogické oblasti a 1 % respondentů (1) z oblasti zdravotní.

Graf 12: Představy respondentů o pojmu psychohygienu (v absolutních číslech)



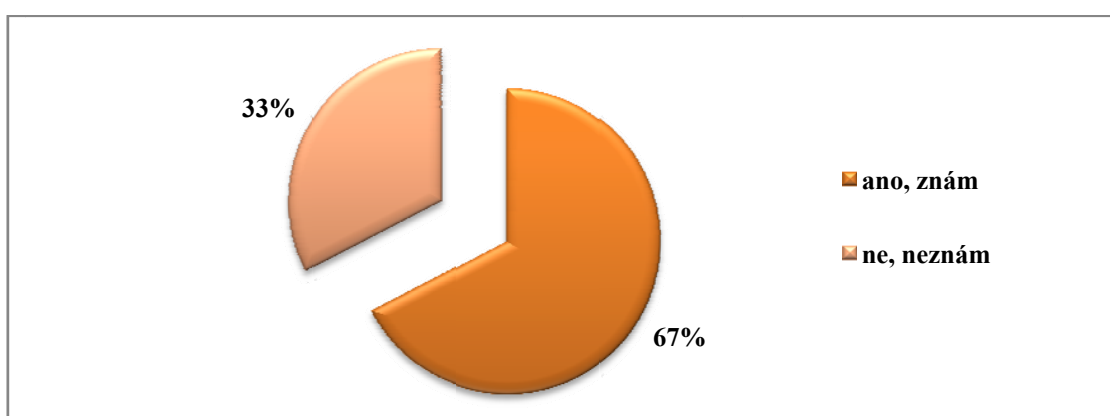
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti v této otázce měli možnost vypsát více variant. Majoritní zastoupení, tedy celkem 88krát, na otázku „Co si představíte pod pojmem psychohygienu?“ bylo odpovědí „umění aktivně i pasivně odpočívat od starostí a povinností“. Druhou nejčastější odpovědí byla „relaxace“, ta byla respondenty vyplněna celkem 85krát. 40krát respondenti uvedli odpověď „záliby a koníčky ve volném čase“. Dále 32krát respondenti uvedli, že psychohygienu pro ně znamená odreagování, 28krát upevnění duševní rovnováhy. Odpověď „ochrana duševního zdraví“ byla uvedena 25krát. 19krát byla uvedena odpověď „péče o duševní pohodu“, 15krát „umění vypnout od problémů a starostí“, 12krát „upevňování mezilidských vztahů“ (rodina, přátelé, kolegové), 9krát „zajištění duševního klidu“, 8krát „duševní očista“. Respondenti dále odpověděli 7krát

„přestat myslet na práci a uvolnění se“, 6krát „zvyšování odolnosti proti stresu“, 5krát „supervize“, 4krát „péče o sebe“.

Dále respondenti v rozmezí jednou až třikrát odpověděli na otázku následovně: kultura, nestresovat se, spánek, vypovídat se (neuzavírat se do sebe), sledování televize, meditace, snažit se netrápit, umět rozumě a harmonicky zacházet se svými schopnostmi a energií, vnoučata, sex, prevence syndromu vyhoření, tanec, život „mimo“ ústav, modlitba, mše.

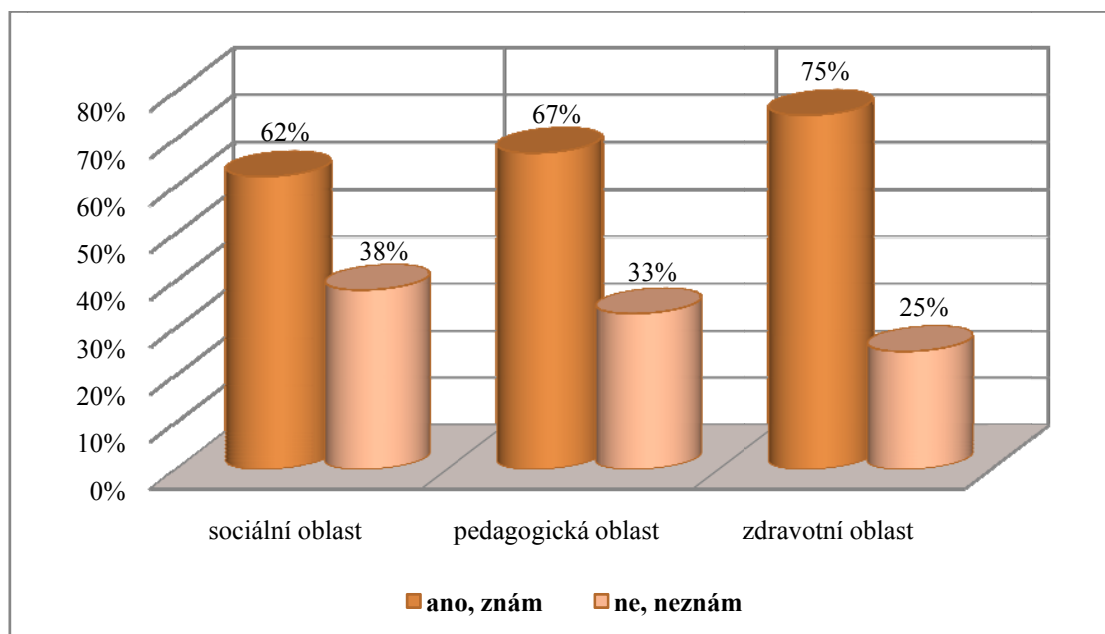
Graf 13.1: Množství respondentů, kteří znají některé zásady psychohygieny (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu je patrné, že z celkového výzkumného souboru 67 % respondentů (151) zná některé zásady psychohygieny. Zbýlých 33 % respondentů (73) nezná žádné zásady psychohygieny.

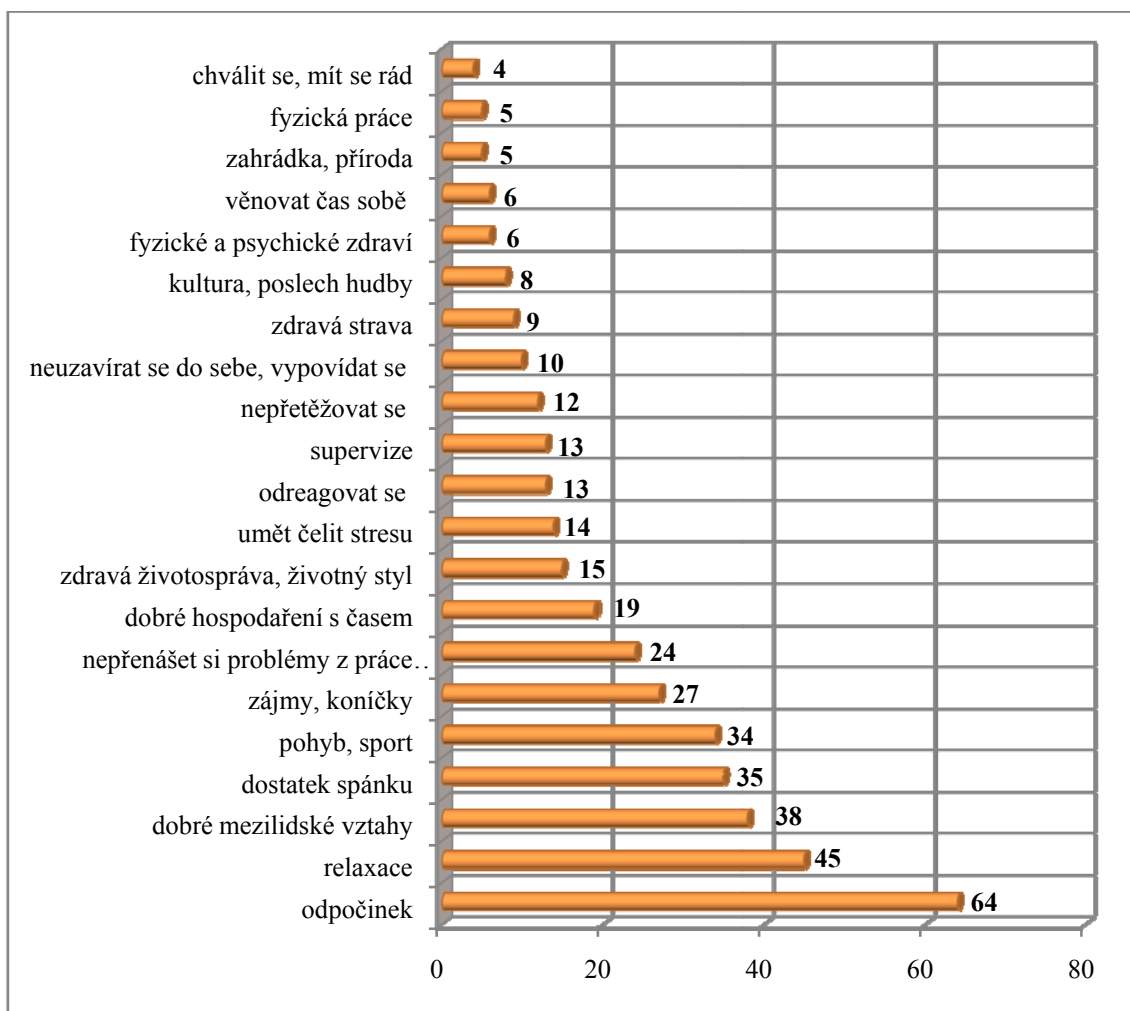
Graf 13.2: Srovnání odpovědí respondentů, kteří znají některé zásady psychohygieny v závislosti na jejich profesní oblasti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje procentuelní vyjádření respondentů z hlediska jejich znalosti zásad psychohygieny v závislosti na jejich profesní oblasti a jejich srovnání. Při srovnání všech tří profesních oblastí projevilo znalost nejvíce respondentů ze zdravotní oblasti, a to 75 % (62). Na druhém místě jsou respondenti z oblasti pedagogické, kde 67 % z nich (8) zná některé zásady psychohygieny. Odpověď „ano, znám“ uvedlo 62 % respondentů (80) ze sociální oblasti.

Graf 14: Jednotlivé zásady psychohygieny, které respondenti uvedli (v absolutních číslech)



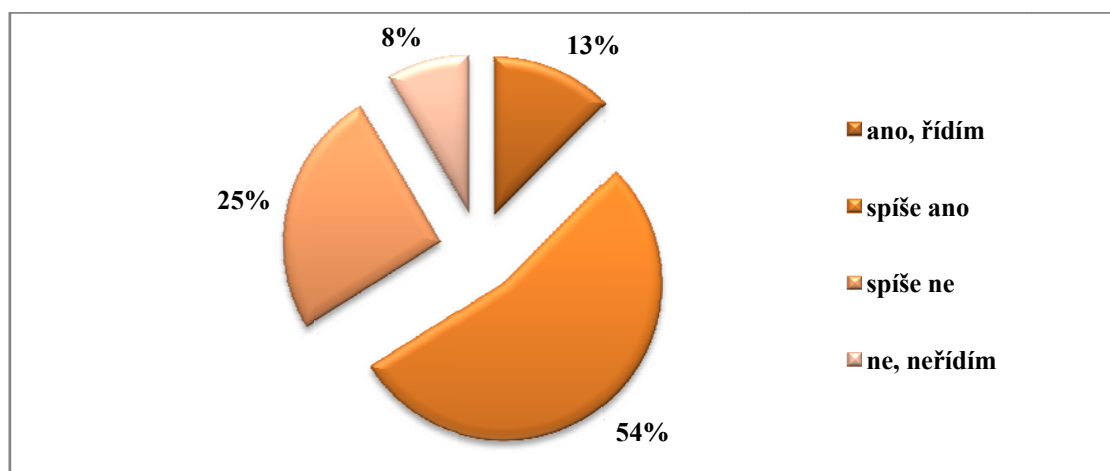
Zdroj: Vlastní výzkum

Respondenti měli možnost uvést více odpovědí. Na otázku „*Jaké zásady psychohygieny znáte?*“ se objevilo 16 různých variant odpovědí. Majoritní zastoupení, tedy celkem 64krát, měla odpověď „odpočinek“, dále 45krát „relaxace“, 38krát „dobré mezilidské vztahy“, 35krát „dostatek spánku“, 34krát uvedli „pohyb, sport“, 27krát „zájmy, koníčky“. 24krát uvedli respondenti jako zásadu psychohygieny „nepřenášet si problémy z práce domů a naopak nebrat si práci domů“. Dále respondenti 19krát uvedli „dobré hospodaření s časem“ (time management), 15krát „zdravou životosprávu, zdravý

životní styl“, 14krát „umět čelit stresu“, 13krát „odreagování se a supervizi“, 12krát „nepřetěžovat se, umět vypnout“, 10krát „neuzavírat se do sebe se svými problémy, vypovídat se“. 9krát respondenti odpověděli na tuto otázku „zdravá strava“, 8krát „kultura, poslech hudby“, 6krát „udržovat své psychické i tělesné zdraví a věnovat každý den nějaký čas sama sobě“, 5krát „zahrádka, procházky, příroda a fyzická práce“, 4krát „chválit se, mít se rád, odměňovat se“.

Dalšími odpověďmi uvedenými jednou až třikrát byly: pozitivní myšlení, naprostý klid, klidné pracovní prostředí, zachování duševní pohody, vzdělávat se, očistění duše, cestování, úklid a prevence syndromu vyhoření.

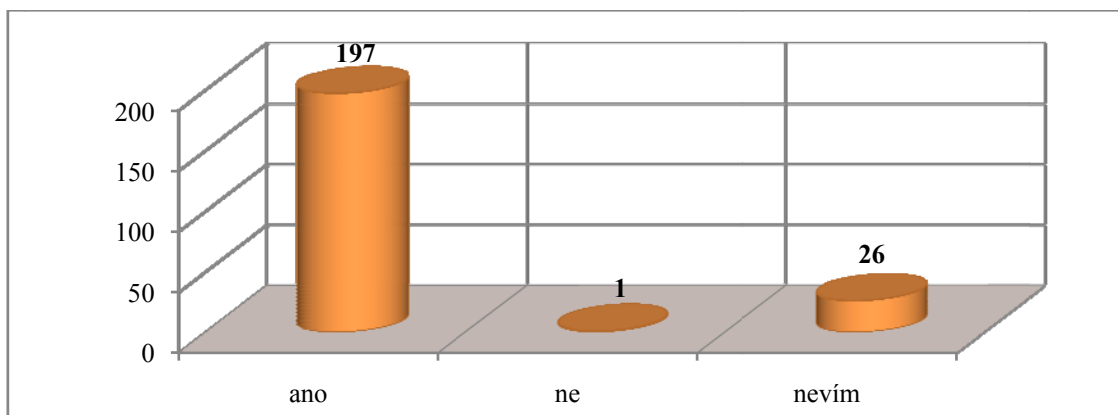
Graf 15: Množství respondentů, kteří si myslí, že se řídí zásadami psychohygieny (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „Myslíte si, že se řídíte zásadami psychohygieny?“ 13 % respondentů (28) uvedlo, že se řídí zásadami psychohygieny. 54 % respondentů (120) na tuto otázku odpověděli „spíše ano“. 25 % respondentů (57) vybralo možnost „spíše ne“ a 8 % respondentů (19) uvedlo, že se zásadami psychohygieny neřídí.

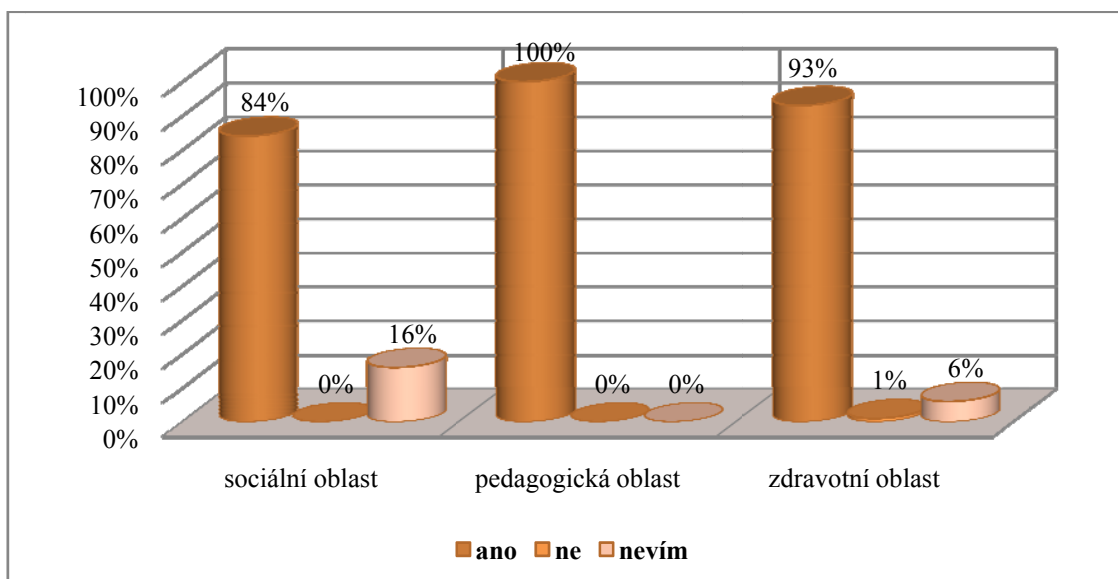
Graf 16.1: Množství respondentů, kteří se domnívají, že je pro ně psychohygienu důležitá (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového výzkumného souboru odpovědělo na otázku „Domníváte se, že je pro Vás psychohygienu důležitá?“ odpovědělo celých 197 respondentů (88 %), že ano. 26 respondentů (12 %) neví, zda je pro ně psychohygienu důležitá, pouhý jeden respondent (0 %) si myslí, že pro něj psychohygienu důležitá není.

Graf 16.2: Množství respondentů, kteří se domnívají, že je pro ně psychohygienu důležitá v závislosti na oblasti profese (v %)

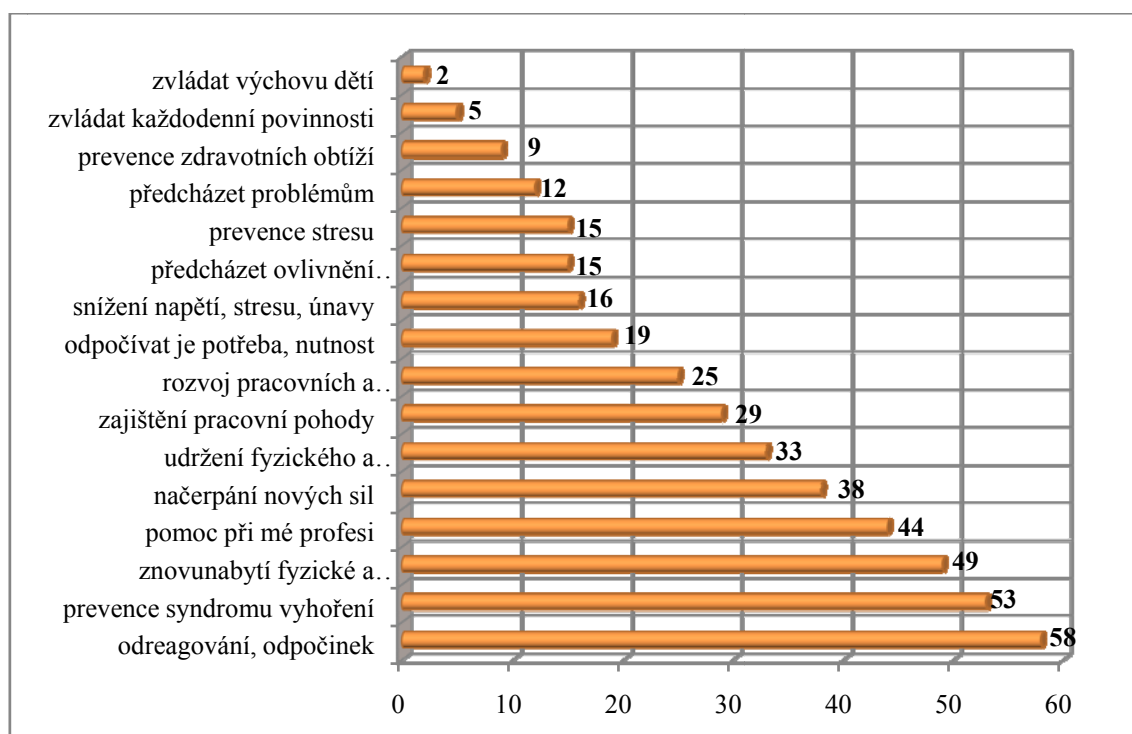


Zdroj: Vlastní výzkum

Rozdíly v uvedených odpovědích v závislosti na oblasti pomáhajících profesí nejsou v žádné možné odpovědi velké. „*Ano, domnívám se, že je pro mě psychohygienu důležitá*“, odpovědělo 84 % respondentů (108), jejichž činnost spadá do oblasti sociální, 100 % respondentů (12) z pedagogické oblasti a 93 % respondentů (77) z oblasti zdravotní. 0 % respondentů z oblasti sociální a pedagogické a 1 % respondentů (1) ze zdravotní oblasti považuje psychohygienu za nedůležitou.

Zbýlých 16 % respondentů (20) ze sociální oblasti a 6 % respondentů (5) z oblasti zdravotní neví, zda je pro ně psychohygienu důležitá.

Graf 17: Jednotlivé důvody, proč je psychohygienu pro respondenty důležitá (v absolutních číslech)



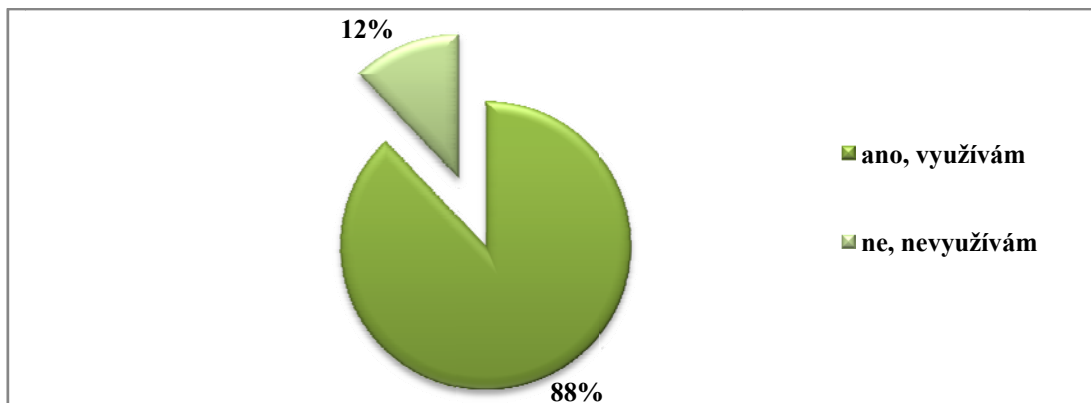
Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „*Proč je pro Vás psychohygienu důležitá*“ respondenti odpověděli prostřednictvím 16-ti variant odpovědí. Respondenti v této otázce opět měli možnost uvést více odpovědí. Majoritní zastoupení měla odpověď „*Psychohygienu mi pomáhá odpočinout si, odreagovat se od problémů a únavy.*“, byla uvedena celkem 58krát.

Odpověď „prevence syndromu vyhoření“ se v této otázce objevila celkem 53krát. 49krát respondenti uvedli odpověď „pro udržení, rozvoj a znovunabytí fyzické a psychické pohody či rovnováhy“, 44krát odpověď „*Pomáhá mi při mé profesi, pomáhá mi zvládat mou práci, mé pracovní povinnosti.*“, 38krát odpověď „k načerpání nových sil“.

Dále celkem 33krát respondenti vypsali odpověď, že psychohygienu je pro ně důležitá z důvodu udržení fyzického a psychického zdraví, 29krát, že jim psychohygienu pomáhá zajistit pracovní pohodu. 25krát se objevila odpověď „pro rozvoj pracovních a rodinných vztahů“, 19krát odpověď „odpočívání je potřeba a nutností pro každého v pomáhajících profesích“, 16krát byla uvedena odpověď „ke snížení stresu, napětí a únavy“. Respondenti dále uvedli 15krát, že pomocí psychohygieny předchází ovlivňování svého soukromého života výkonem náročného povolání, také 15krát uvedli, že k prevenci stresu. 12krát byla vypsána odpověď „*Psychohygienu mi pomáhá předcházet problémům a starostem*“. Odpověď „prevence zdravotních obtíží“ se objevila 9krát, „zvládání každodenních povinností“ 5krát a 2krát byla napsána odpověď „*Musím být v pohodě, protože mám děti.*“

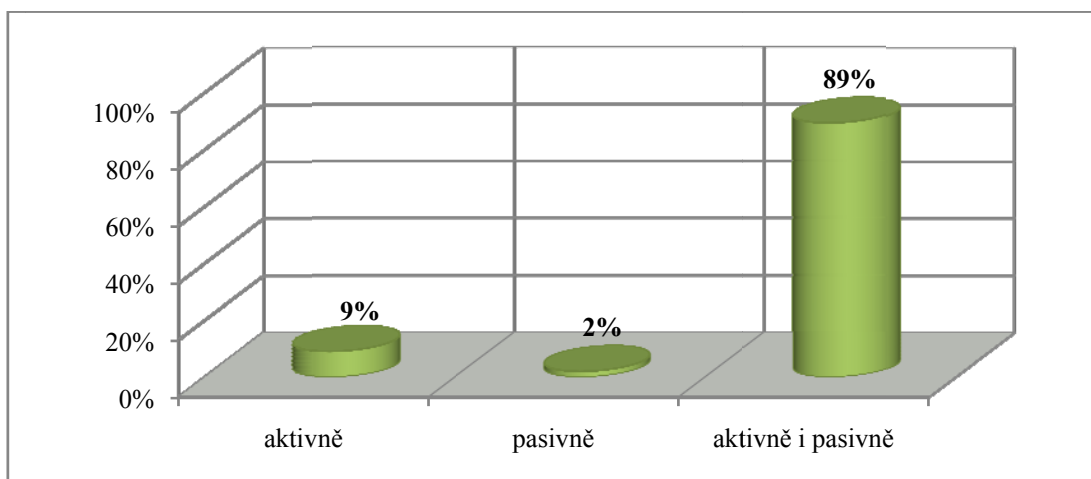
Graf 18: Množství respondentů, kteří využívají prostředky psychohygieny (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že z celého zkoumaného vzorku nejvíce respondentů 88 % (197) využívá prostředky psychohygieny. Zbylých 12 % respondentů (27) si zvolilo odpověď „ne, nevyžívám“ prostředky psychohygieny.

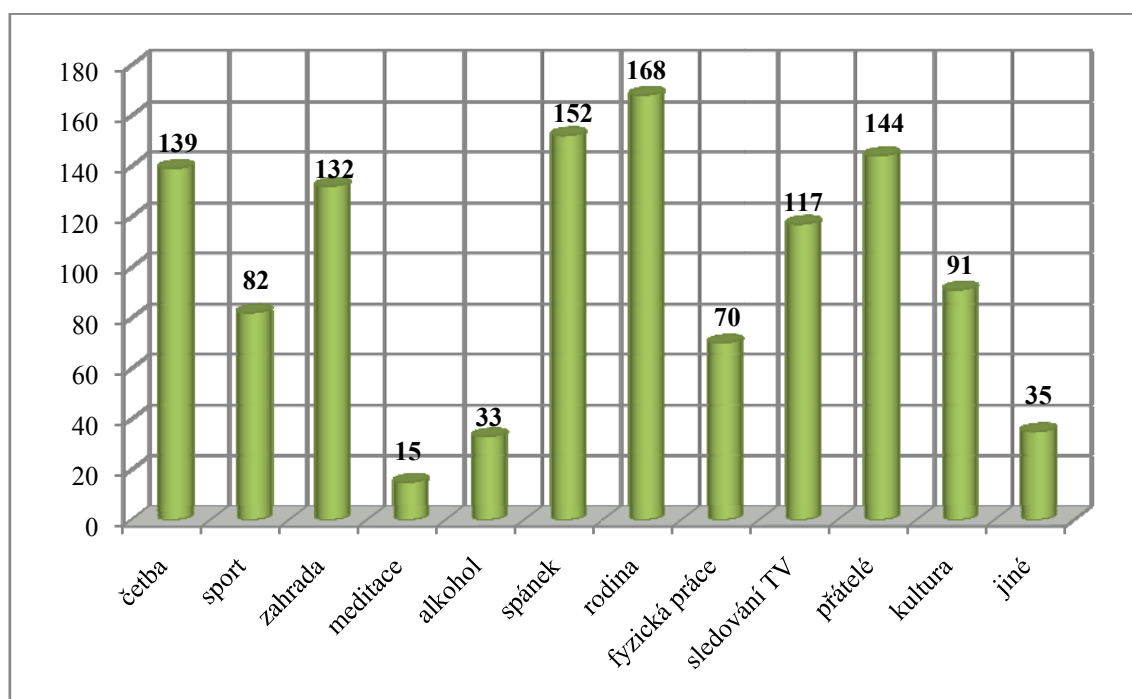
Graf 19: Množství respondentů, kteří zvolili jednu z kategorií prostředků psychohygieny (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „*Odpočíváte, relaxujete, odreagováváte se?*“ z celkového počtu 197 respondentů, kteří v předešlé otázce uvedli, že využívají prostředky psychohygieny, celých 89 % respondentů (175) zvolilo odpověď „aktivně i pasivně“. 9 % respondentů (17) uvedlo, že odpočívají, odreagovávají se aktivně a pouze 2 % respondentů (5) využívá pasivní prostředky psychohygieny.

Graf 20.1: Konkrétní prostředky psychohygieny, které respondenti využívají pokud jsou unaveni z práce (v absolutních číslech)



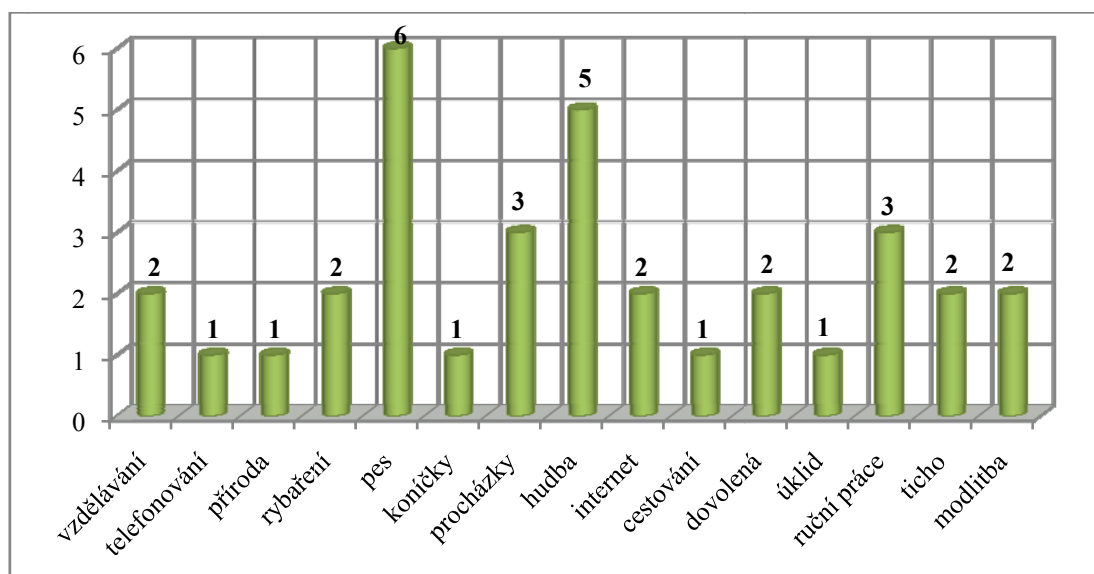
Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu je patrné, že nejčastější uváděnou odpovědí na otázku „*Konkrétně jaké prostředky psychohygieny využíváte, pokud jste unaveni z práce?*“ byla odpověď „rodina“, a to celkem 168krát. Druhou nejčastější odpovědí byl „spánek“, kterou respondenti označili 152krát. Odpověď „přátelé“ byla uvedena 144krát, 139krát to byla „četba“ a 132krát „práce na zahradě“. 117krát byla označena odpověď „sledování televize“, 91krát „kultura“, 82krát „sport“.

Dále respondenti celkem 70krát uvedli jako prostředek psychohygieny, který využívají, fyzickou práci, 35krát uvedli možnost „jiné“ (viz dále graf 20.2). Odpověď „alkohol“ respondenti zvolili celkem 33krát a 15krát zvolili jako prostředek psychohygieny meditaci.

Respondenti měli možnost zvolit více variant odpovědí.

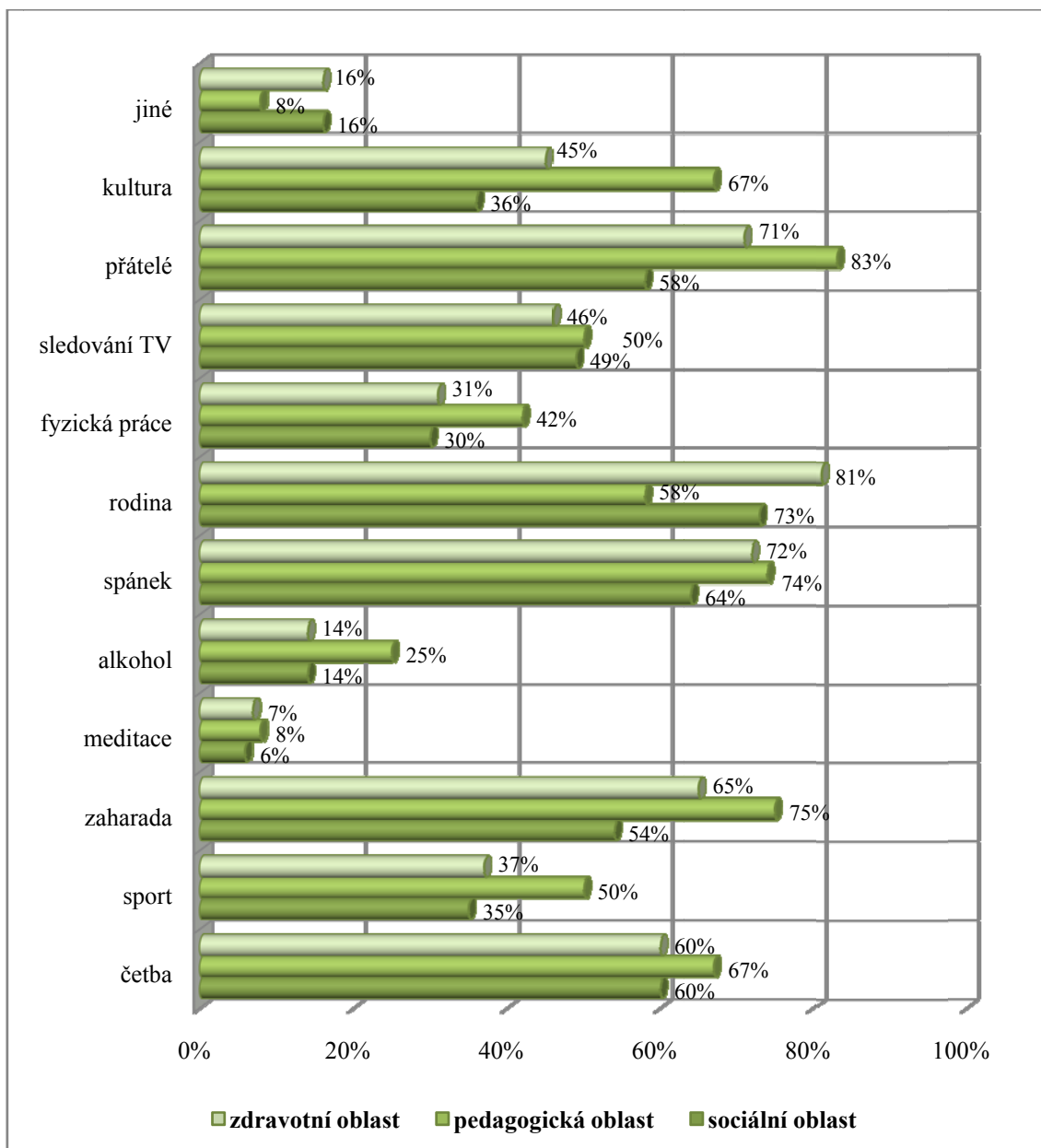
Graf 20.2: Jiné možnosti prostředků psychohygieny (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Nejčastější uváděnou jinou možností bylo „venčení psa“ (6krát). Dále byla uváděna „hudba“ (5krát), „ruční práce a procházky“ (3krát), „vzdělávání, rybaření, internet, dovolená, ticho a modlitba“ (2krát). Pouze 1krát byly uvedeny následující odpovědi: telefonování, příroda, koníčky, cestování a úklid.

Graf 20.3: Srovnání jednotlivých prostředků psychohygieny v závislosti na oblasti pomáhající profese (v %)



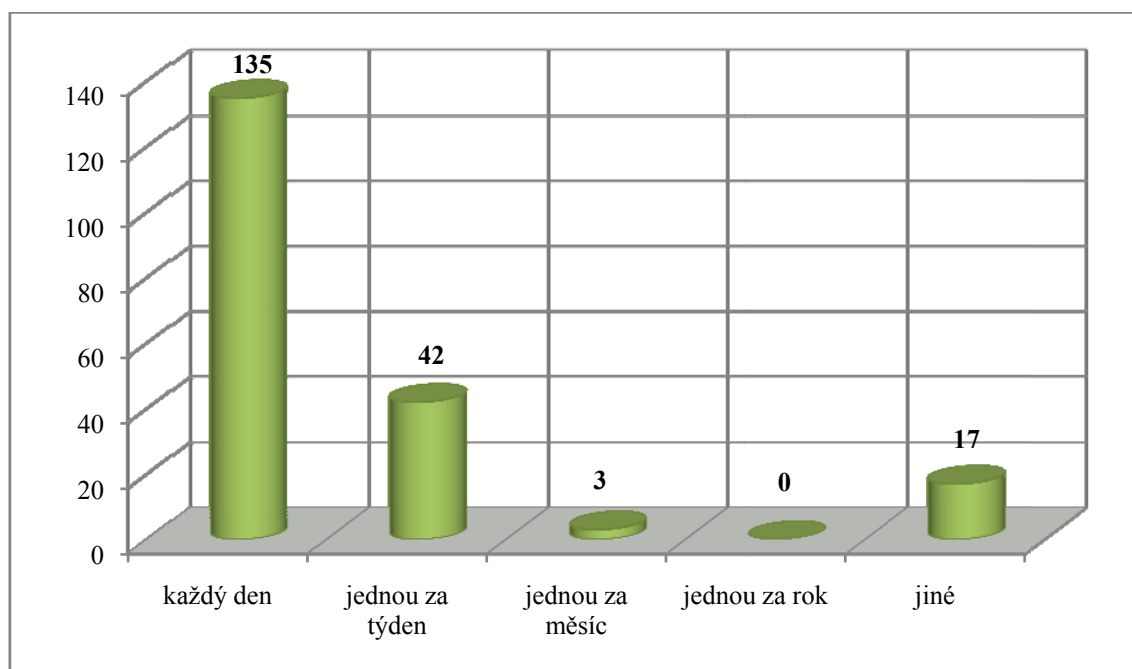
Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že v odpovědích, jako je „četba, meditace, spánek, sledování televize a jiné možnosti“, není rozdíl mezi jednotlivými profesními oblastmi větší než 10 %.

Mezi odpověďmi „sport a fyzická práce“ byl rozdíl větší než 10 %, ale menší než 20 %. V odpovědi „sport“ je největší rozdíl v oblasti pedagogické, kde tuto odpověď označilo 50 % respondentů (6) a v oblasti zdravotní, kde tuto odpověď označilo 35 % respondentů (29).

V ostatních odpovědích v závislosti na oblasti pomáhající profese byly rozdíly nejmarkantnější, tedy větší než 20 %. Těmito odpověďmi jsou: zahrada, rodina, přátelé, kultura. Největší rozdíly mezi profesemi byly zaznamenány v odpovědi „kultura“. Kultura jako prostředek psychohygieny byla označena téměř 36 % respondentů (46) z oblasti sociální a naproti tomu až 67 % respondentů (8) z oblasti pedagogické. 45 % respondentů (37) z oblasti zdravotní zaujímá v této variantě odpovědi prostřední místo.

Graf 21.1: Četnost využívání prostředků psychohygieny (v absolutních číslech)

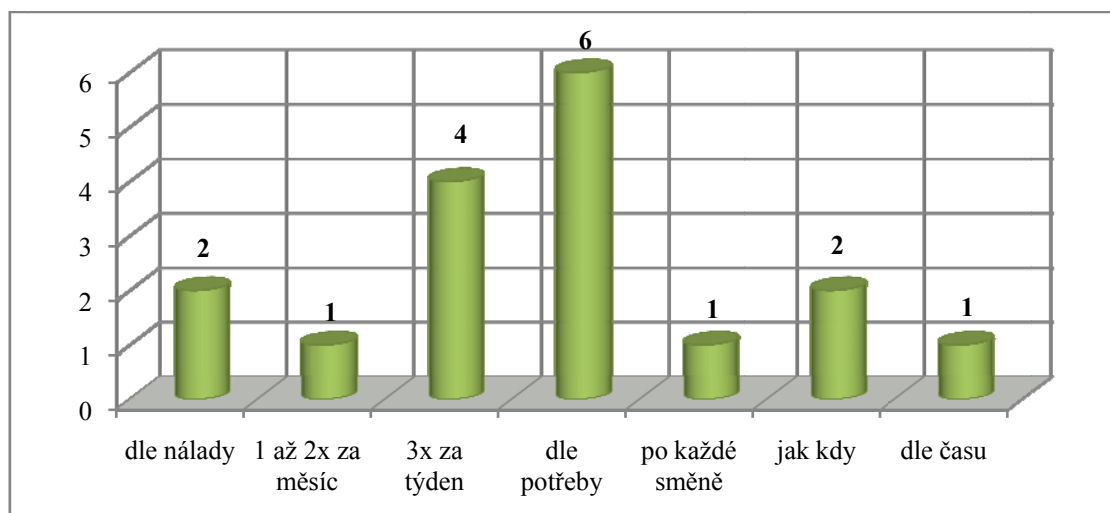


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu je patrné, že na otázku, jak často respondenti využívají prostředky psychohygieny, 135 z nich (69 %) označilo odpověď „každý den“. Jednou za týden využívá prostředky psychohygieny 42 respondentů (21 %), jednou za měsíc

3 respondenti (1 %). Odpověď „jednou za rok“ nebyla respondenty vybrána ani jednou. Jinou možnost zvolilo 17 respondentů (9 %) (viz dále graf 21.2).

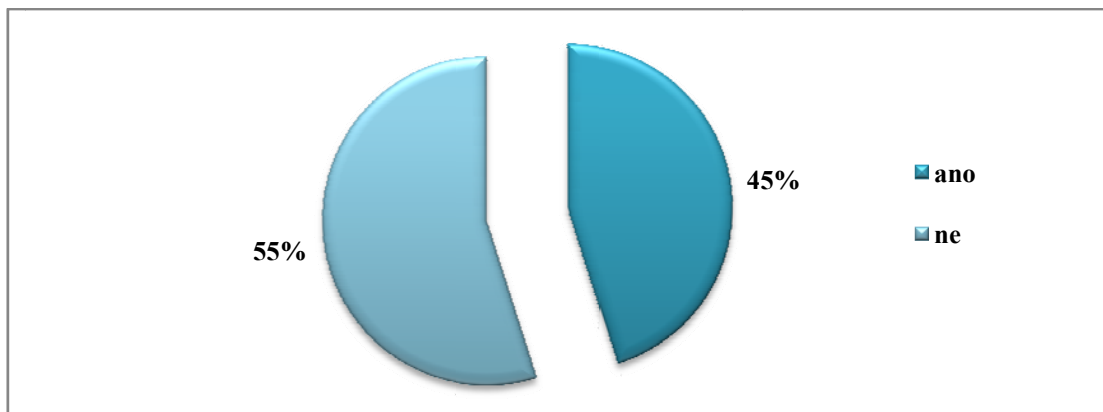
Graf 21.2: Jiné možnosti četností využívání prostředků psychohygieny (v absolutních číslech)



Zdroj: Vlastní výzkum

Majoritní zastoupení v jiných možnostech má odpověď „dle potřeby“, která byla vypsána celkem 6 respondenty (3 %), 4 respondentů (2 %) uvedlo odpověď „3x za týden“, 2 respondenti (1 %) zvolili odpověď „jak kdy“, dále taktéž 2 respondenti (1 %) uvedli, že využívají prostředky psychohygieny podle své nálady. Pouze jeden respondent (0,5 %) zvolil odpověď „1 až 2x za měsíc, dle času a po každé směně“.

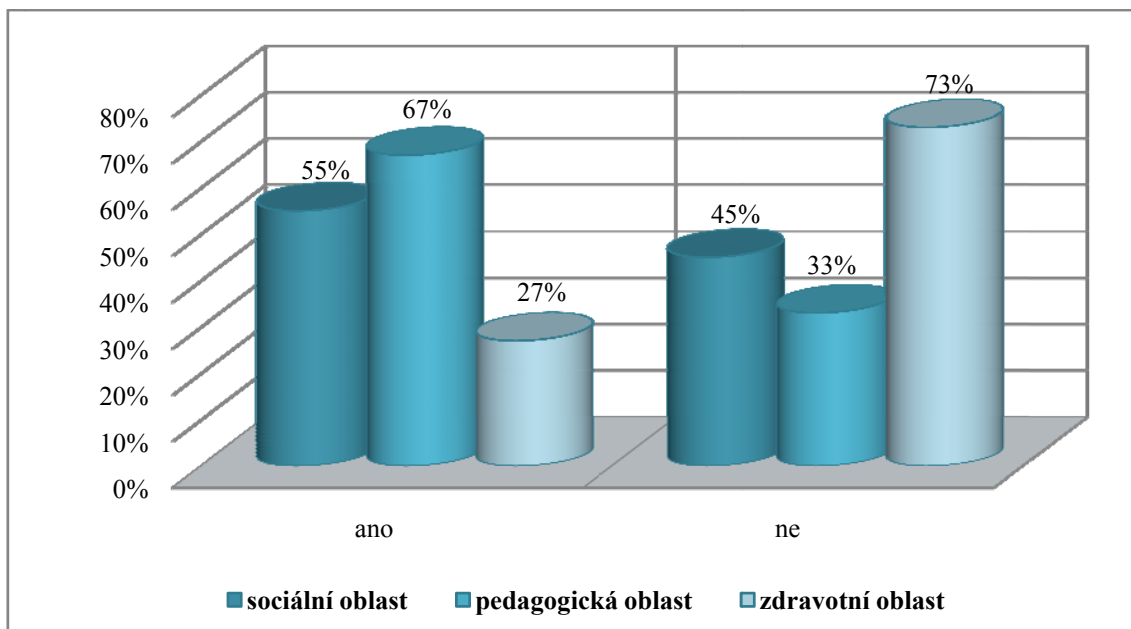
Graf 22.1: Počet respondentů, kteří ve své profesi využívají supervizi (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového zkoumaného souboru 45 % respondentů (101) využívá ve své profesi praxe supervize. 55 % respondentů (123) supervizi při svém povolání nevyužívá.

Graf 22.2: Srovnání odpovědí respondentů podle toho, zda využívají ve své práci supervizi v závislosti na své profesní oblasti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

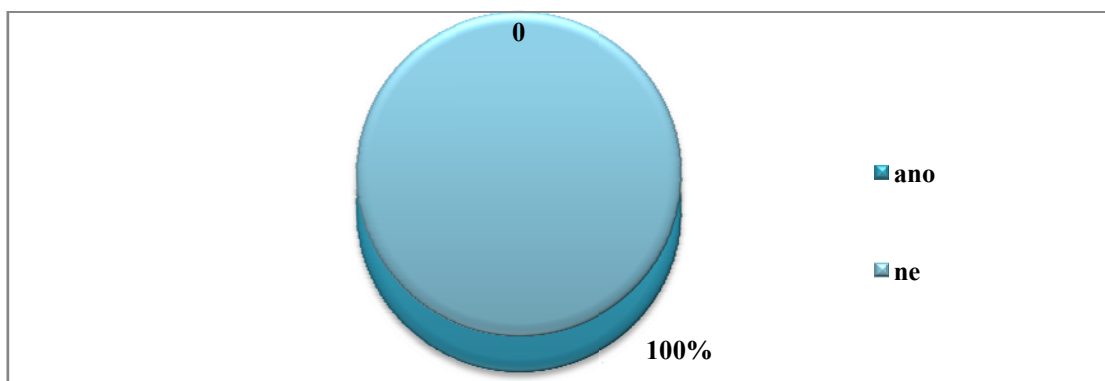
Graf znázorňuje procentuelní vyjádření odpovědí respondentů na otázku, zda využívají ve své práci supervizi v závislosti na profesní oblasti a jejich srovnání.

Z grafu je patrné, že z hlediska procentuelního vyjádření nejvíce ve své profesi využívají supervizi respondenti z pedagogické oblasti, odpověď „ano“ uvedlo 67 % z nich (8), odpověď „ne“ zvolilo 33% (4).

Dále z grafu lze vyčíst, že v oblasti sociální se poměr odpovědí tolik neliší. Ve své práci využívá supervizi 55 % respondentů (71) a tedy 45 % z nich (58) ji nevyužívá.

V oblasti zdravotní byly rozdíly v procentuelním zastoupení odpovědí respondentů největší. V porovnání s ostatními oblastmi pouze 27 % respondentů (22) uvedlo odpověď „ano“ a celých 73 % respondentů (61) ve své profesi supervizi nevyužívá.

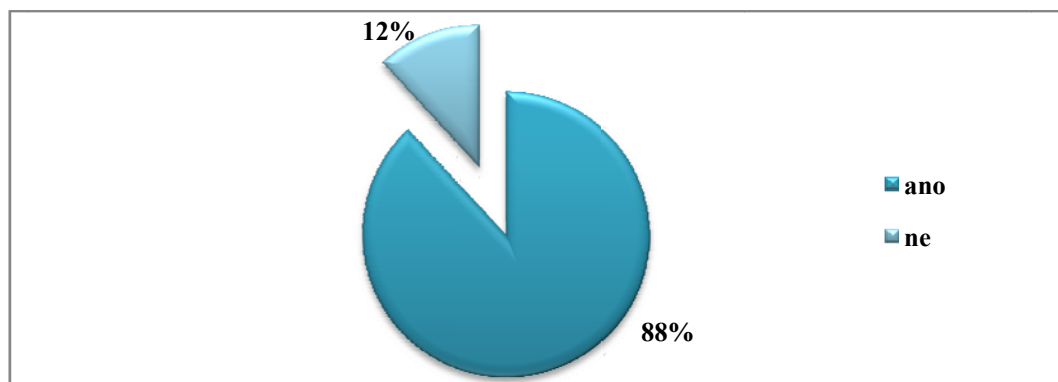
Graf 23: Počet respondentů, kterým zajišťuje supervizi jejich zaměstnavatel (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu 101 respondentů, kteří využívají ve své praxi supervizi, celým 100 % z nich ji zajišťuje jejich zaměstnavatel.

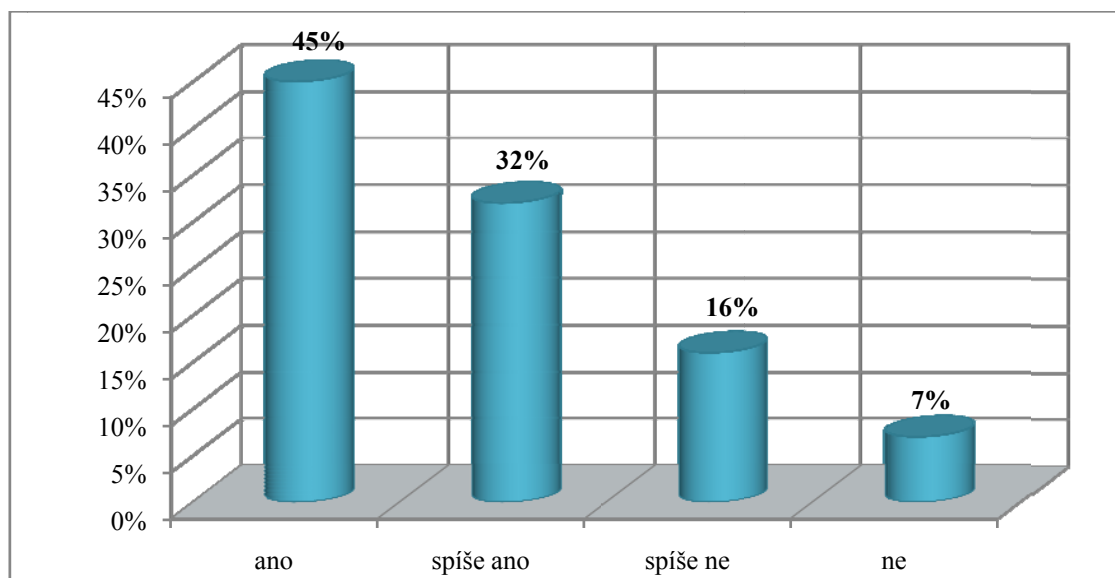
Graf 24: Počet respondentů, pro které je supervize povinná (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Na otázku „*Pokud využíváte ve své práci supervizi, je pro Vás jako zaměstnanec povinná?*“ 88 % respondentů (89), kteří supervizi využívají odpovědělo kladně. Pro 12 % respondentů (12) supervize povinná není.

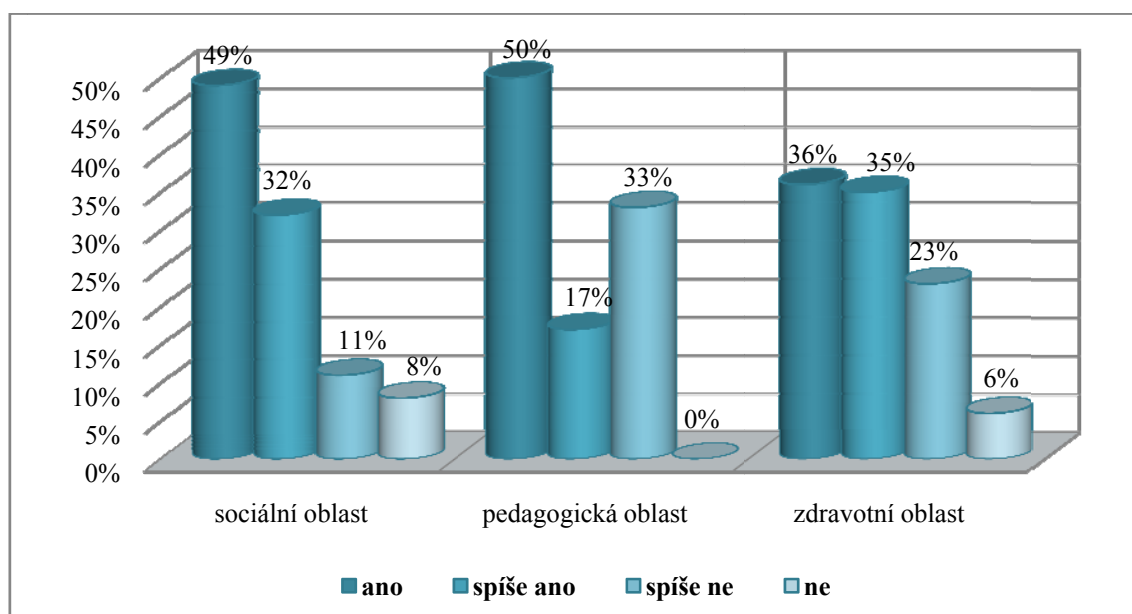
Graf 25.1: Počet respondentů, kteří se domnívají, že je pro jejich profesi supervize smysluplná (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Z celkového počtu respondentů 224 odpovědělo na otázku „Domníváte se, že je supervize pro Vaši profesi smysluplná?“ 45 % respondentů (100), že ano. 32 % respondentů (72) uvedlo odpověď „spíše ano“. „Spíše ne“ uvedlo 16 % respondentů (37). Z grafu je dále patrné, že pouze 7 % respondentů (15) se domnívá, že supervize pro výkon jejich profese smysluplná není.

Graf 25.2: Srovnání odpovědí respondentů podle toho, zda se domnívají, že je pro jejich profesi supervize smysluplná v závislosti na profesní oblasti (v %)



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf znázorňuje procentuelní vyjádření odpovědí respondentů na otázku, zda se domnívají, že je pro jejich profesi využívání supervize smysluplné, v závislosti na profesní oblasti a jejich srovnání.

Z grafu je patrné, že ve všech oblastech odpověď na otázku, zda se domnívají, že je pro jejich profesi supervize smysluplná, většina respondentů uvedla odpověď „ano“ nebo „spíše ano“. Z oblasti sociální tyto odpovědi zvolilo 81 % respondentů (105), z pedagogické oblasti 67 % (8) a z oblasti zdravotní to bylo 71 % respondentů (59).

5. Diskuse

Teoretická část diplomové práce byla zaměřena na definování psychohygieny, jakožto oboru zabývajícího se udržením, prohloubením a znovuzískáním duševního zdraví, jejích zásad, pravidel a rad, a pokusila se zdůraznit její nepostradatelnost v případě pracovní zátěže. Naproti tomu její praktická část se snaží podívat na tuto problematiku z pohledu těch, kteří by její prostředky měli znát, využívat je a uvědomovat si její důležitost v pracovním i soukromém životě, tedy z pohledu pracovníků v tzv. pomáhajících profesích. Pomáhající profese jsou bezesporu všeobecně považovány za velmi náročné. Na pracovníky jsou na kladeny vysoké nároky, vždy musí být připraveni pomáhat druhým s jejich problémy a těžkými životními situacemi. Pokud je ale ohrožena či vyčerpána „duše pomáhajícího“, nezůstává jim v mnoha případech nic jiného než se spoléhat sami na sebe. A právě působení a ovlivňování sebe sama a zevního prostředí pokládá Míček (1984) za podstatu psychohygieny.

Proto bylo cílem této práce zjistit, jak pomáhající pracovníci subjektivně hodnotí svou pracovní zátěž, zda vědí, jakým způsobem čelit této zátěži, a zjistit konkrétně, jakými prostředky psychohygieny se se zátěží plynoucí z jejich povolání vyrovnávají. Výsledky měly také umožnit srovnání údajů získaných od zaměstnanců v závislosti na jejich oblasti pomáhající profese, na jejich cílové skupině klientů a na jejich nejvyšším dosaženém vzdělání.

Pracovníci pomáhajících profesí, kteří se zúčastnili výzkumu, jsou zaměstnanci šestnácti zařízení poskytujících sociální služby na území pelhřimovského regionu, který se nachází v kraji Vysočina.

Ke specifikaci respondentů posloužily výzkumné otázky, které zjišťovaly pohlaví, věk, vzdělání pracovníků, oblast jejich pomáhající profese, konkrétní náplň práce a dobu, po kterou vykonávají své nynější povolání. Identifikační otázky nejsou potřebnou součástí k potvrzení či vyvrácení předpokládaných hypotéz, byly však zdrojem zajímavých informací o zkoumaném souboru. Tou je například to, že z celkového počtu pracovníků byla výrazná převaha žen, jak ukazuje tabulka 1, s více jak 93 % (209). Čistě ženské kolektivy nejsou nic neobvyklého, bývají však často považovány za

problematické, s více konflikty a pomluvami. I přes tento všeobecně známý fakt je z výzkumu patrné, že převážná část těchto pracovníků se ve svém pracovním kolektivu cítí příjemně (graf 9).

Před samotným výzkumem byly stanoveny 3 hypotézy. První z nich předpokládala to, že pracovníci pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby v pelhřimovském regionu si uvědomují míru svého pracovního zatížení. K potvrzení či vyvrácení této hypotézy se vztahovaly otázky v dotazníku č.1 až č.6.

Guggenbühl-Craig (2007) uvádí, že základem pomáhajících profesí jsou přímé výkony pomoci lidem v nouzi. Lze tedy předpokládat, že zdrojem náročnosti práce pomáhajících pracovníků ve zkoumaných zařízeních poskytujících sociálních služby je právě přímá práce s lidmi. Proto byla důležitá informace, že konkrétní náplní u více než tří čtvrtin pracovníků je přímá práce s klientem (graf 4.1).

Při zjišťování zátěže respondentů výzkum opravdu prokázal, že pracovníci v pomáhajících profesích svou práci za náročnou považují, a to z celých 99 % (221), jak ukazuje graf 6. V této souvislosti Jankovský (2003) upozorňuje, že nepřiměřená pracovní zátěž ve spojení s fyzickou, psychickou a emocionální náročností výkonu pomáhajícího povolání může vést až k naprostému vyčerpání.

Poté následovalo podrobnější zkoumání pracovní zátěže respondentů. Bylo zjištěno, že více jak polovina respondentů (150) označila svou práci za náročnou jak po stránce fyzické, tak psychické (graf 7.1). Tato skutečnost samozřejmě vyplývá ze situace, že většinu respondentů tvoří zaměstnanci, jejichž práce je spojena s manipulací s klientem a břemeny. Jsou to především zdravotní sestry, ošetřovatelé/ky, sanitáři/ky a pracovníci/ce přímé obslužné péče.

Dále pak graf 8 ukazuje, že pro 58 % respondentů (131) je jejich povolání náročné i časově, tzn. pracují přes čas nebo plní své pracovní povinnosti ve svém volném čase, což samozřejmě vede k jejich dalšímu zatížení a zkracování tak času na regeneraci sil a odpočinek.

Zajímavé bylo pak srovnání, jak vnímají stránku náročnosti pracovníci v závislosti na své profesní oblasti. Graf 7.2 dostatečně znázorňuje zjištěné údaje.

Významně se od ostatních oblastí pomáhajících profesí odlišují odpovědi zdravotnických pracovníků, kde více jak 86 % z nich (71) spatřují náročnost své práce po stránce nejen fyzické, ale i psychické. Výzkum tak potvrdil slova J. Křivohlavého a J. Pečenkové (2004) vypovídající o fyzické náročnosti povolání zdravotníků jenž s sebou nese také velkou zátěž psychickou. Ona zátěž vyplývá jak ze samotné podstaty této profese, tak ze sociálních interakcí a komunikačních i jiných problémů, k nimž každodenně dochází. Taktéž Komačková (2009) považuje tuto profesi za namáhavou z hlediska fyzického i psychického a zároveň na toto téma dodává „...*je to práce s člověkem a pro člověka, zpravidla nemocného a pracovníci řeší a prožívají problémy spojené s utrpením, bolestí, nemocí a smrtí pacientů, což představuje velkou psychickou zátěž a riziko vzniku syndromu z vyhoření.*“

Když předpokládáme, že práce pedagogických a sociálních pracovníků (s výjimkou pracovníků v přímé obslužné péči) v převážné většině případů nevyžaduje manipulaci s klientem či jinou fyzicky náročnou činnost, není potom překvapivé, že polovina pracovníků z pedagogické oblasti a téměř polovina ze sociální oblasti považují své povolání náročné pouze po stránce psychické. Tato zjištěná fakta potvrzuje i výzkumná studie Hodačové a kol. (2007), která sledovala pracovní psychickou zátěž různých profesí včetně pedagogické. A právě nejvyšší psychickou zátěž sledovala u pedagogů.

Neméně zajímavé byly informace získané srovnáním odpovědí na tutéž otázku, tedy stránku náročnosti práce v závislosti na cílové skupině klientů (graf 7.3). Za nejvýznamnější lze považovat údaje získané od respondentů, kteří pracují se seniory, a to z důvodu jejich nadpolovičního zastoupení (tabulka 2). Více než tři čtvrtiny pracovníků, kteří pečují o seniory, hodnotí své povolání jako náročné po stránce fyzické i psychické. Janečková (2004) to vysvětluje tím, že práce se seniory v zařízeních poskytující sociální služby není sama o sobě důsledkem věku klientů, ale zhoršeným zdravotním stavem a tím i poklesem funkčních schopností a soběstačnosti. Naproti tomu druhá nejpočetnější skupina zaměstnanců pracujících s lidmi s mentálním postižením považuje své povolání za psychicky náročné téměř z poloviny. A až 65 % respondentů třetí největší skupiny poskytujících své služby lidem s duševním

onemocněním svou profesi označili jako psychicky náročnou.

Další zjišťovanou informací v souvislosti s pracovní zátěží, která jak předpokládám, je nejen pro pracovníky v pomáhajících profesích nezanedbatelná, byl fakt, zda mzda respondentů podle jejich názoru odpovídá jejich pracovní zátěži (graf 10.1). Podle očekávání téměř dvě třetiny respondentů se svojí mzdou spokojeno není. To mě samozřejmě vede k myšlence: kdo by za svou práci nechtěl být ohodnocen lépe? Tato zjištěná fakta byla dále podrobněji rozebrána (graf 10.2) s očekáváním, že nespokojeni budou převážně respondenti s vyšším stupněm dosaženého vzdělání, kteří pochopitelně mají větší požadavky na své finanční ohodnocení. Překvapením pak bylo zjištění, že naopak nejvíce nespokojeni s oceněním své práce byli respondenti se základním vzděláním (82 %) a středoškolským vzděláním bez maturity (69 %). Až třetí příčku v tomto srovnání obsadili respondenti s vysokoškolským magisterským vzděláním (66 %).

I přes zjištění předešlých informací, že pracovníci pomáhajících profesí se domnívají, že jejich pracovní zátěž není dostatečně finančně ohodnocena, napadá mě otázka: „*Jsou tedy spokojeni ve svém zaměstnání?*“. Z výzkumu je patrné, že ano (graf 11.1). Celých 94 % (210) z nich uvedlo, že ve svém zaměstnání jsou spokojeni. Domnívám se tedy, že uspokojení respondentům při výkonu jejich pomáhající profese zajišťují i jiné hodnoty. Proto souhlasím s Kopřivou (2006) v tom, že pomáhající povolání dokážou nadchnout a patří k těm, která člověk snadno vykonává se zápalem a pro uspokojení dosažené už v činnosti samé, s menším důrazem na odměnu či jiné výhody. W. Schmidbauer (2002) zase vysvětluje spokojenost pracovníků v pomáhajících profesích a setrvávání na problematicky finančně honorovaných postech jako uspokojování potřeb pomáhajících tým, že pomáhají.

Pokud se tedy pokusíme shrnout výsledky z předchozích grafů, můžeme konstatovat, že většina pracovníků pomáhajících profesí si míru náročnosti své práce uvědomuje a dokáže svou pracovní zátěž specifikovat.

Na základě těchto zjištěných údajů lze tedy 1. hypotézu považovat za potvrzenou.

Druhá stanovená hypotéza předpokládala, že pracovníci pomáhajících profesí jsou seznámeni s možnostmi, jak se mohou vyrovnat s pracovní zátěží. K potvrzení či vyvrácení této hypotézy se vztahovaly otázky č.7 až č.12.

V otázce, zda jsou pracovníci seznámeni s možnostmi psychohygieny jako prostředku vyrovnávání se zátěží plynoucí z jejich povolání bylo tedy přinejmenším zajímavé zjistit, zda respondenti pojmu psychohygieny (duševní hygiena) vůbec rozumí, jakou o ní mají představu. Konkrétní představy respondentů jsou znázorněny grafem 12. O pojmu psychohygieny má alespoň nějakou představu celkem 89 % respondentů (199), zbylých 11 % z nich (25) tuto otázku nevyplnili a lze tedy předpokládat, že pojem psychohygieny jim mnoho „neříká“. Ti, co alespoň nějakou představu měli, v převážné většině však uvedli již samotné zásady či doporučení životního stylu, které jsou prostředkem psychohygieny. Toto ale nehodnotím špatně a chápu, že pro někoho je těžké tento pojem charakterizovat vlastními slovy bez možnosti výběru z nabídky. Potěšující pro mě ale bylo, že více než třetina respondentů měla zcela správnou představu o psychohygieně jako takové a v některých případech se uvedené myšlenky jen málo lišily od definic popsanych v teoretické části této práce. Pracovníci pomáhajících profesí psychohygienu specifikovali například jako prostředek k upevnění duševní rovnováhy, k ochraně duševního zdraví nebo každodenní péči o duševní pohodu.

Neznalost pojmu psychohygieny některých pracovníků je možné si vysvětlit slovy J. Křivohlavého (2003): „...slovem hygiena se u nás rozumí spíše hygiena tělesná a duševní hygiena je tak oproti té tělesné méně známým pojmem“. Podobným způsobem tuto problematiku popisuje Gruber (2002), který mluví o tom, že duševní hygiena je sousloví nejspíše nešťastně zvolené a u části populace je přijímáno s pozdviženým obočím, přezíráním a odporem a doslova uvádí „...vyvolává obvykle představu něčeho jako mentálního kartáčku na zuby a dalších sanitárních úkonů a zařízení.“

V souvislosti s výše zjištěnými údaji jsou potom přinejmenším věci, nad kterou jsem se zamyslela, výsledky vyplývající z grafu 13.1. Celá třetina z celkového počtu respondentů nezná žádné zásady psychohygieny, tzn., že i někteří z těch, kteří je vypsali v předešlé otázce, následně uvedli, že je přesto nezná. To ve mně vyvolává dojem, že

někteří respondenti opravdu o pojmu psychohygienu představu mají, někdo z nich nemá žádnou a představa těch, co uvedli už rovnou její prostředky či zásady, se mi zdá povšechná. Což opět potvrzují výše uvedená tvrzení Krivohlavého a Grubera.

Při srovnání znalosti či neznalosti zásad psychohygieny v závislosti na profesní oblasti respondentů (graf 13.2) se nejlépe projeví zdravotničtí pomáhající pracovníci (75 %). Při porovnání pak těchto informací s grafem 3.1 se ukazuje, že více než 70 % pracovníků ze zdravotní oblasti má středoškolské vzdělání s maturitou a vyšší. Řekla bych, že stupeň dosaženého vzdělání určitě hraje svou roli ve znalosti problematiky psychohygieny respondentů, ale zároveň si myslím, že to nejde přímočaře zobecnit a že svou roli zde hraje i „laický rozum“.

Graf 14 pak vytváří obraz o tom, jaké zásady nejčastěji pracovníci znají. Výčet zásad je téměř vyčerpávající a velké množství respondentů jich vypsalo hned několik najednou. Nejčastější zásadou byl pracovníky uváděn „odpočinek“. Otázkou pak zůstává, zda se uvedenými zásadami pomáhající pracovníci i řídí. Tuto otázku rozebírá Bartko (1976) a říká, že mnoho lidí zásady zdravého duševního života zná, ale často je podceňuje a nechová se podle nich. Zda se jimi řídí pracovníci pomáhajících profesí v zařízeních sociálních služeb v pelhřimovském regionu, ukazuje graf 15, ze kterého je patrné, že striktně „ano“ odpovědělo 13 % z nich a „spíše ano“ dalších 54 %. Pokud se pokusíme odůvodnit názor zbývajících třetiny respondentů, kteří se zásadami psychohygieny spíše neřídí nebo neřídí, hraje zde opět svou roli nedostatečné porozumění či znalost samotnému pojmu psychohygienu. Dále je zde na místě vysvětlení Míčka (1984): „...někteří lidé si kladou otázku, zda je duševní hygiena skutečně použitelná v každodenním životě. Někomu se zdá nemožné, aby sám sebe v souladu se zásadami psychohygieny vůbec nějak ovlivnil a praktické uplatňování duševní hygieny se mu tedy jeví neproveditelné.“ Navíc Gruber (2002) k tomuto dodává, že k hygieně se někteří z nás staví jako k něčemu, co už dávno děláme, co jsme se naučili, když jsme byli malí, a vykonávat pro to jakoukoli další aktivitu a rozvíjet ji už nepotřebujeme.

Překvapivé pro mě byly další zjištěné okolnosti v rámci problematiky psychohygieny (graf 16.1), a to, že téměř 90 % respondentů se domnívá, že psychohygieny je pro ně důležitá. To znamená, že u některých pracovníků i bez ohledu na to, zda vědí, co to psychohygieny je nebo jaké jsou její zásady, rady či doporučení. Domnívám se tedy, že zde svůj podíl měl už samotný termín „hygieny“, který ve většině lidí vzbuzuje cosi, co je bezpochyby vhodné a prospěšné.

Následné porovnání důležitosti psychohygieny pro respondenty s jejich profesní oblastí (graf 16.2) ukázalo, že oblast jejich pomáhající profese jejich názory neovlivnila nijak zásadně, i když tu určité odlišnosti byly. Největší rozdíl v odpovědích je patrný u pracovníků ze sociální oblasti, kteří ve více než 16 % uvedli neví. Tyto poznatky korespondují s grafem 13.2, ze kterého vyplývá fakt, že necelých 40 % pracovníků ze sociální oblasti nezná zásady psychohygieny a je tudíž pochopitelné, že psychohygienu považují za nedůležitou.

V souvislosti s důležitostí psychohygieny pro respondenty si myslím, že je zajímavé dále pátrat po důvodech, proč se pracovníci domnívají, že je pro ně psychohygieny důležitá. Důvody, které zobrazuje graf 17, byly velmi rozmanité, upřímné a výstižné. Velice mě potěšilo zjištění, jak moc si někteří pomáhající pracovníci uvědomují náročnost svého povolání, důležitost odpočinku, starostí o své zdraví a prevence syndromu vyhoření.

Pokusíme-li se shrnout získané informace z předešlých sedmi grafů, můžeme říci, že většina pracovníků pomáhajících profesí má víceméně správnou představu o pojmu psychohygieny, dvě třetiny respondentů zná nějaké zásady psychohygieny, což následně potvrdili prostřednictvím jejich konkrétním uvedením. Současně pak dvě třetiny z nich následně uvedli, že se těmito zásadami řídí. A zhruba 90% pomáhajících pracovníků se domnívá, že psychohygieny je pro jejich život důležitá.

Na základě zjištěných údajů lze považovat 2. hypotézu za potvrzenou.

Třetí stanovená hypotéza předpokládala eliminaci pracovní zátěže pomocí aktivních i pasivních prostředků psychohygieny. K potvrzení či vyvrácení této hypotézy se vztahovaly otázky č.13 až č.20.

Tato hypotéza vycházela z faktu, že pracovní zátěž vede k celkovému snížení fyzického i duševního výkonu, k pocitu únavy a vyčerpání a myšlenky Nakonečného (1996), že odbourávání pracovní zátěže je možné nejen pasivně, tedy spánkem, nicneděláním nebo sledováním televize, ale i aktivně prostřednictvím sportu, tance, poslechu hudby, různé druhy zábav a další činnosti, jejichž volba závisí na individuálních zájmech jedince.

Pro stanovení této hypotézy bylo přínosné nejprve zjistit, zda pomáhající pracovníci prostředky psychohygieny využívají. Z grafu 18 vyplývá, že většina dotázaných pracovníků (89 %, 197) prostředky psychohygieny využívá a 88 % z nich (175) volí aktivní i pasivní prostředky (graf 9). Tento stav považují za pozitivní, protože jak uvádí Bartko (1976), oba druhy prostředků psychohygieny, tedy odpočinku a regenerace pracovních sil, jsou stejně důležité.

Po následném rozboru využívaných konkrétních prostředků psychohygieny (graf 20.1) je patrné, že nejčastější místo, kde pracovníci pomáhajících profesí odpočívají, je rodina. Tuto odpověď si zvolilo téměř 90 % respondentů. Toto zjištění potvrzuje slova Jankovského (2003), který uvádí, že rodina je v mnoha směrech pro člověka nenahraditelná, dochází k vytváření důležitých vzájemných sociálních vztahů mezi jejími členy. Třetí nejčastější uváděnou odpovědí byly přátelé (75 %). Zde je myslím na místě uvést opět tvrzení Míčka (1984): „*Mezilidské vztahy jsou rozhodujícím faktorem pro udržení duševního zdraví.*“ Zdá se tedy, že pracovníci pomáhajících profesí ve velké míře čerpají sílu pro vykonávání své náročné profese právě v těchto dvou hlavních složkách duševní rovnováhy. Spánek, jako základní fyziologická potřeba všech lidí, je pochopitelně uváděn též většinou respondentů (77 %).

Na téměř opačném pólu ve využívání stojí sport a fyzická práce, pracovníci ji v porovnání s ostatními prostředky uváděli o poznání méně často (40 %, 30 %). To zřejmě potvrzuje skutečnost vyplývající z grafu 7.1, že velká část respondentů považuje svou práci za náročnou po stránce fyzické i psychické. Tím je, předpokládám,

nedostatek fyzických sil na tyto činnosti u většiny z nich. Ve stejném, respektive podobné duchu hovoří i Bedrnová a kol. (1999), která doporučuje odpočívat tak, že děláme zcela jiné aktivity než ty, jež jsou obvyklé pro výkon našeho povolání. Takže lidé, kteří pracují fyzicky, odpočívají způsobem, aby aktivizovali svůj duševní potenciál, a naopak lidé pracující pouze duševně by v ideálním případě alespoň zčásti měli svůj volný čas realizovat aktivitami rozvíjejícími jejich fyzickou kondici. Tato myšlenka se promítá i v grafu 7.2, který prokazuje, že pedagogičtí pracovníci uvádějící z 50 % svou práci za pouze psychicky náročnou a mnohem častěji než respondenti z ostatních profesních oblastí ve svém volném čase odpočívají sportem a fyzickou prací.

Doplňující informací v této problematice byla četnost realizace prostředků psychohygieny (graf 21.1). Více než dvě třetiny pracovníků „relaxuje“ každý den a dělá podle mého dobře. Každý by si měl alespoň jednou za den najít chvíli pro sebe.

V poslední fázi empirické části této práce jsem se zaměřila na to, zda respondenti při výkonu svého povolání využívají supervizi. Považuji jí v pomáhajících profesích za velmi přínosný prostředek psychohygieny. Vede k profesionálnímu rozvoji pomáhajícího, rozšiřování jeho dovedností, pomáhá řešit obtížné případy, vyrovnávat se s pracovní zátěží a stresem a v neposlední řadě jako prevence syndromu vyhoření. Matoušek a Hartl (2003) dokonce tvrdí, že k rozvoji syndromu vyhoření specificky přispívají pracoviště, kde právě supervize chybí.

Z výzkumu vyplývá, že 45 % respondentů při své profesi supervizi využívá (graf 22.1), zhruba pro 88 % z nich je povinná (graf 24) a všem ji zajišťuje jejich zaměstnavatel (graf 23). Supervize je praktikována celkem ve 13 zařízeních poskytujících sociální služby. Ovšem v sedmi z nich má supervizi jen část zaměstnanců. Z hlediska ostatních pracovišť, kde supervize vůbec neprobíhá, tento stav považuji za nedostatečný a domnívám se, že je to přinejmenším jedna z možností, jak by konkrétní zařízení mohla přispět k lepší psychohygieně svých zaměstnanců.

Jak je obecně známo, supervize se u nás prosazuje především v sociální práci. Naopak u zdravotnických pracovníků jen velmi málo. Zde zdá se mi vhodné uvést tvrzení Markové (2008): „*V českém zdravotnickém prostředí není dosud pojem supervize zažit, a tak obrovské rozvojové možnosti, které supervize nabízí, jsou*

využívány jen zřídka.“ S touto skutečností koresponduje graf 22.2. Výzkum porovnáním využívání supervize v jednotlivých oblastech pomáhajících profesích ukazuje, že nejméně je uplatňována právě ve zdravotnické oblasti (27 %, 22).

Zajímavé bylo také zjištění, že z celkového počtu dotazovaných pracovníků se téměř tři čtvrtiny domnívají, že je pro jejich povolání supervize smysluplná (graf 25.1). Následné zkoumání těchto odpovědí dále vypovídá o tom, že nejčastěji supervizi za smysluplnou považují zdravotničtí pracovníci, kteří ji ze všech tří profesních oblastí využívají nejméně. Toto zjištění nepotvrzuje slova Markové (2008), která uvádí, že zdravotníci často mají dojem, že supervize je nějaká kontrola, nástroj ke zjišťování nedostatků, a proto jejich postoj vůči ní je spíše vlažný, ne-li přímo záporný.

Shrneme-li zjištěné informace z předešlých grafů, je jisté, že pomáhající pracovníci pečují sami o sebe pomocí obou stejně důležitých prostředků psychohygieny. Z pasivních je vhodný pouze spánek, ale je důležité, aby byl dostatečně dlouhý a kvalitní, často však respondenti sledují televizi. Z aktivních je to především čas strávený s rodinou a přáteli, dále velmi často pracovníci odpočívají prostřednictvím četby, práce na zahradě nebo kulturních zážitků. Neméně přínosné je to, že tyto praktiky většina z respondentů realizuje denně. Supervizi využívá necelá polovina, ale domnívám se, že i 45 % z celkového počtu pracovníků je úspěchem. Pozitivem do budoucna pro případné rozšíření její realizace i v ostatních zařízeních je to, že ji pracovníci v převážné většině považují za smysluplnou.

Na základě zjištěných údajů lze tedy považovat 3. hypotézu také za potvrzenou.

6. Závěr

Diplomová práce byla zaměřena na psychohygienu pracovníků v pomáhajících profesích z důvodu velké náročnosti jejich povolání a ohrožení syndromem vyhoření. Práce poukázala na to, že téma psychohygieny je a bude pro pomáhající pracovníky stále aktuální. Výzkum prokázal, že práce pracovníků v pomáhajících povoláních je náročná. Pracovníci jsou vystaveni nejen fyzické, ale i psychické zátěži, většina z nich ví, jakým způsobem čelit této zátěži, a proto využívají aktivních i pasivních psychohygienických prostředků.

V práci byly předem stanoveny tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že pracovníci pomáhajících profesí v zařízeních poskytujících sociální služby v pelhřimovském regionu si uvědomují míru svého pracovního zatížení. Tato hypotéza byla výzkumem potvrzena. Druhá hypotéza předpokládala, že pracovníci pomáhajících profesí jsou seznámeni s možnostmi vyrovnání se s pracovní zátěží. Tato hypotéza byla výzkumem také potvrzena. Třetí hypotéza předpokládala, že pracovníci pomáhajících profesí eliminují svou pracovní zátěž pomocí aktivních i pasivních prostředků psychohygieny. Třetí hypotéza byla též výzkumem potvrzena.

Cílem této práce bylo zjistit, jak pomáhající pracovníci subjektivně hodnotí svou pracovní zátěž, zda vědí, jakým způsobem čelit této zátěži, a zjistit konkrétně, jakými prostředky psychohygieny se se zátěží plynoucí z jejich povolání vyrovnávají. Tento cíl byl v rámci možností splněn. Zároveň práce poskytla zajímavé informace, které budou k dispozici vedoucím pracovníkům zařízení poskytujících sociální služby v regionu Pelhřimov, kteří si je již před realizací výzkumného šetření předem vyžádali. Práce je nejen ukázkou názorů a myšlenek zaměstnanců v těchto zařízeních, ale mohla by být i podnětem k aktivnímu přístupu v otázce řešení dané problematiky. Pro samotné představitele pomáhajících profesí je práce přinejmenším souhrnným zdrojem informací k tématice duševní hygieny. Mohla by však být také impulsem k zamyšlení se nad svým pracovním i soukromým životem s cílem možná až příliš naivním: zlepšit, popřípadě zachovat vše, co jen na životosprávě z pohledu duševní hygieny lze.

Nejvýstižnější se mi pro ukončení této práce jeví slova PhDr. Míčka (1984):
„Není v silách duševní hygieny přivést člověka bezpečně ke štěstí, může však ukázat chyby, dát několik základních rad, avšak tam věda o životě končí a začíná umění života.“

7. Seznam použitých zdrojů

Monografie

- 1) BARTKO, D. 1976. *Moderní psychohygienu*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1976. 456 s. 11-072-76.
- 2) BEDRNOVÁ, E. a kol. 1999. *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 1999. 160 s. ISBN 80-7168-681-6.
- 3) BEŇO, I. 2003. *Náuka o výživě. Fyziologická a léčebná výživa*. 1. vyd. Martin: Osveta, 2003. 142 s. ISBN 80-8063-089-5.
- 4) BLUMENFELD, L. 1996. *Velká kniha relaxačních technik*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1996. 184 s. ISBN 80-7205-062-1.
- 5) CAPPONI, V., NOVÁK, T. 1998. *Sám sobě psychologem*. 2. vyd. Praha: Grada, 1998. 216 s. ISBN 80-7169-362-6.
- 6) DELIVRÉ, F. 2002. *Budte páni svého času*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 176 s. ISBN 80-7178-577-6.
- 7) DROTÁROVÁ, E., DROTÁROVÁ, L. 2003. *Relaxační metody: jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Epoque, 2003. 248 s. ISBN 80-86328-12-0.
- 8) GRUBER, J. 2002. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Česká zemědělská univerzita, 2002. 120 s. ISBN 80-213-0944-X.
- 9) GUGGENBÜHL-CRAIG, A. 2007. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 120 s. ISBN 978-80-7367-302-4.
- 10) HÁJEK, K. 2006. *Práce s emocemi pro pomáhající profese: tělesně zakotvené prožívání*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 120 s. ISBN 80-7367-107-7.
- 11) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 736 s. ISBN 80-7178-303-X.
- 12) HARVEY, J. 1996. *Meditace*. In *Velká kniha relaxačních technik*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1996. Kapitola 1, s. 7-25.
- 13) HAŠTO, J. 2004. *Autogenní trénink*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. 52 s. ISBN 80-7254-516-7.

- 14) HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M., a kol. 2008. *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7262-532-1.
- 15) HAVRDOVÁ, Z. 2008. Pojem supervize v současnosti. In *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. Kapitola 2, s. 39-46.
- 16) HAWKINS, P., SHOHET, R. 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-77178-715-9.
- 17) JANEČKOVÁ, H. 2005. Sociální práce se starými lidmi. In *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. Kapitola 9, s. 163-193.
- 18) JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
- 19) KALLWASS, A. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 144 s. ISBN 978-80-7367-299-7.
- 20) KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
- 21) KOLÁČKOVÁ, J. 2003. Supervize. In *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. Kapitola 19, s. 349-365.
- 22) KOPŘIVA, K. 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- 23) KRATOCHVÍL, S. 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 384 s. ISBN 80-7367-122-0.
- 24) KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-774-4.
- 25) KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. 1. vyd. Praha: Grada Avicenum. 1994. 192 s. ISBN 80-7169-121-6.
- 26) KŘIVOHLAVÝ, J., PEČENKOVÁ, J. 2004. *Duševní hygiena zdravotní sestry*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 80 s. ISBN 80-247-0784-5.

- 27) LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. 3. vyd. Praha: Grada, 1998. 344 s. ISBN 80-7169-195-X.
- 28) MARKOVÁ, M. 2008. Supervize zdravotnických pracovníků. In *Praktická supervize. Průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize*. 1. vyd. Praha: Galén, 2008. Kapitola 3, s. 177-182.
- 29) MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- 30) MATOUŠEK, O., a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- 31) MATOUŠEK, O., a kol. 2001. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 312 s. ISBN 80-7178-473-7.
- 32) MATOUŠEK, O., HARTL, P. 2003. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. Kapitola 3, s. 51-60.
- 33) MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- 34) MÍČEK, L. 1988. *Sebevýchova a duševní zdraví*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. 232 s. 14-205-88.
- 35) MÍČEK, L. 1984. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. 208 s. 14-400-84.
- 36) MICHKOVÁ, A. 2008. *Supervize*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008. 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
- 37) NAKONEČNÝ, M. 2004. *Psychologie téměř pro každého*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. 318 s. ISBN 80-200-1198-6.
- 38) NAKONEČNÝ, M. 1996. *Motivace lidského chování*. 1. vyd. Praha: Academia, 1996. 270 s. ISBN 80-200-0592-7.
- 39) PRAŠKO, J., ESPA-ČERVENÁ, K., ZÁVĚŠICKÁ, L. 2004. *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 104 s. ISBN 80-7178-919-4.
- 40) PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H., PRAŠKOVÁ J. 2003. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 184 s. ISBN 80-7178-809-0.

- 41) PUNCH, K. F. 2008. *Základy kvantitativního šetření*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 152 s. ISBN 978-80-7367-381-9.
- 42) SCHMIDBAUER, W. 2008. *Syndrom pomocníka: podmínky pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 240 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
- 43) SCHMIDBAUER, W. 2000. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. 176 s. ISBN 80-7178-312-9.
- 44) ŠTIKAR, J. a kol. 1996. *Základy psychologie práce a organizace*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1996. 203 s. ISBN 80-7184-091-2.
- 45) ÚLEHLA, I. 2007. *Umění pomáhat*. 2. vyd. Praha: Slon, 2007. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- 46) VOJÁČEK, K. 1988. *Autogenní trénink*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1988. 201 s. 08-061-88.

Časopisy

- 47) HODAČOVÁ, L. a kol. 2007. Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí. *Československá psychologie*, 2007, roč. 51, č. 4, s. 335-345.
- 48) KOMAČEKOVÁ, D. 2009. Fyzická a psychická zátěž při poskytování ošetrovatelské péče - prevence, podpora a ochrana zdraví sestry. *Sestra*, 2009, roč. 11, č. 7-8, s. 26.

Internetové zdroje

- 49) BLAŽKOVÁ, L. 2008. *Psychická pracovní zátěž* [online]. c2008, [cit. 2010-07-12]. Dostupné z:
<<http://www.szu.cz/tema/pracovni-prostredi/psychicka-pracovni-zatez>>.
- 50) HLADKÝ, A. 2008. *Hodnocení psychické pracovní zátěže* [online]. c2008, [cit. 2010-07-11]. Dostupné z:
<http://www1.szu.cz/chpnp/pages/education/19_hladkydopol.pdf>.
- 51) HORVÁT, M. 2010. *Zvládání stresu* [online]. c2010, [cit. 2010-07-11]. Dostupné z:

- <<http://www.zdravcentra.cz/index.php?act=k10&did=297&kategorie=0&page=stres1.html>>.
- 52) KOHOUTEK, R., MELICHÁRKOVÁ, K. 2008. Mentální reprezentace duševní hygieny na základní škole očima studentů učitelství. *School and health 21* [online]. 2008, č. 3 [cit. 2010-06-21]. Dostupné z: <http://www.ped.muni.cz/z21/2007/konference_2007/sbornik_2007/sb07_soucasny_diskurs/cze/melicharkova_kohoutek_cz.pdf>.
- 53) KOŽÍŠEK, F. 2005. *Pitný režim* [online]. c2005, [cit. 2010-07-07]. Dostupné z: <<http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/voda/pdf/pitnyrez.pdf>>.
- 54) Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). 2010. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [databáze online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010 [cit. 2010-02-03]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do;jsessionid=EFBE092C196DAE2330F2F7B7DA93D9E7.node1?SUBSESSION_ID=1279213030954_1>.
- 55) Ministerstvo zdravotnictví (MZ). 2004. Etický kodex zdravotnického pracovníka nelékařských oborů. *Věstník* [online]. 2004, č. 7 [cit. 2010-07-17]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vestnik_1879_1038_3.html>.
- 56) NEŠPOR, K. 2008. *Uvolněte se s přehledem. Relaxace a meditace pro moderního člověka* [online]. c2008, [cit. 2010-07-10]. Dostupné z: <<http://www.drnespor.eu/relaxcz.html>>.
- 57) PETERKOVÁ, M. 2010. *Relaxace - přehled metod* [online]. c2010, [cit. 2010-07-10]. Dostupné z: <<http://www.relaxace.psychoweb.cz/>>.
- 58) RUNCK, B. 2010. *What is biofeedback?*. [online]. c2010, [cit. 2010-07-11]. Dostupné z: <<http://psychotherapy.com/bio.html>>.
- 59) VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., HONZÁK, R. 2008. Stres, eustres a distres. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, č. 4 [cit.2010-07-12]. Dostupné z: <<http://www.solen.cz/pdfs/int/2008/04/09.pdf>>.
- 60) World health organization (WHO). 2010a. *Mental health: a state of well-being* [online]. c2010, [cit.2010-07-04]. Dostupné z: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html>.

- 61) World health organization (WHO). 2010b. *Mental health* [online]. c2010, [cit.2010-07-04]. Dostupné z: <http://www.who.int/topics/mental_health/en/>.
- 62) ZAHŘÁDKOVÁ, S. 2010. *Etický kodex* [online]. c2010, [cit.2010-07-20]. Dostupné z: <http://www.ddtrebic.cz/standardy/eticky_%20kodex.pdf>.

Citované zákony

- 63) Zákon č. 96/2004 Sb., O nelékařských zdravotnických povoláních.
- 64) Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách.
- 65) Zákon č. 563/2004 Sb., O pedagogických pracovnících.

8. Klíčová slova

Duševní zdraví

Pomáhající profese

Psychohygiena

Relaxace

Stres

Syndrom pomocníka

Syndrom vyhoření

Zátěž

9. Přílohy

Příloha č. 1 - Desatero o moudrém hospodaření s časem

Příloha č. 2 - Test efektivity hospodaření s časem

Příloha č. 3 - Návčik autogenního tréninku

Příloha č. 4 - Social readjustment rating scale - Škála životních událostí měřící stres z hlediska životních změn

Příloha č. 5 - Etické kodexy některých pomáhajících profesí

Příloha č. 6 - Dotazník míry vyhoření

Příloha č. 7 - Dotazník

Příloha č. 8 - Zařízení sociálních služeb

Příloha č. 9 - Okruh pracovníků v sociálních službách

Příloha č. 10 - Seznam zařízení poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov

Příloha č. 1 - Desatero o moudrém hospodaření s časem

- 1.** Považujme čas za vzácný dar. Je dobré naučit se dívat na čas jako na vzácný poklad, stejně jako se díváme např. na zdraví, moudře ho užít a využít. Promarnění času bychom se měli bránit, podobně jako se bráníme narušování zdraví.
- 2.** Vědomě řiďte výdej času. Každý člověk se musí neustále rozhodovat kolik času věnuje, které činnosti. Vědomě tedy rozhodujte o tom, kolik čemu věnujete času.
- 3.** Odlišujte důležité od nedůležitého podle jejich hodnoty. Naučte se zvažovat hodnotu všeho, čemu chcete věnovat třeba jen sebemenší chvíli svého života.
- 4.** Důležitým věcem věnujte více času. Mezi důležité věci budou jistě patřit otázky zdraví, osobního styku s rodinou a přáteli, osobní pomoci lidem atp.
- 5.** Nejdůležitějším věcem věnujme nejvíce času.
- 6.** Méně důležitým věcem přiznávejme jen minimum času.
- 7.** Naučit se říci „ne“. Naučme se to říkat rozhodně a důsledně mnohé věci nedělat.
- 8.** Při skupinové činnosti dojednejme předem délku jejího trvání.
- 9.** Naučme se dívat na každou činnost z hlediska její hodnoty.
- 10.** Pravidelně bilancujte své hospodaření s časem. Vědomě řídit využívání času znamená mimo jiné i naučit se bilancovat, hodnotit a zvažovat způsob přidělování času.

Zdroj: Křivohlavý, Pečenková, 2004

Příloha č. 2 - Test efektivity hospodaření s časem

	zřídka	často	vždy
1. Plánuji si své úkoly a cíle písemně.			
2. Rozlišuji krátkodobé, střednědobé a dlouhodobé cíle.			
3. Kontroluji si své úkoly a cíle.			
4. Rozdělují svůj čas realisticky a ponechávám si prostor pro neočekávané události.			
5. Dbám na to, aby se v mém okolí během práce pokud možno nevyskytovaly věci (osoby), které rozptylují mou pozornost.			
6. Jsem schopen předávat úkoly, u kterých je to možné.			
7. Pokud musím vyřídit něco důležitého a někdo jiný si činí nárok na můj čas, dokážu ho rázně, ale slušně odmítnout.			
8. Rozdělují si práci dle priorit.			
9. Vyřizují úkoly podle jejich důležitosti.			
10. Pracují pokud možno tak důkladně, abych se už k dané práci nemusel vracet.			
11. Snažím se využívat pracovní dobu v souladu s křivkou své fyziologické výkonnosti během dne.			
12. Zařazuji účelně do práce přestávky a reguluji tak spotřebu energie.			
13. Pracují racionálně i tehdy, když časová tíseň není tak velká.			
14. Vyhýbám se nepořádku.			
15. Na konci každého pracovního dne si naplánuji další den.			

Zdroj: Drotárová, Drotárová, 2003

Vyhodnocení testu:

- započítejte si za každou odpověď „**vždy**“ 5 bodů a za odpověď „**často**“ 3 body;
- za odpověď „**zřídka**“ si nepřipisujte žádný bod;
- sečtěte výsledek:
 - 0-25 efektivní plánování času neexistuje,
 - 26-50 plánování je patrné, ale ne dostatečně důsledné,
 - 51-65 dobré hospodaření s časem, lze ho však ještě zdokonalit,
 - 66-75 příkladné hospodaření s časem (Drotárová, Drotárová, 2003).

Příloha č. 3 - Návuk autogenního tréninku

Klasické Schultzovo schéma předpokládá trojí krátké praktikování každý den po dobu tří měsíců. Výuka další formule se zařazuje až po té, co byla zvládnutá formule předchozí. Prostředí by mělo být pokud možno klidné, je vhodná přiměřená teplota a volný oděv. Délka praktikování je většinou 5 až 10 minut (Nešpor, 2008).

Poloha vsedě neumožňuje volně dýchat a působí potíže lidem, kteří mají problémy s páteří, zejména s krční. Mnohem vhodnější je praktikovat vleže na zádech. Přijatelný je také vyvážený přirozeně vzpřímený sed na židli (Nešpor, 2008).

Postup cvičení dle Nešpora (2008):

- Zavřete oči, uvědomte si tělo a nechte ho se uvolnit. Pak opakujte s postojem pasivní pozornosti jednotlivé formule.
- **„Pravá ruka je těžká.“** Opakujte během 6 výdechů. Kdo umí vyvolávat pocity tíhy v pravé (u leváků levé) ruce, opakuje už pro celé tělo **„tíha“**. Pokud by se rozšíření pocitů tíhy na celé tělo nedařilo, je možné pocit tíhy nacvičovat zvlášť v jednotlivých končetinách i v dalších částech těla.
- **„Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“**. Opakujte během jednoho výdechu.
- **„Pravá ruka je teplá.“** Opakujte během 6 výdechů. Kdo umí vyvolávat pocity tepla v pravé (u leváků levé) ruce, opakuje už pro celé tělo **„teplo“**. Pokud by se rozšíření pocitů tepla na celé tělo nedařilo, je možné pocit tepla nacvičovat zvlášť v jednotlivých končetinách i v dalších částech těla.
- **„Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“**. Opakujte během jednoho výdechu.
- **„Dech je klidný.“** Opakujte během 6 výdechů.

Uvedené první tři formule (tíha, teplo, klidný dech) spolu s formulí klidu jsou nejdůležitější a také nejsnazší. Z autogenního tréninku může mít prospěch i člověk, který zvládne tyto první formule, ale nezvládne už ty následující.

- **„Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“.** Opakujte během jednoho výdechu.
- **„Tep je klidný a silný.“** Opakujte během 6 výdechů.
- **„Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“.** Opakujte během jednoho výdechu.
- **Čelo je chladné.** Opakujte během 6 výdechů.
- **„Jsem klidný (jsem klidná)“ nebo prostě „klid“.** Opakujte během jednoho výdechu.
- **Individuální formule.** Individuální formule se opakuje 10x.
- **Na závěr se zhluboka nadechněte, energicky se protáhněte a otevřete oči.** Tato část cvičení odpadá, jestliže autogenní trénink nebo jinou relaxační techniku používáte k navození spánku. V tomto případě ve stavu uvolnění setrvejte.

Příloha č. 4 - Social readjustment rating scale - Škála životních událostí měřící stres z hlediska životních změn

Stupnice je založena na pozorování, že významné životní změny, ať už pozitivní, jako je manželství nebo negativní, jako je úmrtí blízkého přítele, jsou schopny vyvolat stres. Autoři této stupnice Thomas Holmes a Richard Rahe přidělili zásadním událostem, které se odehrají v lidském životě, určitý počet „trestných bodů“. Seznam událostí rámcově pokrývá život běžného člověka (Horvát, 2010).

ŽIVOTNÍ UDÁLOST	PRŮMĚRNÁ HODNOTA
1. Smrt manželského partnera	100
2. Rozvod	73
3. Rozchod s manželským partnerem	65
4. Nucený pobyt např. ve vězení	63
5. Úmrtí blízkého člena rodiny	63
6. Vážný úraz nebo onemocnění	53
7. Sňatek	50
8. Propuštění ze zaměstnání	47
9. Usmíření s manželským partnerem	45
10. Odchod do penze	45
11. Závažná změna zdravotního stavu nebo chování člena rodiny	44
12. Těhotenství	40
13. Sexuální potíže	39
14. Narození dítěte, adopce	39
15. Závažné změny v zaměstnání	39
16. Závažné změny ve finanční situaci	38
17. Smrt blízkého přítele	37
18. Přejít na jiný druh práce	37

19. Neshody s manželským partnerem	35
20. Hypotéka nebo půjčka	31
21. Zabavení hypotéky nebo vypovězení půjčky	30
22. Zásadní změny v míře odpovědnosti v zaměstnání	29
23. Odchod dětí z domu	29
24. Problémy s příbuznými manželského partnera	28
25. Dosažení významného úspěchu	26
26. Manžel nebo manželka začala nebo přestala chodit do zaměstnání	26
27. Zahájení nebo ukončení studia	26
28. Zásadní změny životních podmínek	25
29. Změny v osobních zvyklostech	24
30. Neshody s vedoucím	23
31. Zásadní změny pracovní doby nebo pracovních podmínek	20
32. Změna bydliště	20
33. Přejít na jinou školu	20
34. Zásadní změna obvyklého způsobu a délky rekreace	19
35. Zásadní změna v náboženských aktivitách	19
36. Zásadní změna ve společenském uplatnění	18
37. Hypotéka nebo půjčka na menší investice	17
38. Velká změna spánkových návyků	16
39. Značná změna v počtu rodinných setkání	15
40. Značná změna ve stravovacích návycích	15
41. Dovolená	13
42. Vánoce	12
43. Menší přestupky zákona	11

Zdroj: Horvát, 2010

Vyhodnocení:

Pro vyhodnocení je nutné sečíst hodnoty pro všechny uvedené události života, které se objevily u člověka v uplynulém roce. Pokud se určitá událost stala během posledních 12 měsíců více než jednou, vynásobte tuto hodnotu počtem výskytů (Horvát, 2010).

Předpokládá se, že pokud během posledních dvanácti měsíců jedinec „nasbírá“ méně jak 150 bodů, poukazuje to na nízkou míru stresu a tedy nízkou pravděpodobnost vzniku poruch vyvolaných stresem. 150–300 bodů představuje významnou stresovou zátěž, která už může ovlivnit celkový zdravotní stav člověka a téměř jisté jsou nepříznivé zdravotní důsledky pokud počet dosažených bodů je větší než 300 (Večeřová-Procházková, Honzák, 2008).

Příloha č. 5 - Etické kodexy některých pomáhajících profesí

ETICKÝ KODEX SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

Etické zásady

- Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.
- Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.
- Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.
- Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.
- Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

- Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.
- Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.
- Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného

prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.

- Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.
- Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.
- Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.
- Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

- Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.
- V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.

- Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

Ve vztahu ke kolegům

- Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.
- Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.
- Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložena.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

- Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.
- Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.
- Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.
- Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
- Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
- Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

Ve vztahu ke společnosti

- Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
- Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje při poskytování sociální služby.
- Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
- Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.
- Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy

- Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.
- Základní etické problémy jsou:
 - kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace),
 - kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení,
 - kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití,
 - kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci.

- Další problémové okruhy, které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů:
 - při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta, při konfliktu klienta a jiného občana,
 - při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů,
 - při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností,
 - při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.
- Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka, který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Zdroj: Matoušek a kol., 2003

ETICKÝ KODEX ZDRAVOTNICKÉHO PRACOVNÍKA NELÉKAŘSKÝCH OBORŮ

Etické zásady zdravotnického pracovníka nelékařských oborů

- Zdravotnický pracovník nelékařských oborů (dále jen „zdravotnický pracovník“) při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Zdravotnický pracovník dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, na dodržování práv pacientů, tak jak jsou vyjádřena v Chartě práv pacientů a v Chartě práv hospitalizovaných dětí.
- Zdravotnický pracovník je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za obnovu zdraví a zmírňování utrpení, za přispění ke klidnému umírání a důstojné smrti.
- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Zdravotnický pracovník je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Zdravotnický pracovník aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Zdravotnický pracovník nesmí podřizovat poskytování zdravotní péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti zdravotnictví.

Zdravotnický pracovník a spoluobčané

- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.

- Zdravotnický pracovník v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich zdravotní stav a případnou léčbu.
- Zdravotnický pracovník považuje informace o pacientech za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Zdravotnický pracovník při poskytování zdravotní péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Zdravotní pracovník nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.
- Zdravotnický pracovník se snaží při poskytování zdravotní péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení pacienta, současně jsou respektována práva a povinnosti zdravotnického pracovníka jako jeho poskytovatele zdravotní péče.

Zdravotnický pracovník a praxe

- Zdravotnický pracovník poskytuje zdravotní péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Zdravotnický pracovník aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Zdravotnický pracovník usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované zdravotní péče.
- Zdravotnický pracovník poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnou způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností zdravotnického pracovníka.
- Zdravotnický pracovník jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání zdravotnických povolání.

- Zdravotnický pracovník při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních zdravotnických pracovníků.

Zdravotnický pracovník a společnost

- Zdravotnický pracovník působí na zdravotní uvědomění jednotlivců při poskytování zdravotní péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Zdravotnický pracovník spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Zdravotnický pracovník a spolupracovníci

- Zdravotnický pracovník spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu komplexní zdravotní péče o pacienta.
- Zdravotnický pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Zdravotničtí pracovníci se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhých.
- Zdravotnický pracovník vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce pacienta, zejména pokud je péče o něho ohrožena nevhodných chováním nebo jednáním jiného zdravotníka či osoby.

Zdravotnický pracovník a profese

- Zdravotnický pracovník je odpovědný za kvalitu jím poskytované zdravotní péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Zdravotnický pracovník dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Zdravotnický pracovník se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, 2004

ETICKÝ KODEX V PŘÍMÉ OBSLUŽNÉ PÉČI

(Zdravotních sester a pracovníků sociální péče)

Etické zásady pracovníka v přímé péči

- Pracovník v přímé péči při své práci zachovává úctu k životu, respektuje lidská práva a důstojnost každého jednotlivce bez ohledu na věk, pohlaví, rasu, národnost, víru, politické přesvědčení a sociální postavení.
- Pracovník v přímé péči dbá na dodržování Úmluvy o lidských právech
- Pracovník v přímé péči je povinen přistupovat ke své práci s veškerou odbornou schopností, kterou má, s vědomím profesionální odpovědnosti za podporu zdraví, prevenci nemocí, za předpokladu respektování každého uživatele služby.
- Pracovník v přímé péči poskytuje péči jednotlivcům, rodinám, skupinám a spolupracuje s odborníky jiných oborů. Při poskytování zdravotní péče vždy nadřazuje zájmy těch, kterým poskytuje péči, nad zájmy své.
- Pracovník v přímé péči je povinen chránit informace o těch, kterým poskytuje své služby, bez ohledu na způsob, jakým jsou tyto informace získávány, shromažďovány a uchovávány. Povinnou zdravotnickou a sociální dokumentaci vede pečlivě a pravdivě, chrání ji před zneužitím a znehodnocením.
- Pracovník v přímé péči aktivně prohlubuje znalosti o právních předpisech platných pro jeho profesi a dodržuje je.
- Pracovník v přímé péči nesmí podřizovat poskytování péče komerčním zájmům subjektů, působících v oblasti sociálních služeb a zdravotnictví

Pracovník v přímé péči a spoluobčané

- Pracovník v přímé péči při poskytování zdravotní péče respektuje životní hodnoty občanů, jejich životní zvyky, duchovní potřeby a náboženské přesvědčení a snaží se vytvářet podmínky zohledňující individuální potřeby jednotlivců.
- Pracovník v přímé péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí poskytuje občanům informace, které jim pomáhají převzít spoluzodpovědnost za jejich stav.

- Pracovník v přímé péči považuje informace o uživatelích za důvěrné a je si vědom povinnosti zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání.
- Pracovník v přímé péči při poskytování péče dbá v maximální možné míře o zajištění intimity.
- Pracovník v přímé péči nesmí zneužít ve vztahu k nemocnému jeho důvěru a závislost jakýmkoliv způsobem.
- Pracovník v přímé péči se snaží při poskytování péče docílit vztahu založeného na důvěře, který ctí práva pacienta, reaguje na aktuální rozpoložení uživatele současně jsou respektována práva a povinnosti pracovníka v přímé péči jako jeho poskytovatele péče.

Pracovník v přímé péči a praxe

- Pracovník v přímé péči poskytuje péči v rozsahu své odbornosti a pravomocí, s potřebnou mírou autoregulace a empatie.
- Pracovník v přímé péči aktivně usiluje o vlastní odborný, osobní a intelektuální růst po celou dobu svého profesionálního života a své nové znalosti a dovednosti se snaží využít v praxi.
- Pracovník v přímé péči usiluje o co nejvyšší kvalitu a úroveň poskytované péče.
- Pracovník v přímé péči poskytne nezbytně nutnou zdravotní péči i nad rámec svých pravomocí, pokud ji nemůže poskytnou způsobilý zdravotnický pracovník a pokud nebezpečí, které plyne z prodlení, je větší než možné nebezpečí plynoucí z nedostatečných znalostí a dovedností pracovníka.
- Pracovník v přímé péči jedná a vystupuje tak, aby jeho chování přispělo k udržení prestiže a zvyšování společenského uznání jeho povolání.
- Pracovník v přímé péči při přebírání úkolu i při pověřování úkolem zodpovědně zvažuje kvalifikaci svou i ostatních pracovníků.

Pracovník v přímé péči a společnost

- Pracovník v přímé péči působí na uvědomění jednotlivců při poskytování péče. Podle svých odborných schopností se podílí na podporování a šíření zásad zdravého života, zásad ochrany životního prostředí, objasňování problémů spojených s péčí o poškozené zdraví lidí.
- Pracovník v přímé péči spolupracuje při těch aktivitách, které směřují ke zlepšení zdravotního a sociálního prostředí v životě lidí.

Pracovník v přímé péči a spolupracovníci

- Pracovník v přímé péči spolupracuje v rámci mezioborového týmu s ostatními odborníky tak, aby byly splněny všechny cíle plánu individuální péče uživatele.
- Pracovník v přímé péči respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů i spolupracovníků jiných odborností.
- Pracovníci v přímé péči se navzájem podporují ve svých odborných rolích a aktivně rozvíjejí úctu k sobě i druhých.
- Pracovník v přímé péči vystupuje, podle aktuální situace, jako ochránce uživatele zdravotníka či osoby.

Pracovník v přímé péči a profese

- Pracovník v přímé péči je odpovědný za kvalitu jím poskytované péče a za co nejvyšší odbornou úroveň svého vzdělávání.
- Pracovník v přímé péči dbá na udržování a zvyšování prestiže své profese.
- Pracovník v přímé péči se neustále snaží o rozvoj své profese, o rozvoj svého profesního zaměření a zvýšení své odborné úrovně.

Zdroj: Zahrádková, 2010

Příloha č. 6 - Dotazník míry vyhoření

1.	Cítím se být unaven/a?
2.	Cítím se být sklíčen/a?
3.	Cítím, že mám dnes dobrý den?
4.	Cítím se být tělesně vyčerpán/a?
5.	Cítím se být citově vyčerpán/a?
6.	Cítím, že jsem šťasten/tna?
7.	Cítím se být vyřízen/a?
8.	Cítím se být vyhaslý/á?
9.	Cítím se být nešťastný/a?
10.	Cítím se být přepracován/a?
11.	Cítím se, jako bych byl uvězněn/a?
12.	Cítím se, jako bych neměl/a žádnou cenu?
13.	Cítím se být znechucen/a?
14.	Cítím se být sklíčený/á?
15.	Cítím se být rozzloben/a na jiné a jimi zklamán/a?
16.	Cítím se být slabý/á a bezmocný/á?
17.	Pocit'uji a prožívám beznaděj?
18.	Cítím, že jsem odmítán/a?
19.	Cítím se optimisticky?
20.	Cítím se být čínorodý/á?
21.	Cítím, že prožívám úzkost?

Zdroj: Jankovský, 2003

Vyhodnocení:

1) Orientační vyhodnocení dotazníku:

- na uvedené otázky odpovězte **ano** či **ne**;
- sledujeme, zda jsme na většinu citlivých otázek, vyjma čtyř s pozitivním obsahem- otázky č. 3,6,19,20, odpověděli **kladně (ano)**;
- dále sledujeme, zda na uvedené čtyři otázky s pozitivním obsahem jsme odpověděli **negativně (ne)**;
- mají-li odpovědi tento charakter, pak je velmi pravděpodobné, že člověk trpí syndromem vyhoření (Jankovský, 2003).

2) Přesnější vyhodnocení dotazníku - tzv. skóre vyhoření:

- na uvedené otázky odpovídejte podle škály: **1-nikdy, 2-jednou či dvakrát, 3-zřídka, 4-někdy, 5-často, 6-převážně, 7-stále**;
- sečteme hodnoty jež jsme uvedli u následujících sedmnácti otázek - 1,2,4,5,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,21 a získáme celkovou hodnotu **A**;
- sečteme hodnoty u následujících čtyř otázek - 3,6,19,20 a získáme hodnotu **B**;
- hodnotu B odečteme od čísla 32 a získáme hodnotu **C**;
- sečteme hodnoty A+C a získáme hodnotu **D**;
- míru vyhoření získáme tak, že hodnotu D vydělíme číslem **21** ($D : 21 = \text{skóre vyhoření}$) (Jankovský, 2003).

Interpretace výsledků:

- hodnota kolem **2 (2 až 3)** je velmi dobrá až dobrá - člověk nemá žádné problémy
- hodnota nad **3 (3 až 4)** je již alarmující
- hodnota kolem **4 a vyšší (4 až 5)** prokazuje na vyhoření
- hodnoty **vyšší než 5** svědčí o akutní krizi

Příloha č. 7 - Dotazník

DOTAZNÍK PRO PRACOVNÍKY POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ

Vážení zaměstnanci,
jmenuji se Pavla Šuhájková a obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto anonymního dotazníku. Výsledky dotazníku poslouží pouze pro zpracování mé diplomové práce na téma „*Psychohygienu zaměstnanců pomáhajících profesí v některých zařízeních poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov*“. Zvolené odpovědi prosím zakroužkujte nebo doplňte. Za Vámi poskytnuté informace děkuji.

1) Myslíte si, že je Vaše profese náročná?

- a) ano
- b) ne

2) Pokud ano, hodnotili byste, že Vaše práce je více náročnější po stránce?

- a) fyzické
- b) psychické
- c) fyzické i psychické

3) Je Vaše práce časově náročná? (např. plníte Vaše pracovní povinnosti i ve svém volném čase; pracujete přesčas?)

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

4) Cítíte se ve Vašem pracovním kolektivu příjemně?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nemám pracovní kolektiv

5) Domníváte se, že Vaše mzda odpovídá Vaší pracovní zátěži?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

6) Jste spokojeni ve svém zaměstnání?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7) Co si představíte pod pojmem psychohygienu (duševní hygiena)? - uveďte prosím.

.....

.....

.....

.....

8) Znáte nějaké zásady psychohygieny?

- a) ano, znám
- b) ne, neznám

9) Pokud ano, jaké? - uveďte prosím.

.....

.....

.....

.....

10) Myslíte si, že se řídíte zásadami psychohygieny?

- a) ano, řídím
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne, neřídím

11) Domníváte se, že je pro Vás psychohygienu důležitá?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

12) Pokud ano, prosím uveďte proč.

.....

.....

.....

.....

13) Využíváte prostředky psychohygieny?

- a) ano, využívám
- b) ne, nevyžívám

14) Pokud ano, odpočíváte/relaxujete/odreagováváte se tedy?

- a) aktivně
- b) pasivně
- c) aktivně i pasivně

15) Jaké konkrétně prostředky psychohygieny využíváte, pokud jste unavení z práce (jak se odreagováváte)? - možno zvolit více možností.

- a) četba
- b) sport

- c) zahrada
- d) meditace
- e) alkohol
- f) spánek
- g) rodina
- h) fyzická práce
- i) sledování TV
- j) přátelé
- k) kultura
- l) jiné (uved'te jaké):.....

16) Jak často využíváte techniky psychohygieny (jak často relaxujete)?

- a) každý den
- b) jednou za týden
- c) jednou za měsíc
- d) jednou za rok
- e) jiné (uved'te jaké):.....

17) Využíváte ve Vaší profesi praxi supervize?

- a) ano
- b) ne

18) Pokud ano, zajišťuje Vám supervizi Váš zaměstnavatel?

- a) ano
- b) ne

19) Pokud supervizi ve své práci využíváte, je Vás jako zaměstnance povinná?

- a) ano
- b) ne

20) Domníváte se, že je supervize pro Vaši profesi smysluplná?

- a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
-

21) Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž
- b) žena

22) Jaký je Váš věk?

- a) do 20 let
- b) 21 až 30 let
- c) 31 až 40 let
- d) 41 až 50 let
- e) 51 a více let

23) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní vzdělání
- b) středoškolské vzdělání bez maturity
- c) středoškolské vzdělání s maturitou
- d) vyšší odborné vzdělání (DiS.)
- e) vysokoškolské vzdělání (Bc.)
- f) vysokoškolské vzdělání (Mgr., Ing., MUDr., atd.)
- g) postgraduální studium, atestace

24) Do jaké oblasti spadá Vaše profese?

- a) sociální
- b) pedagogické
- c) zdravotnické

d) psychologické/psychoterapeutické

e) jiné (uved'te jaké):.....

25) Jaká je konkrétní náplň Vaší práce? - možno zvolit více možností.

a) řízení organizace

b) přímá práce s klientem

c) práce s poskytovateli služeb

d) jiné (uved'te jaké):.....

26) Jak dlouho pracujete ve svém oboru?

a) méně než 3 roky

b) 3 až 8 let

c) 9 až 15 let

d) více než 15 let

Příloha č. 8 - Zařízení sociálních služeb

§ 34

Zařízení sociálních služeb

(1) Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- a) centra denních služeb,
- b) denní stacionáře,
- c) týdenní stacionáře,
- d) domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- e) domovy pro seniory,
- f) domovy se zvláštním režimem,
- g) chráněné bydlení,
- h) azylové domy,
- i) domy na půl cesty,
- j) zařízení pro krizovou pomoc,
- k) nízkoprahová denní centra,
- l) nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- m) noclehárny,
- n) terapeutické komunity,
- o) sociální poradny,
- p) sociálně terapeutické dílny,
- q) centra sociálně rehabilitačních služeb,
- r) pracoviště rané péče,
- s) intervenční centra,

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách

Příloha č. 9 - Okruh pracovníků v sociálních službách

§ 115

Okruh pracovníků

(1) V sociálních službách vykonávají odbornou činnost

- a) sociální pracovníci za podmínek stanovených v § 109 a 110,
- b) pracovníci v sociálních službách,
- c) zdravotničtí pracovníci,
- d) pedagogičtí pracovníci,
- e) další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

(2) Při poskytování sociálních služeb působí rovněž dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním právním předpisem 44a).

§ 116

Pracovníci v sociálních službách

(1) Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává

- a) přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékání, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb,
- b) základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti a provádění osobní asistence,
- c) pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o

jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti,

d) pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách

Příloha č. 10 - Seznam zařízení poskytujících sociální služby regionu Pelhřimov

	Název zařízení	Poskytované služby dle zákona o sociálních službách	Počet respondentů	Cílová skupina klientů
1)	Domov blahoslavené Bronislavy	- domov pro seniory	9	- senioři
2)	Domov důchodců Humpolec	- domov pro seniory	27	- senioři
3)	Domov důchodců Onšov	- domov pro seniory	9	- senioři
4)	Domov důchodců Proseč-Obořiště	- domov pro seniory	12	- senioři
5)	Domov důchodců Proseč u Pošné	- domov pro seniory	20	- senioři
6)	Domov pro seniory Pelhřimov	- odlehčovací služby - pečovatelská služba - denní stacionář - domov pro seniory - domov se zvláštním režimem	30	- senioři
7)	Dům seniorů - Domov důchodců Pacov	- domov pro seniory	13	- senioři
8)	Diagnostický ústav sociální péče Černovice	- odlehčovací služby - denní stacionář - týdenní stacionář - domov pro osoby	28	- děti s mentálním postižením - děti s kombinovaným

		se zdravotním postižením - chráněné bydlení		postižením - děti s autismem - dospělí s mentálním postižením
9)	Ústav sociální péče pro mentálně postižené Těchobuz	- odlehčovací služby - domov pro osoby se zdravotním postižením	16	- dospělí s mentálním postižením
10	Ústav sociální péče Lidmaň	- domov pro osoby se zdravotním postižením - chráněné bydlení	20	- dospělí s mentálním postižením
11)	Astra - denní centrum pro seniory Humpolec	- centrum denních služeb	9	- senioři
12)	Centrum LADA	- centrum denních služeb	4	- lidé s mentálním postižením ve věku od 16 do 64 let
13)	Geriatrické centrum Počátky	- domov se zvláštním režimem	10	- lidé s duševním onemocněním
14)	Farní charita Pacov	- nízkoprahové zařízení pro děti	6	- děti a mladí lidé ve věku od 11 do 23 let
15)	Fokus Vysočina, středisko Pelhřimov	- centrum denních služeb - chráněné bydlení	10	- lidé s duševním onemocněním
16)	Centrum pro zdravotně postižené kraje Vysočina	- sociální poradenství	1	- lidé se zdravotním postižením

Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010; Vlastní výzkum