

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru: 7506R029

Název bakalářské práce:

RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ U PRACOVNÍKŮ V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ OSOBY

RISKS OF BURN-OUT SYNDROM FOR WORKERS IN SOCIAL CARE INSTITUTION FOR MENTALLY HANDICAPED PEOPLE

Autor:
Radka Altmanová
Litoměřická 121
411 41 Žitenice

Podpis autora: 

Vedoucí práce: Mgr. Hana Cutychová

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
70	0	10	8	30	4 + 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne: 30.4.2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Radka Altmanová

Adresa:

Litoměřická 121, 411 41 Žitenice

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika pro vychovatele

Kód oboru:

7506R029

Název práce:

RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ
U PRACOVNÍKŮ V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ
PÉČE PRO MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ OSOBY

Název práce v angličtině:

RISKS OF BURN-OUT SYNDROM FOR WORKERS
IN SOCIAL CARE INSTITUTIONS FOR MENTALLY
HANDICAPPED PEOPLE

Vedoucí práce:

Mgr. Hana Cutychová

Termín odevzdání práce:

30. 04. 2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).

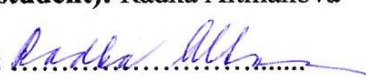
.....
vedoucí bakalářské práce

.....
děkan FP TUL

.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Radka Altmanová

Datum: 28. 01. 2006

Podpis studenta:


Cíl práce:

Zjištění a analýza příčin rizik syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

Základní literatura:

- FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. 2.vyd. Praha: Portál, 2003.
ISBN 80-7178-626-8.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-303-X.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005.
ISBN 80-7367-040-2.
- HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. Praha: Portál, 1996.
ISBN 80-7178-093-6.
- KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4.vyd. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-429-X.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 176 s.
ISBN 80-247-0575-3.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s.
ISBN 80-7178-821-X.
- ŠVINGALOVÁ, D. *Stres v učitelské profesi*. 1. vyd. Liberec: TU, 2000. 39 s.
ISBN 80-7083-382-3.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004.
ISBN 80-7178-802-3.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30.4.2007

Podpis:

Radka Allanová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Cutychové, za odborné vedení a pomoc, kterou mi poskytla při vypracování bakalářské práce.

Dále děkuji vedoucím pracovníkům ústavů sociální péče za poskytnutí možnosti navštívit zařízení, v nichž byl realizován průzkum.

Ráda bych poděkovala také své rodině, za trpělivost a vytvoření vhodných podmínek při vypracování bakalářské práce.

Název bakalářské práce: Rizika syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

Název bakalářské práce: Risks of burn-out syndrom for workers in social care institutions for mentally handicapped people

Jméno a příjmení autora: Radka Altmanová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2006/2007

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Hana Cutychová

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou stresu a syndromu vyhoření u pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby a vycházela ze současného stavu, kdy stres ovládl moderní společnost a stal se součástí každodenního života. Jejím cílem bylo zmapovat teoreticky i prakticky problematiku stresu a možná rizika vzniku syndromu vyhoření u pracovníků ústavů sociální péče. Analýzou získaných dat se zjistilo, že pracovníci sociální péče nejsou v současné době ohroženi rizikem syndromu vyhoření. Práci tvořily dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů popisovala současný pohled na pojem stres a syndrom vyhoření. Dále objasňovala problematiku a transformaci ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby, osobnost a profesní zdatnost pracovníků sociální péče a pojem mentální retardace. Praktická část zjišťovala pomocí dotazníku riziko syndromu vyhoření u 138 pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby. Výsledky ukázaly míru náchylnosti ke stresu v jednotlivých rovinách možného vyhoření v závislosti na věku, vzdělání a délce praxe a vyústily v konkrétní navrhovaná opatření v oblasti zvládání a prevence stresu. Za největší přínos práce vzhledem k řešené problematice bylo možné považovat zájem vedoucích pracovníků na zlepšení pracovních podmínek svých zaměstnanců.

Klíčová slova:

stres, syndrom vyhoření, ústavy sociální péče, transformace ústavů sociální péče, mentální retardace, klasifikace mentální retardace, rozhovor, dotazník.

Summary:

BA thesis deals with the problems of stress and burn-out syndrom of workers in social care institutions for mentally handicapped people, and came out of the current situation when stress has captured modern society and became an integral part of everyday life. BA thesis objective was to theoretically as well as practically describe problems of stress and possible risks of burn-out syndrom beginning at the workers in social care institutions. Analysis of obtained data proved that nowadays, social care workers are not threatened by the burn-out syndrom. The BA thesis consists of two parts. The first part deals with theoretical aspects, describing via processing and presentation of scientific resources current view on the concept of stress and burn-out syndrom. Furthermore, it clarifies the problem and transformation of social care institutions for mentally handicapped people, personality and professional capabilities of social care workers and notion of mental retardation. Partical part deals with the risk of burn-out syndrom at 138 social care institutions workers working with mentally handicapped people and using the questionnaire. The results show certain inclination to stress in different levels of possible burn-out, dependent on age, education and length of practice and lead to concrete suggested arrangements in the field of dealing with stress and its prevention. Managers interest in improving working conditions of their employees could certainly be considered among the most significant contributions of the presented BA thesis.

Keywords:

stress, burn-out syndrom, social care institutions, transformation of social care institutions, mental retardation, classification of mental retardation, conversation, questionnaire.

OBSAH

1 ÚVOD.....	9
2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU	12
2.1 Stres.....	12
2.1.1 Vymezení pojmu stres	12
2.1.2 Teorie stresu a obecný adaptační syndrom	13
2.1.3 Stresory a stresové situace	15
2.1.4 Projevy stresu.....	17
2.1.5 Zvládání stresu	17
2.2 Syndrom vyhoření.....	20
2.2.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření.....	21
2.2.2 Příčiny syndromu vyhoření.....	22
2.2.3 Příznaky syndromu vyhoření	24
2.2.4 Vývoj syndromu vyhoření	26
2.2.5 Diagnostika syndromu vyhoření	27
2.2.6 Postoje k zátěžovým situacím.....	27
2.2.7 Prevence syndromu vyhoření.....	29
2.3 Ústavy sociální péče	31
2.3.1 Vymezení pojmu ústav sociální péče.....	31
2.3.2 Základní poslání ústavů sociální péče	32
2.3.3 Transformace ústavní péče	34
2.4 Vychovatelé a pracovníci sociální péče	37
2.4.1 Osobnost a profesní zdatnost pracovníků sociální péče	38
2.4.2 Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů	40
2.5 Mentální retardace	42
2.5.1 Vymezení pojmu mentální retardace	42
2.5.2 Klasifikace mentální retardace.....	43
2.5.3 Psychické vlastnosti mentálně postiženého jedince.....	44
3 PRAKTICKÁ ČÁST	47
3.1 Cíl praktické části	47
3.1.1 Stanovení otázek průzkumu	47
3.2 Použité metody	48
3.2.1 Pilotáž	49
3.2.2 Popis vzorku pilotáže.....	50
3.2.3 Průběh pilotáže a její výsledky	52
3.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu.....	56
3.4 Výsledky a jejich interpretace	57
4 ZÁVĚR	63
5 NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ.....	65
6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	68
7 SEZNAM PŘÍLOH.....	70

1 ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá stresem a riziky syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

V současné uspěchané době se stal stres součástí každodenního života. Je více než pravděpodobné, že pokud na člověka působí stres, projeví se to nejen na tělesné a duševní stránce, ale také na změně jeho chování a jednání.

Břímě, obtíž, tlak, tíseň. To všechno jsou synonyma, kterými by se dalo definovat slovo stres. Obyčejné, ale přitom magické slovo, které se nepozorovaně vkradlo do našeho slovníku a ovládlo společnost. Setkáme se s ním všude, obklopuje nás a působí na nás.

Prováděli a provádějí se studie, prokazující u mnoha profesí zvýšený výskyt psychických poruch a zvýšenou hladinu stresu vlivem dlouhodobé zátěže, která vyplývá z charakteru práce.

Tato problematika se stala předmětem studia mnohých badatelů. Zajímalo je, kdy v těžké situaci člověk zvolí boj a kdy zvolí útek. Tyto dvě diametrálně odlišné formy chování v situacích ohrožení byly považovány za vrozené. Pouze se nevědělo, co se děje v těle a psychice těch, kteří takto řeší své obtížné životní situace. V průběhu 20. století došlo poprvé k soustavnému experimentálnímu studiu tohoto jevu, které tím odstartovalo jednu z výrazných kapitol nejen medicíny, ale i psychosomatiky a psychologie zdraví.

Práce s mentálně postiženými lidmi v kombinaci se smyslovými, somatickými vadami a autismem se řadí k těm nejrizikovějším. V profesích, které mají druhým lidem pomáhat, čeká klient, že ten kdo mu pomáhá, o něj projeví také osobní zájem. Klient nechce být pro pomáhajícího jen objektem pomoci, ale i přítelem, blízkým, s nímž soucítí. Tato „láska k bližnímu“ je současně i naší profesí, za kterou jsme placeni, a také tuto skutečnost může člověk jemuž pomáháme, cítit jako něco negativního. Chce od nás lásku, pozornost, a nejen výkon práce a neosobní radu. Klient čeká na osobní vztah, sleduje projevy přízně, tvář, úsměv a někdy dokonce žárlí na projevený zájem o druhého člověka ze strany toho kdo pomáhá.

Je tedy na místě připustit, že pracovníci v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením jsou velmi zranitelní díky své práci, kterou vykonávají.

Abychom mohli předcházet stresu, potřebujeme psychickou a fyzickou vyrovnanost, neklást si nerealistické cíle a radovat se ze sebemenšího pokroku při práci s postiženými lidmi.

Povolání pracovníků sociální péče se řadí k těm profesím, které jsou zvýšeně ohrožené stresem. Denně jsou vystaveni mnoha zátěžovým situacím a faktorům. Pokud pracovník nedokáže u sebe včas rozpoznat nadměrnou zátěž a najít účinné techniky zvládnání stresu, zpětně stresově působí na své klienty, kolegy a další sociální okolí. Problémy pracovníků sociální péče se mohou vystupňovat do té míry, že se objeví syndrom vyhoření.

O syndromu vyhoření se již dlouhá léta ví, že představuje riziko především pro příslušníky tzv. pomáhajících profesí. Mezi tyto profese můžeme počítat i práci vychovatelů, sociálních pracovníků a zdravotníků v ústavech sociální péče. Předpokládám, že jsou tyto profese z hlediska syndromu vyhoření značně rizikové. Práce s mentálně postiženými dětmi i dospělými je velmi psychicky a fyzicky náročná. Mentálně postižený člověk vycítí, když pracovník s kterým je denně v blízkém kontaktu je zatížen stresem. Ztrácí pocit jistoty a bezpečí což může vyvolat různé negativní reakce.

S lidmi postiženými mentální retardací pracuji již 21 let jako vychovatelka v ústavu sociální péče.

Téma stres a syndrom vyhoření jsem si zvolila, protože je v současné době velmi aktuální. Především jsem se zaměřila na tuto problematiku z důvodů vlastního prožívání zátěžových situací v mé profesi. Profesní stres je součástí mého života. Žila jsem proti svým potřebám, pomocí antistresových metod jsem nedospěla k syndromu vyhoření a mohu nadále kvalitně vykonávat práci s mentálně postiženými lidmi, kterou mám velmi ráda.

Cílem bakalářské práce bylo zmapovat teoreticky i prakticky problematiku stresu a rizika vzniku syndromu vyhoření u pedagogů a dalších pracovníků sociální péče.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretické a praktické.

Cílem teoretické části je zmapování současných pohledů na pojem stres a syndrom vyhoření, rozpracování bio-psycho-sociálních reakcí u lidí, na které stres působí. Seznámení s různými prostředky, jak stresu a tím i syndromu vyhoření předcházet a jak ho zvládat.

Dále je bakalářská práce zaměřená na problematiku a transformaci ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby. Uveden je také stručný pohled do současnosti poskytování služeb mentálně postiženým jedincům v ústavech sociální péče, osobnost a profesní zdatnost vychovatelů a pracovníků sociální péče, možné zátěžové situace při práci s mentálně postiženými jedinci.

V závěru teoretické části bakalářské práce je objasněn pojem mentální retardace, zvláštnosti osobnosti mentálně postižených jedinců a jejich potřeby.

Cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí dotazníku zjistit riziko syndromu vyhoření u pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby.

V praktické části je stanoveno 5 otázek průzkumu a popsány metody, kterými byla získávána data. Součástí praktické části je dále pilotáž, její průběh a výsledky. Stěžejní kapitolu praktické části tvoří průběh a výsledky průzkumu.

V závěru praktické části bakalářské práce jsou analyzována a interpretována získaná data vzhledem ke stanoveným otázkám průzkumu.

2 TEORETICKÉ ZPRACOVÁNÍ PROBLÉMU

2.1 Stres

„Jste neomezeným pánem své duše, či jakkoli již podvědomí nazveme, i pánem svého osudu. Myslete vždy na to, že máte svobodnou volbu. Zvolte život! Zvolte lásku! Zvolte zdraví! Rozhodněte se pro štěstí!“ (Marphy, 1993)

Stres pochází z anglického slova stress a znamená zátěž, napětí. Je to širší medicínský a psychologický pojem. Hovorově je to termín všeobecně užívaný pro konflikt, frustraci a nepříjemně pociťované situace vůbec.

2.1.1 Vymezení pojmu stres

Pojem stres je vymezován různými způsoby. (Švingalová, 2000, s. 8)

Podle Nakonečného (1995) stres vzniká tehdy, působí-li na jedince nadměrně silný podnět po dlouhou dobu, nebo ocitne-li se v nesnesitelné situaci, jíž se nemůže vyhnout, a setrvá-li v ní.

Německý psycholog S. Brockert (1993) charakterizuje vznik stresu tehdy, když se naše životní cíle již nekryjí s našimi potřebami. Jinými slovy: podle tohoto autora stres vzniká tehdy, nežijeme-li v souladu se svými vlastními potřebami.

Henning a Keller (1995) vymezují stres jako druh psychofyzické reakce na vnější a vnitřní zátěž (stresory).

Vágnerová (1999) chápe stres z psychologického hlediska jako stav nadměrného zatížení či ohrožení.

Bakalářská práce se zabývá především stresem vychovatelů a pracovníků sociální péče, kteří jsou v přímém kontaktu s mentálně postiženými klienty. Uvádím tedy definici učitelského stresu, který se tomuto tématu nejvíce přibližuje.

Pedagogický slovník (2003) charakterizuje stres učitelů jako stres, související s výkonem učitelské profese, jehož hlavními zdroji jsou podle empirických výzkumů: žáci se špatnými postoji k práci a vyrušující, rychlé změny vzdělávacích projektů a organizace školy, špatné pracovní podmínky, včetně osobních vyhlídek na zlepšení postavení v práci, časový tlak, konflikty s kolegy a pocit, že společnost nedoceňuje práci učitele. Je-li učitel pod vlivem stresu, snižuje to kvalitu jeho výkonu tím, že ztrácí uspokojení z práce a motivace, a zhoršují se jeho vztahy se žáky ve třídě. Podle výzkumů značná část učitelů prožívá často stres. Pro boj proti stresu je důležité odstraňovat jeho příčiny, pokud je to možné, užívat různých relaxačních technik tam, kde příčiny nemůže jednotlivec ovlivnit, bránit se burn-out efektu apod. (Průcha, Walterová, 2003, s. 231)

2.1.2 Teorie stresu a obecný adaptační syndrom

Maďarský profesor medicíny (endokrinolog) H. Seley přenesl tento pojem na člověka a vytvořil teorii stresu. V roce 1950 charakterizoval stres jako fyziologickou odpověď organismu, která se projevuje prostřednictvím obecného adaptačního syndromu.

Organismus se snaží udržet homeostázu, tj. stálost svého vnitřního prostředí, která je nutnou podmínkou zdárného průběhu všech životních dějů a rovnováhy životních funkcí. Na změnu podmínek musí reagovat organismus nějakou regulační činností – adaptací. Právě stres klade zvýšené požadavky na adaptační schopnosti organismu a aktivizuje ho.

Tak jsou pro nás některé stresory vzrušujícími výzvami, jiné drobnými nepříjemnostmi a další pak ničivými tlaky. Přitom někteří lidé odolávají stresorům, jimiž jiní podléhají.

Ve všech případech se tělo pokouší přizpůsobit se působícím stresorům, což se mu daří kratší či delší dobu podle toho, o jaké jedince se jedná. Je-li však stres silný a působí-li dlouho, dojde nakonec v nějaké podobě ke zhroucení tohoto zvládání.

Tento proces adaptace zpravidla probíhá ve třech stádiích, popsanych Selyem (1976) a označených jako GAS (obecný adaptační syndrom):

➤ **fáze poplachová (alarmující)**

- nastává při náhlém porušení životních podmínek nejrozumnějšího druhu
- dochází k aktivaci obranných mechanismů

Dostane-li se člověk do stresové situace, zvýšená hladina hormonů nadledvinek aktivizuje mozek k pohotovosti. Ten vyvolá produkci stresových hormonů – adrenalinu a noradrenalinu a v důsledku toho začne tělo ovládat sympatický nervový systém. Projevuje se to zvýšenou látkovou výměnou a nedostatečným prokrvením kůže a trávicích orgánů. Plíce i srdce pracují intenzivněji – zrychluje se dýchání a srdeční činnost, stoupá krevní tlak, játra vyplavují cukr do krve. Vše se mobilizuje, aby bylo tělo připraveno na útok nebo útěk. Zároveň nastupují psychické reakce jako strach, hněv, agrese. Druhý pomalejší příkaz jde přes hypotalamus a hypofýzu do kůry nadledvinek, kde se produkují hormony zasahující do metabolismu těla. Ty mobilizují rezervy připravují je na „boj“ delšího trvání. Toto vše má zpětný vliv na stav psychický.

Jestliže stresor ustoupí, následuje fáze zotavovací.

Přetrvává-li stresor, dochází k fázi:

➤ **fáze odporu**

- tato fáze se vyznačuje různou úrovní adaptace
- ačkoli člověk disponuje velkou schopností adaptace, adaptační energie není nevyčerpatelná

Pokud se člověk se stresující situací nevypořádá ve fázích poplachu a odporu dojde ke zhroucení adaptačního systému a organismus přechází do stádia vyčerpání.

➤ **fáze vyčerpání organismu – selhání adaptivní reakce**

- obranné mechanismy se hroučí, dochází ke kolapsu adaptivní odezvy.

Vyčerpání organismu podle Nakonečného, jak uvádí (Švingalová, 2000, s. 9), se projevují následovně:

„Jsou-li zásoby adaptační energie vyčerpány, objevují se patologické iverzibilní fyziologické i anatomické změny, které se manifestují jako nejružnější tělesná onemocnění, jako tzv. psychosomatické nemoci, tvořící 50–80% některých druhů chorob.“

2.1.3 Stresory a stresové situace

„Žijeme na úvěr. Pod časovým tlakem se ženeme stále za novými cíli. A za to musíme splácet úroky. Jmenují se stres, nedostatek volného času k tomu, abychom vychutnávali svůj blahobyt, chybějící lidské kontakty, chybějící kontakt s přírodou – a také s naší vlastní přirozeností.“ (Brockert, 1993)

Stresor je činitel, podnět různého charakteru, který působí zátěžově. Stresory působí prostřednictvím emocí, zejména strachu a hněvu, a ty jsou spojeny s činností vegetativní nervové soustavy.

L. Levi v roce 1974 rozšířil původní Selyeho pojetí fyzikálních a chemických stresorů (infekce, úraz, šok, teplo, chlad) na psychosociální stresory, za něž považuje všechny podněty, které jedinec vnímá, interpretuje jako ohrožující jeho život či integritu. Rozhodující je zde tedy vlastní interpretace, tj. kognitivní zpracování situace.

Stresory psychické a sociální mají v současnosti vysokou četnost výskytu, a to již od raného dětství. Jsou to komplikované či konfliktní sociální situace všeho druhu, dehumanizované vztahy mezi lidmi, stále stupňované nároky na výkonnost již od dětství, řešení složitých úkolů, časová tíseň, frustrace, sociální nejistoty, ohrožení životního standardu, nezaměstnanost a v některých částech světa válka či její hrozba...

Za nejzávažnější psychologickou zátěž je všeobecně pokládána ztráta milované osoby. Existují i další nepříznivé vlivy, které se mohou nakumulovat a vytvořit pro jedince nepřijatelnou míru stresu.

Ačkoli jsou stresory označovány obecně za negativní činitele, určitá míra stresu je nezbytnou podmínkou pro životní otužování a zdravý psychický vývoj za předpokladu, že si jedinec ponechá smysluplné životní perspektivy. Tyto perspektivy napomáhají zvládnout stres a zvládnutý stres zpětně posiluje odolnost jedince vůči pozdější zátěži.

Stres není tedy jako celek škodlivý. Jsou-li stresory slabé, organismus si na ně postupně zvyká, otužuje se, zvyšuje se jeho odolnost.

H. Seyle rozlišoval mezi aktivizací organismu, která je zdraví prospěšná (eustres) a trvalou, zdraví škodlivou zátěží (distres). Distres způsobuje, že se organismu daří stále řidčeji a s větším úsilím obnovovat rovnováhu mezi napětím a uvolněním. Jako důsledek se pak objevují somatické i psychické problémy.

Stresové situace můžeme rozlišovat například na:

➤ **časové**

- nastávají tehdy, jestliže má člověk zvládnout mnoho úkolů v krátkém časovém termínu

➤ **ze zodpovědnosti**

- v popředí je strach ze selhání, pocit rizika, důležitost úkolu (*např. vystoupení před mnoha lidmi, maturita apod.*)

➤ **sociálně psychologické**

- při nedorozuměních, hádkách, interpersonálních konfliktech

➤ **z vnitřního nesouhlasu**

- jestliže má člověk plnit příkazy, které vnímá jako subjektivně nesmyslné

➤ **vnější**

- jsou zapříčiněny především působením fyzikálních a chemických stresorů (hluk, teplo, chlad apod.)

Zda situace bude působit stresově, resp. do jaké míry působí stresově, záleží na mnoha okolnostech:

- subjektivním hodnocením situace, vlastní interpretaci, resp. kognitivním zpracováním situace
- celkovém subjektivním prožívání zátěže
- vlastní reakci
- psychofyzické odolnosti organismu a jeho adaptačních schopnostech
- míře možností ovlivnitelnosti situace (nevyléčitelná nemoc, úmrtí blízkého člověka)
- míře předvídatelnosti stresové situace (dlouhodobě se vyvíjející nemoc, autonehoda)
- charakteru, intenzitě a délce trvání stresoru, apod. (Švingalová, 2002, s. 46)

2.1.4 Projevy stresu

Stres se projevuje v oblasti:

➤ **duševní (zejména v oblasti citové a myšlenkové):**

- poruchami spánku, podrážděností, únavností, napětím (neschopností uvolnit se psychicky i fyzicky), strachem, zlostí, agresí, depresí, zhoršeným myšlením, sníženou myšlenkovou plynulostí, produkcí negativních myšlenek, negativní anticipací („skončí to špatně“), poklesem koncentrace pozornosti, nerozhodností, sníženou sebejistotou, netrpělivostí, celkovým poklesem psychické výkonnosti, zhoršenou koordinací všech kognitivních funkcí

➤ **chování:**

- zvýšeným nebo snížením aktivity, apatií, neklidem, neúčelným, chaotickým chováním, zkratkovitým jednáním, chybnými úkony

➤ **tělesné:**

- svalovým třesem nebo svalovou ochablostí
- zvracením, průjmem, nutkáním k močení, pocením a dalšími četnými vegetativními a metabolickými poruchami
- ve svých důsledcích se stres podílí na vzniku a udržování některých psychických a psychosomatických onemocnění
- je prokázáno, že stres způsobuje narušení (oslabení) imunitního systému organismu (Švingalová, 2000, s. 16)

2.1.5 Zvládání stresu

Prevence stresu a jeho zvládání v počátečních fázích je jedním z nejvýznamnějších témat psychohygieny. Preference technik zvládání stresu a obranných reakcí je individuálně specifická. Každý člověk si v průběhu života vytváří své vlastní způsoby prevence proti stresu a vyrovnání se s ním. Cílem všech strategií je zachování nebo znovuoobnovení psychické i fyzické rovnováhy jedince.

Pro boj proti stresu je důležité odstraňovat jeho příčiny, nikoli symptomy, které jsou jeho důsledkem.

Coping je vědomou volbou určité strategie. Tato volba je závislá na hodnocení této situace i posouzení vlastních možností. Z toho vyplývá zaměření na určitý cíl. Smyslem copingu je zlepšení bilance, ať už k němu dojde v důsledku změny situace nebo změny postoje, hodnocení a prožívání problémové situace. Vzhledem k tomuto vymezení je možné diferencovat dva přístupy k řešení.

- 1) Coping zaměřený na řešení problému. Tato strategie vyplývá z představy, že je problém možné řešit a že je jedinec schopen takového cíle dosáhnout. Může zahrnovat různé alternativy chování: samostatné hledání konkrétních řešení, hledání pomoci u jiných lidí či úsilí o podporu a potvrzení účelnosti vlastního jednání.
- 2) Coping zaměřený na redukci negativních zážitků a udržení psychické rovnováhy. Tato strategie vychází z představy, že problém není možné řešit proto je nutné jej přijmout. Řešení spočívá ve změně postoje, v nalezení dostupného a přitom vyhovujícího způsobu života. Například závažné onemocnění či zdravotní postižení nelze vyléčit a proto je třeba se s ním naučit žít. Smíření se situací není vždycky negativním řešením. Vzdáním se toho, co je nedosažitelné vede k vyrovnaní, protože teprve pak lze hledat jiné uspokojení či smysl života.
(Vágnerová, 2004, s. 57)

K nejčastěji uváděným antistresovým aktivitám patří tzv. antistresové programy, což jsou nejrůznější metody, jejichž podstatou je fyzická a psychická relaxace prostřednictvím sugesce a imaginace. Mezi nejužívanější relaxační techniky patří:

➤ **Autogenní trénink**

Účinky antistresových programů podporuje klidné, bezkonfliktní sociální zázemí jedince a jeho životní perspektivy.

Pravidelným uplatňováním relaxačních technik a cvičení je možné stresu předcházet a udržovat organismus v rovnováze mezi napětím a uvolněním. Prostřednictvím relaxačních cvičení se lze nejen naučit regulovat rovnovážný stav, ale i řídit koncentraci pozornosti. Autogenní trénink uvádí *příloha č. 4: Antistresové relaxační techniky*.

➤ **Antistresové aktivity v oblasti emoční**

Podstatou je zvládání negativních emocí jako je zlost, vztek, strach, úzkost. Jako obrana se doporučuje taktně a citlivě definovat vzniklou emoci sobě i jiným, a tím nechat stresovou situaci odeznít. Další možností je nechat negativní emoci „rozpustit“ v relaxačním stavu, a tím ji neutralizovat.

➤ **Antistresové aktivity v oblasti myšlení**

Negativní myšlenky mají tendenci probíhat automaticky, a tak posilují stav stresu. Jedním z důležitých kroků při překonávání stresu je naučit se regulovat myšlenkové pochody tak, abychom ovládali své myšlení – ne ono nás. Tak se vytváří vnitřní dialog, který spočívá v tom, že spontánním negativním nápadům a myšlenkám nedáme prostor k projevení, ale polemizujeme s nimi produkcí pozitivních myšlenek. Nedaří-li se to, neboť se nejsme schopni na produkci pozitivních myšlenek koncentrovat, použijeme různá dechová cvičení.

➤ **Dechová cvičení**

Zkoncentrujeme-li se na svůj dech, eliminujeme tím automaticky negativní myšlenky. Dýchání je nejjednodušší a nejlepší formou, jak se dostat do kontaktu a klidu se sebou samým.

➤ **Humor**

Smích je fyziologická aktivita, která mobilizuje organismus nestresovým způsobem a z psychologického hlediska se problém stává menším.

➤ **Správná životospráva a správný životní styl**

- tělesný pohyb
- dostatek spánku a odpočinku
- pravidelnost a střídmost ve stravování (Henning, Keller, 1995, s. 78)

Člověk který prožívá zátěžovou situaci se často pozná podle toho, že se příliš rychle a často vzdává tam, kde by chtěl a měl prosadit svůj názor (svou vůli). Tak se stává, že se dostane do situace, kdy dělá, co nechce, a bere mu to radost ze života. Z tohoto důvodu je někdy na místě absolvovat výcvik v sebeprosazování – asertivitě.

(Křivohlavý, 2003, s. 129)

➤ **Asertivní práva**

Každý z nás je v konečné podobě zodpovědný za vlastní psychickou rovnováhu, štěstí a životní úspěch. I když si možná vzájemně přejeme dobro i pro ty druhé, ve skutečnosti nemáme schopnost vytvořit duševní stabilitu a blaho nebo štěstí pro někoho jiného. Máme schopnost dočasně někoho potěšit tím, že uděláme, co si ten člověk přeje, ale aby si ten člověk zařídil život způsobem, který ho učiní zdravým a šťastným, musí si sám projít a prožít všechnu tu práci, pot, bolest a strach z neúspěchu.

Tato skutečnost je vyjádřena v jedné z prvních zásad moderní psychoterapie. Každý z nás může dočasně pomoci tím, že poskytne radu nebo návod, ale člověk, který má nějaký problém, nese také odpovědnost za to, že si ho vyřeší sám. (Smith, 2002)

2.2 Syndrom vyhoření

Burnout effect znamená v angličtině vyhoření, vypálení.

Metaforické označení syndromu vyhoření zprostředkovává obraz vyhasnutí vnitřního zdroje energie – ohně života. Dokud oheň hoří, je člověk v rovnováze. Oheň zahřívá dům, tj. našeho ducha, naše tělo, naši duši. Hoří-li příliš silně, vše spálí a dům vyhoří. Hoří-li slabě, jen doutná, dostatečně nás nezahřeje a dům vychladne. Důsledkem obou extrémů je prázdný, chladný dům, tj. vyhasnutí naší aktivity, zájmu a angažovanosti. Jinak řečeno – člověk se již nepohybuje v rovnováze mezi napětím a uvolněním. Musí proto dávat více než dostává. Spotřebovává více energie, než je schopen doplnit, a překračuje hranici svých fyzických i psychických možností. (Hennig, Keller, 1996, s.11)

Metaforicky dobře vystihuje efekt vyhoření báseň D. Greitemeyerové, uvedená v příloze č.1: *Báseň Vyhoření*.

Stavy vyčerpání a podrážděnosti byly lékařům dobře známy již na začátku 20. století. Koncem 60. a na počátku 70. let se američtí psychologové začali syndromem vyhoření intenzivně zabývat. Syndrom vyhoření popisovali jako duševní stav, objevující se často u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Tento stav ohlašuje celá řada symptomů: člověk se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně a tělesně unavený. Má pocity bezmoci

a beznaděje, nemá chuť do práce ani radost ze života. Vyhoření většinou není důsledkem izolovaných traumatických zážitků, nýbrž se objevuje jako plíživé psychické vyčerpání. (Švingalová, 2000, s. 27)

2.2.1 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Slovník sociální práce (2003) charakterizuje syndrom vyhoření jako: – soubor příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobě nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocity beznaděje, obavami, případně i zlostí.

V MKN-10 je syndrom vyhoření jako samostatná nozologická jednotka. Podle Kebzy a Šolcové je větší riziko vyhoření u lidí, kteří mají intenzivní a dlouhodobý kontakt s klienty a u lidí pracujících původně s vysokým nasazením, idealistických, velmi obětavých, málo asertivních, soutěživých, perfekcionalistických, neschopných reflexe, zatížených navíc mimopracovními náročnými událostmi, žijící pod časovým tlakem, málo sebevědomých, úzkostných, depresivně laděných, považujících svou profesi za společensky podceňovanou. Riziko vyhoření je podle týchž autorů nižší u lidí s dobrým sociálním zázemím, asertivních, schopných organizovat svůj čas, ovlivňujících charakter a pestrost své práce, optimistických a spokojených se svým životem, vrozeně odolných. (Matoušek, 2003)

Chronicky vyčerpaní lidé nesnadno přiznávají sobě i jiným své obtíže. Zatajují úzkost, strach, vnitřní neklid a tenzi, únavu, slabost, nervozitu, neschopnost koncentrovat se, poruchy spánku, bolesti hlavy atd. Připadá jim nepatřičné, zejména pokud pracují v pomáhající profesi si stěžovat na zpočátku nepodstatné příznaky. Je jim obtížné dát najevo, že si neví rady sami se sebou, vždyť pracují s lidmi, kteří si se sebou nevědí rady v daleko větší míře.

Počáteční entuziasmus pro práci, uspokojení z prvních úspěchů, nadšení ze seberealizace se postupně vytrácí. Začíná se měnit profesionální chování člověka, vytrácí se zájem o klienty, pacienty či uživatele služeb, jejich stesky začínají být na obtíž, jsou odbývány ironickými poznámkami. Objevuje se podrážděnost, střídaná s skleslostí, dostavuje se ztráta sebedůvěry a pocit vnitřní prázdnoty.

Zátěžové situace se postupně přenášejí i do rodinného prostředí. Rodinní příslušníci poznávají, že něco není v pořádku, že se partner či partnerka mění, je podrážděný, hádá se, vybuchuje – houstne domácí atmosféra. Stres z povolání se přelévá do domácího stresu a naopak. Na druhé straně může vyrovnané a harmonické domácí prostředí značně zmírnit intenzitu profesionální zátěže. (Tošner, 2000, s. 4)

Samozřejmě, že většina zde uváděných příznaků nemusí vždy znamenat, že jde o syndrom vyhoření. Podobné příznaky na sobě můžeme pociťovat při řadě jiných nemocí. U syndromu vyhoření záleží na podmínkách, za jakých vykonáváme svoje povolání a na postupných fázích vývoje syndromu vyhoření.

Aronson (1983) rozlišuje mezi syndromem vyhoření a vyčerpáním. Tyto termíny se od sebe odlišují především příčinami, které způsobují daný stav.

„Příčinou vyčerpání může být jakákoliv dlouhotrvající, resp. vleklá zátěž (fyzická, emocionální, psychická), což ovšem neznamená, že by nemohlo dojít k naprostému vyčerpání člověka i na základě nějaké náhlé změny v jeho životě, např. jako důsledek aktuálního traumatu. Poměrně typickým projevem vyčerpaného člověka je skutečnost, že u něj trvale převažují negativní aspekty nad pozitivními. Cítí se být v životě nedoceněným a zbytečným. Syndrom vyhoření se projevuje také fyzickým, emocionálním a mentálním vyčerpáním, ale vše je v zásadě důsledkem chronické zátěže spojené s dlouhodobým nasazením pro jiné lidi.“ (Jankovský, 2003, s. 158)

2.2.2 Příčiny syndromu vyhoření

Na rozvoji burnout se podílí celá řada příčin, které společně mohou „namíxovat vražedný koktejl“, jenž způsobí propuknutí postupného procesu vyhořívání. K těmto příčinám patří:

- 1) Individuální psychické příčiny** – jde jednak o vlastnosti každého jednotlivce a také o způsob, jakým nakládáme se stresem.

Burnout se pojí nejen s výkonem určitých profesí, ale i s individuálními vlastnostmi každého jednotlivce. Příznaky syndromu vyhoření se často objevují u lidí kteří:

- si kladou příliš vysoké cíle,
- jsou perfekcionisté,
- jsou nejvýkonnější a nejproduktivnější a mimořádně tvořiví,
- jsou nejodpovědnější a nejpečlivější,
- jsou zprvu velice nadšení tím, co dělají, avšak časem u nich toto zanícení ochabuje,
- neúspěch prožívají jako osobní porážku,
- nejsou schopni se vymanit ze stále zvyšujících se nároků na ně kladených,
- neumí přiměřeně odpočívat, relaxovat, obnovovat svou energii,
- žijí v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech,
- více dávají než přijímají,
- při své práci nevidí pozitivní výsledky svého snažení,
- jsou posedlí soupeřením a soupeřivostí,
- prožijí nadměrné množství obtížných životních podmínek,
- žijí v neustálém spěchu.

2) Individuální fyzické příčiny – k těmto příčinám patří naše tělesné vybavení, které je nám dané a není snadné je nějak ovlivnit. V souvislosti s burnout jde především o typ nervového systému, na jehož základě jsme odolnější či méně odolní vůči stresu. Řadí se sem i nezdravý způsob života, který negativně ovlivňuje naši tělesnou výbavu (kouření, nedostatek pohybu, nadváha, konzumace alkoholu).

3) Institucionální příčiny – k těmto příčinám patří nedostatky v řízení a struktuře organizací a institucí. Negativní vliv mají také fyzikální stresory (vysoká hladina hluku, špatné osvětlení, nedostatek prostoru, apod.) Dále k těmto příčinám můžeme řadit i kvalitu přípravy studentů na dané povolání.

4) Společenské příčiny – sem patří především špatné společenské hodnocení, tabuizování a snižování potřeby dané práce.

Mnoho autorů považuje za hlavní příčinu vyhoření podmínky pracoviště, okruh spolupracovníků a sociologické faktory.

Vyhoření není ojedinělým fenoménem. Objevuje se u mnoha lidí, pracujících v pomáhajících profesích. Má škodlivé následky nejen pro své oběti, ale způsobuje i zhoršení kvality poskytovaných služeb. Lidé, kteří vyhořeli, chodí do práce se

zpožděním, protahují polední pauzy a snaží se co nejrychleji odejít domů. Lidé ještě nedávno plní energie a idealismu chodí nyní do práce s nechutí, stále se dívají na hodinky, snaží se odkládat kontakty s klienty. Své klienty často vidí jako stereotypně se opakující „případy“, nemohou se soustředit na rozhovor, cítí se bezmocně, přestávají být ke klientům tolerantní a uchylují se k cynismu. (www.portal.clanek.cz)

Domnívám se, že práce výchovných, sociálních a zdravotních pracovníků v ústavech sociální péče je považována za rizikovou z hlediska burnout (mimo již uvedených důvodů) i z těchto příčin:

- riziko vyhoření je přímo úměrné dlouhodobosti kontaktu s uživateli služeb (tráví většinu času své pracovní doby s mentálně retardovanými uživateli),
- u mentálně retardovaných jedinců neexistuje naděje na vyléčení a jejich postižení znamená i velmi malou naději na zlepšení jejich stavu,
- mentálně retardovaní vykazují vyšší stupeň závislosti na svých pečovateli,
- vyžadují značně stereotypní přístup,
- zaměstnanci v ústavech sociální péče setrvávají na jedné pozici příliš dlouho (v evropských zemích je zvykem po pěti až šesti letech práce s uživateli služeb profesionála buď přeradit do řídicí funkce, nebo mu umožnit vzdělávat budoucí profesionály, nebo alespoň na několik let změnit obor práce),
- kritika ze strany společnosti,
- práce je nedostatečně finančně ohodnocena.

2.2.3 Příznaky syndromu vyhoření

Hennig a Keller (1996, s. 18) podrobněji rozvádějí příznaky, které dělí do čtyř rovin:

1) Duševní rovina:

- negativní obraz vlastních schopností,
- negativní postoj ke klientům, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu,
- negativní hodnocení působení pracovního prostředí,
- ztráta zájmu o profesní témata, lhostejnost k práci,
- únik do fantazie,
- potíže se soustředěním, zapomínání.

2) Citová rovina:

- sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost až agresivita, sebelítost, nespokojenost,
- pocit nedostatku uznání.

3) Tělesná rovina:

- rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak,
- poruchy spánku, náchylnost k nemocem a úrazům, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání), bolesti hlavy, narušené stravovací návyky (přejídání či nechutenství).

4) Sociální rovina:

- úbytek pracovní angažovanosti, úbytek snahy pomáhat problémovým klientům, omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými,
- omezení kontaktů s kolegy, přibývání konfliktů v oblasti soukromí, nedostatečná příprava k výkonu práce.

Rush (2003) dělí symptomy do následujících dvou kategorií:

➤ Vnější:

- skutečnost, že aktivita vzrůstá, ale produktivita zůstává zpočátku stejná,
- podrážděnost,
- fyzická únava,
- neochota riskovat.

➤ Vnitřní:

- ztráta odvahy, ztráta osobní identity a sebeúcty,
- ztráta sebeobjektivnosti,
- emocionální vyčerpanost,
- negativní duševní postoj.

Z uvedených příznaků vyplývá, že syndrom vyhoření provází nejenom jednotlivce samého, ale má dopady i na jeho sociální okolí. Syndrom vyhoření silně ovlivňuje kvalitu práce a kvalitu vztahů s okolím. Postižení bývají častěji nemocní a déle v nemoci setrvávají.

2.2.4 Vývoj syndromu vyhoření

Proces jehož vrcholem je vyhoření, většinou trvá mnoho měsíců až let. Probíhá v několika fázích, které mohou být různě dlouhé.

Fáze vývoje syndromu vyhoření:

- **nadšení:** vysoké ideály, vysoká angažovanost
- **stagnace:** ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele začínají obtěžovat
- **frustrace:** pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání
- **apatie:** mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám
- **syndrom vyhoření:** dosaženo stádia úplného vyčerpání – ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, vymizení reflexe vnitřních norem.

(Hennig, Keller, 1996, s.17)

Podle Edelwiche a Brodského lze v dynamice průběhu procesu vyhoření u většiny případů rozlišit 6 stádií vývoje syndromu vyhoření.

Mimo výše uvedených stádií vymezili autoři stadium intervence. Intervence je jakýkoliv krok, který je reakcí na vyhoření a vede k přerušení koloběhu zklamání. Intervence může znamenat, že si člověk udělá víc času na soukromý život, odjede na dovolenou, najde si nové přátele, nebo se přestěhuje. Člověk se může znovu začít vzdělávat, ať už proto, aby získal lepší místo nebo proto, aby uspokojil touhu po poznávání a seberozvoji. Intervence může znamenat také nově definovat svůj vztah k práci, ke klientům, spolupracovníkům a přátelům.

Syndrom vyhoření nevzniká jen s prosté přemíry práce. Rozvoj burn-out syndromu může být rizikovým jestliže:

- člověk shledává těžké říci „ne“ k dalším a dalším úkolům nebo odpovědnostem,
- je pod stálým tlakem náročných úkolů po delší dobu,
- vlastní vysoké nároky které stěžují podělit se o práci s kolegy či podřízenými,
- snaží se dosáhnout příliš velkých cílů po dlouhou dobu. (Tošner, 2002, s. 5)

2.2.5 Diagnostika syndromu vyhoření

K diagnostikování syndromu vyhoření se používá řada různých metod. Nejběžnějšími metodami jsou dotazníky, speciálně zaměřené:

- na celou šíři problematiky vyhoření,
- na její tři nejvýraznější charakteristiky – fyzické, emocionální a psychické vyčerpání,
- na tři relativně samostatné faktory – emocionální vyčerpání, depersonalizaci a snížený pracovní výkon. (Křivohlavý, 2001, s. 117)

Nejčastěji užívaným systémem k měření psychosociální zátěže je Inventář životních událostí, který v 60. letech prezentovali američtí badatelé T.H. Holmes a R.H. Rahe. Sestavili přehled působnosti různých stresorů. Každý stresor je spojen s určitou bodovou hodnotou, která vyjadřuje sílu jeho negativního vlivu.

Součet dosažených bodů za poslední rok představuje míru zátěže. Pokud překročí 250 bodů, dostává se osoba do rizikové skupiny. Zátěž nad 350 představuje významný stres, který se může podílet jak na psychickém, tak na tělesném onemocnění. Je pochopitelné, že bodová hodnota není univerzálně platná, jedná se o relativně přibližné výchozí hodnoty. Míra zátěže záleží na mnoha dalších okolnostech – individuálních osobnostních vlastnostech, postojích člověka k dané události, sociálních okolnostech, zejména míře sociální podpory okolí apod. (Švingalová, 2000, s. 12)

Poslední výzkumy podle Honzáka, jak uvádí Švingalová (2000, s. 12) ukazují, že hodnoty Inventáře životních událostí korelují s některými patofyziologickými parametry těsněji než subjektivní výpověď o prožívaném distresu pacientů.

2.2.6 Postoje k zátěžovým situacím

Postoje i chování člověka vedoucí k chronickému vyčerpání, až vyhoření, se dají do jisté míry korigovat. Svoji reakci na zátěž a stres si člověk nevybírá, ale obvykle se chová v souladu se svým temperamentem a charakterem a také podle toho, jak je již od dětství naučen se chovat. Takové způsoby jsou často neuvědomělé.

Typy chování, kterými se člověk snaží bojovat proti nepřiměřené zátěži, se dají rozdělit do následujících kategorií:

Direktivně aktivní chování:

- náročné na zvládání emocí,
- vhodné spíše pro šéfa, či samostatně pracujícího,
- pozitivní z hlediska profese i vlastní osobnosti.

Projevy: snaha ohraničit se vůči nepříznivým podnětům, nepouštět si všechny problémy „k tělu“, získat od nich odstup. Učit se regulovat své emoce, vyhýbat se hněvu, zlepšovat své postoje ke smířlivosti, „malé věci řešit mávnutím rukou“.

Nedirektivně aktivní chování:

- náročné na schopnosti vyjít s druhými lidmi,
- vhodné spíše pro kolektiv spoluzaměstnanců,
- pozitivní z hlediska profese i osobnosti.

Projevy: snaha o vypovídání se, získání opory u druhých, snaha o zapojení kolegů a dalších lidí do problémů. Navazování přátelství mimo profesi, aktivní odpočinek mimo zaměstnání, aktivní zájmy korigující jednostrannou pracovní zátěž.

Direktivně pasivní chování:

- pohodlné přežívání,
- negativní z hlediska profese,
- z hlediska osobního života jedince může být neutrální.

Projevy: ignorování zátěže, tendence rozvíjet v sobě lhostejnost ke všemu, co se stane, docházka do zaměstnání pouze dle rozpisu, přenesení zodpovědnosti na jiné osoby, či instituce. Čekání na dovolenou a na penzi, „vypínání se“ během pracovní doby – únik do snění (až spánku), tlachání s kolegy či po telefonu o ničem.

Nedirektivně pasivní chování:

- uhýbání před životem,
- negativní z hlediska profese i jednotlivce.

Projevy: pasivní vystavování se událostem, s prožitkem bezmocného člověka, který nemůže nic ve svém životě změnit. Únik do nemoci, resp. setrvávání v ní, pití alkoholu, či zneužívání drog. Pasivní trávení volného času – sledování TV bez výběru.

Rozhodně platí, že obě „direktivní“ formy chování a ještě lépe jejich kombinace, mohou být účinnou obranou proti vyhoření.

Bránit se vyhoření můžeme také, místo zdůrazňování negativ, hledáním předností našeho povolání. Na druhé straně se může stát, že sestavení a promyšlení seznamu předností našeho povolání může člověka dovést k myšlence, že je nejvyšší čas změnit zaměstnavatele – i tento výsledek může být z hlediska prevence chronického vyčerpání chápán jako pozitivní. Pokud se ale jedinec rozhodne se stresem bojovat, existuje několik cest jak se vyhnout syndromu vyhoření. (Tošner, Tošnerová, 2002, s. 12)

2.2.7 Prevence syndromu vyhoření

Základem prevence syndromu vyhoření je zdravý způsob života s dostatkem pohybu, pestrou vyváženou stravou a vyrovnaným režimem práce a odpočinku. Je nutno si uvědomit základní pravidlo „prevence je lepší než léčba“. Nejlepším způsobem jak čelit vyhoření, je naučit se nepřipustit jeho nástup a vznik.

V následujícím schématu jsou uvedeny doporučované podněty prevence vyhoření určené osobám, které jsou tímto rizikem ohroženi.

- **Snižte příliš vysoké nároky.** Kdo na sebe i druhé klade neustále příliš vysoké nároky, vystavuje se nebezpečí stresu. Přijměte skutečnost, že člověk je nedokonalý a chybující.
- **Nepropadejte syndromu pomocníka.** Vyhněte se nadměrné citlivosti k potřebám druhých lidí. Pohybujte se v rozmezí mezi soucítěním a emocionálním odstupem. Nesnažte se být zodpovědní za všechny a za všechno. Čím více budete ostatním pomáhat, tím více budou bezmocní.
- **Naučte se říkat NE.** Nenechávejte se přetěžovat. Řekněte ne, pokud budete cítit, že je toho na vás nakládáno příliš. Myslete někdy také na sebe.
- **Stanovte si priority.** Nemusíte být všude a vždy. Nevyplývejte svou energii na nesčetné aktivity. Soustřeďte se na činnosti, které si vyberte jako podstatné.

- **Dobry plán ušetří polovinu času.** Zacházejte rozumně se svým časem. Rozdělte si rovnoměrně práci. Větší úkoly si rozdělte na dílčí etapy, které budete schopni zvládnout. Snažte se vyhnout odkládání práce.
- **Dělejte přestávky.** Uvědomte si, že vaše zásoba energie je omezená. Nežeňte se z jedné činnosti do druhé.
- **Vyjadřujte otevřeně své pocity.** Pokud se vás cokoliv dotkne, dejte to najevo. Udělejte to tak, aby jste sami necitlivě nezasáhli druhého.
- **Hledejte emocionální podporu.** Sdělená bolest, poloviční bolest. Najděte si „vrbu“, důvěrníka, kterému můžete otevřeně vyličit svoje problémy.
- **Hledejte věcnou podporu.** Všechny problémy nemůžete vyřešit sami. Není nutné lámat si se vším hlavu sám. Pohovořte si s kolegyněmi a kolegy, požádejte je o radu a o návrhy na řešení.
- **Vyvarujte se negativního myšlení.** Jakmile zabřednete do hloubání a sebelítosti, řekněte si „stop“. Položte si otázku: „Co je na mě dobrého?“ Radujte se z toho, co umíte a dokážete. Užívejte také pozitivních stránek života. Vychutnávejte všechno, co podle vás má v životě nějakou hodnotu.
- **Předcházejte komunikačním problémům.** Práci si dobře připravte, sdělte spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhýbejte se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům, i výhrůžkám.
- **V kritických okamžicích zachovejte rozvahu.** V konfliktní situaci se nenechávejte svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomte si váš manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí, nebo humorem.
- **Následná konstruktivní analýza.** Projděte si zpětně kritické situace. Analyzujte svoje chování, navrhnete alternativy řešení. Zapijte do rozboru kolegyně a kolegy.
- **Doplňujte energii.** Vaše práce není pupek světa. Vyrovnávejte pracovní zátěž potřebnou mírou odpočinku. Věnujte se činnostem a vztahům, při kterých se cítíte dobře a které vás naplňují. Osvojte si relaxační techniky.
- **Vyhledávejte věčné výzvy.** Buďte otevření novým zkušenostem, dále se uče a vzdělávejte. Rozšiřování obzoru a repertoáru komunikačních technik zlepšuje schopnost zvládat stres.
- **Využívejte nabídek pomoci.** Jestliže máte pocit, že v kritických situacích nereagujete dobře, měli byste se snažit změnit své chování. Přihlaste se do

vhodného výcviku, zorganizujte mezi kolegyněmi a kolegy diskusní skupiny, požadujte na nadřízených supervizi vaší práce.

- **Zajímejte se o své zdraví.** Berte vážně varovné signály vašeho těla. Zmírněte pracovní nasazení, dopřávejte si dostatek spánku, zdravě se stravujte, sportujte, udělejte si radost. (Tošner, Tošnerová, 2002, s. 14)

2.3 Ústavy sociální péče

K nejrozšířenějším zařízením sociální péče, v nichž může probíhat komplexní péče osob s mentální retardací patří ústavy sociální péče. Systém ústavní péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. (Valenta, Müller, 2003)

2.3.1 Vymezení pojmu ústav sociální péče

Podle platné legislativy ČR (zákon 108/2006 o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1.ledna 2007), náleží ústavy sociální péče pro osoby s mentálním postižením do zařízení sociálních služeb pod názvem – domovy pro osoby se zdravotním postižením.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodů zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Nezaopatřeným dětem se v domovech pro osoby se zdravotním postižením poskytuje osobní vybavení, drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám. (www.mpsv.cz)

2.3.2 Základní poslání ústavů sociální péče

V této kapitole popisují základní poslání a hlavní úkoly a cíle pracovníků ústavu sociální péče ve kterém pracují. Dále uvádím hlavní služby poskytované zaměstnanci ÚSP, kteří jsou v přímém kontaktu s klienty jako názorný příklad možnosti rizika vzniku syndromu vyhoření.

Základním posláním ústavu je:

- 1) Zabezpečit uživatelům komplexní ústavní péči včetně zajištění léčebně preventivní, ošetrovací, obslužnou péči a rehabilitaci, výchovně-vzdělávací sociální péči, a to v trvalém, týdenním a přechodném pobytu.
- 2) Vytvářet uživatelům náhradní rodinné a životní prostředí a v určité míře i nahrazení domova. S přihlédnutím ke zdravotnímu stavu uživatele zabezpečovat vhodnou vzdělávací, kulturní, sportovní, pracovní a zájmovou činnost.
- 3) Poskytovat komplexní ústavní péči pro osoby upoutané na lůžko nebo vyžadující jinou náročnou ošetrovatelskou péči v samostatných odděleních ústavu.
- 4) Zajišťovat služby sociální péče ve vysoké kvalitě a na odborné úrovni. Podílet se na sociálním šetření pro umístění do domova. Připravovat podklady pro zřizovatele ke stanovení výše úhrad za pobyt.
- 5) Poskytovat poradenskou a informační službu pro rodiče a zákonné zástupce svých uživatelů.
- 6) Řešit havarijní a mimořádné situace v rodinách s mentálně postiženými, například přechodným umístěním.
- 7) Umožňovat exkurze a odborné praxe studentům.

❖ **Hlavní obsah služeb ústavu sociální péče**

Mezi hlavní služby které poskytují pracovníci v ústavech sociální péče patří:

➤ **Výchova a pracovní terapie.**

Výchova a vzdělávání klientů (uživatelů) v ústavní sociální péči se odvíjí od jejich mentálního postižení. Cílem je klientům poskytnout a vytvořit kvalitní životní prostředí a optimální podmínky pro zájmovou a pracovní činnost. Výchovná činnost se dotýká všech kultivovaných složek osobnosti. U mentálně postiženého jedince musíme hledat a nalézt ty složky osobnosti, které jsou schopny dalšího zdokonalování a rozvoje. To znamená věnovat maximální podíl výchovné práce veškeré činnosti s klienty. Součástí je též stanovení individuálních výchovně-vzdělávacích plánů a určitých podmínek pro dosažení vytyčených cílů.

Tyto služby zajišťují v ústavu sociální péče vychovatelé a pracovníci sociální péče na úseku výchovy a pracovní terapie.

➤ **Oddělení komplexní péče a služeb.**

Hlavním úkolem a cílem zdravotních pracovníků tohoto oddělení je zabezpečit optimálního zdravotního stavu klientů, zamezení komplikací z imobility, zajištění odborné zdravotní péče, poskytování komplexní sociálně-ošetřovatelské péče a ve spolupráci s oddělením výchovy a pracovní terapie vytváření podmínek pro kulturní a společenský život a pro zájmovou činnost klientů. Činnost těchto dvou úseků se navzájem prolíná v komplexní péči o klienty.

➤ **Poradenství a sociálně – právní pomoc.**

Tato služba je poskytována sociální pracovnící, která je pověřena zastupovat uživatele domova v záležitostech sociálně-právních, zdravotních, občansko-právních a majetkových. Hlavním úkolem je přímá či zprostředkovaná sociálně-právní pomoc v ochraně základních lidských a občanských práv a Deklarace práv mentálně postižených občanů v dohledu nad jejím dodržováním.

Jedná se o poskytování informací klientům dle možností a stupně jejich rozumových schopností. Dále poskytování informací a poradenských služeb rodičům a zákonným zástupcům v oblasti sociální, zdravotní a výchovné, včetně základních dokumentů domova.

➤ **Aktivace klientů.**

Je trvalým úkolem a procesem všech výchovných, zdravotních a sociálních pracovníků. Výsledky aktivace jsou ovlivněny zdravotním stavem a psychickými schopnostmi klientů. Jedná se zejména o výchovnou činnost, pracovní terapii a duchovní rozvoj na základě individuálních plánů a cílů pro každého klienta dle jeho potřeb, zájmů, schopností a dovedností.

Pro aktivizaci jsou využívány veškeré možnosti, formy a metody práce s cílem udržení, obnovy či získání určitých dovedností a schopností. Součástí této podpory je plán výchovné, kulturně-zájmové a sportovní činnosti

Je prováděna na úseku výchovy, vzdělávání, pracovní terapie, pracovního zácviku a v zájmových kroužcích. Jedná se o naplňování denního režimu života mentálně postižených klientů v ústavu sociálních služeb, k využití volného času dle zálib a zájmů, a tím utváření vnitřního sebeuspokojování klientů. Podmínkou úspěšné aktivace je rozvíjet zájem a motivaci zaměstnanců s využitím jejich odbornosti, dovedností a schopností.

Další služby zajišťuje oddělení provozně-ekonomické. (Vitásková, 2006)

2.3.3 Transformace ústavní péče

V České republice začala transformace ústavní péče až počátkem 90. let. Pojmy jako integrace, deinstitucionalizace a humanizace se čím dál častěji používaly v návrzích na nové formy péče o lidi s handicapem.

Proces transformace, kterým prochází celý systém poskytování sociálních služeb, je plný mnoha peripetií a úskalí. Názory na to, jakým směrem a jakým způsobem by se měla transformace ubírat, se liší u různých odborníků, ať již teoretiků nebo praktiků.

Švarcová (2003) shrnuje trendy nasměrování transformace péče o osoby s mentální retardací do třech základních bodů:

- 1) **Integrace** spočívá v překonávání nepřírozeného oddělení lidí s mentální retardací od světa lidí nepostižených. Integrace má velké možnosti, ale i své limity. Je schůdná jen pro určité množství lidí s mentální retardací. Zpravidla jimi jsou lidé lehce postižení a dobrým sociálním zázemím.
- 2) **Normalizace** vyjadřuje požadavek, že i lidé s postižením mohou žít normálním životem podobně jako jejich nepostižení vrstevníci. Mohou chodit do školy, do zaměstnání, mít přátelé, zájmy, koníčky, svůj majetek apod. Tento požadavek však opět u některých naráží na jejich vlastní limity.
- 3) **Humanizace** obsahuje požadavek jak humanizace péče, tak i humanizace celé společnosti. Společnost by měla hledět na tyto lidi jako na své spoluobčany, vytvářet trvalé úsilí o obnovení rovnosti šancí vyplývajících z vědomí naprosté rovnosti všech lidských bytostí. Měla by v nich vidět své rovnoprávné členy, kteří pouze vyžadují více péče, která jim pomáhá do určité míry kompenzovat jejich odlišnost.

V oblasti sociálních služeb dochází v posledních letech k výrazným změnám, zejména v přístupu k uživatelům sociálních služeb a v používaných metodách sociální práce. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky reaguje na tyto posuny pomocí systémových změn, které zajišťují poskytování kvalitních služeb v souladu se současnou úrovní poznání.

Požadavky na kvalitu poskytování sociálních služeb jsou stanoveny v podobě standardů kvality. Vznikly v letech 1999–2002 ve spolupráci s uživateli a poskytovateli sociálních služeb na základě široké a dlouhodobé diskuse. Lze je považovat za všeobecně přijatou představu o tom, jak má vypadat kvalitní sociální služba.

Vytvoření standardů má především význam pro zlepšení úrovně a efektivity sociálních služeb. Ve standardech je kladen důraz na uživatele, a to na jejich důstojnost, rozvoj nezávislosti a autonomie, vlastní volbu, účast na běžném životě v přirozeném sociálním prostředí a respekt k jejich přirozeným a občanským právům.

Zaměřují se na výstupy, které musejí být poskytovány, nikoli na vstupy. Mají být aplikovány na všechny typy služby a na všechny poskytovatele. Standardy jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií. Jejich smyslem je umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby. Nejvýznamnějším ukazatelem při hodnocení služeb

je to, jak se poskytovaná služba promítá do života lidí, kteří ji využívají. Přesto, že standardy jsou určeny pro všechny druhy služeb, největší význam mají pro ústavní zařízení. (Pešatová, Švingalová, 2005, s. 30)

V současné době jsou standardy v ústavech sociální péče rozpracovány teoreticky formou směrnic a pokynů pro dané zařízení a plně zaváděny do praxe v souladu s novým zákonem o sociálních službách. Poskytovatelé mají definovaná důležitá kritéria ve svých dokumentacích, například cíle služeb, poslání, cílovou skupinu uživatelů, kapacitu, postupy, jak zajistit dodržování práv uživatelů vlastních služeb a principy poskytování služeb a další vnitřní pravidla. Tento typ dokumentace spolu s dokumentací o tom, jak poskytování služby probíhalo (záznamy mimořádných událostí, individuální plány, dohody o poskytování služby a jejich evidence atd.), jsou důležitým zdrojem informací pro hodnocení kvality služeb.

❖ **Zákon o sociálních službách**

V oblasti sociálních služeb byla po mnoha letech přijata nová právní úprava. A tak ze záměru věčného, o kterém bylo řečeno, že možná zůstane věčným, se přece jen stal záměr skutečný a od 1. ledna 2007 se začaly sociální služby řídit zákony č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

Za velmi pozitivní okolnost přijetí uvedených zákonů lze považovat to, že sociální služby budou ještě více orientovány individuálně a budou poskytovány v součinnosti s uživatelem služeb.

Hlavním posláním zákona o sociálních službách je ochrana práv a oprávněných zájmů lidí, kteří jsou v jejich prosazování oslabeni z důvodů zdravotního postižení, věku či nepříznivé životní situace. Nová podoba zákona reaguje na běžné podmínky života v naší společnosti a garantuje pomoc a podporu potřebným ve formě, která zaručuje zachování lidské důstojnosti, ctí individuální lidské potřeby a současně posiluje schopnost sociálního začleňování každého jednotlivce do společnosti v jeho přirozeném sociálním prostředí.

Hlavním cílem zákona je vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. Sociální služby umožňují člověku ohroženém sociálním

vytvořením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu. K tomu, aby mohly být naplněny výše uvedené principy, nabízí zákon následující základní nástroje:

- Každému člověku garantuje bezplatné sociální poradenství.
- Lidem, kteří jsou závislí na pomoci jiného člověka ve zvládnutí péče o sebe a v soběstačnosti, bude poskytována státem sociální dávka „příspěvek na péči“.
- Lidem, kteří nezvládají svou situaci samostatně nebo s pomocí rodiny a jiných blízkých, nabízí velmi pestrou nabídku sociálních služeb, ze které si mohou svobodně vybírat podle svého uvážení, finančních možností či dalších individuálních preferencí.
- Zákon současně garantuje, že poskytované služby budou pro uživatele bezpečné, profesionální a přizpůsobené potřebám lidí, a to vždy tak, aby v první řadě zachovávaly lidskou důstojnost uživatelů a podporovaly je v aktivním přístupu k životu.
- Zákon také vytváří prostor pro spoluúčast lidí na procesech rozhodování o rozsahu, druhích a dostupnosti sociálních služeb v jejich obci či kraji. (www.mpsv.cz)

2.4 Vychovatelé a pracovníci sociální péče

Vychovatelé a pracovníci sociální péče v ÚSP jsou většinou lidé s pedagogickým vzděláním středoškolským. Část výchovného personálu však obvykle nemá pedagogické vzdělání a rekrutuje se nejčastěji z žen bydlících v okolí ústavu.

Ve státních ústavech dosud platí tzv. normativy čili směrná čísla určující ústavu náležitý počet pracovníků a jejich kvalifikaci. Tyto normativy jsou značně zastaralé a oproti dnešním evropským standardům velice podhodnocené zejména v kategoriích pracovníků, kteří pracují přímo s klienty. Takové ústavy se neustále setkávají s tlakem na zvyšování kvality péče a palety poskytovaných služeb, což ovšem tvrdě naráží na počty vzdělaných pracovníků, které jsou velmi limitující.

Vychovatelé a pracovníci sociální péče v ÚSP zajišťují výchovné a vzdělávací aktivity pro mentálně postižené klienty. Výchovný a vzdělávací program probíhá ve skupinách, do kterých jsou klienti rozděleni dle rozumových schopností. Na jednoho pracovníka připadá

13–16 klientů. Na zmenšení skupin (tj. na navýšení počtu pracovníků) nemají ústavy finanční prostředky. Děti podléhající vzdělávání, navštěvují Speciální základní školu. Ostatní klienti se zabývají výchovně vzdělávacími aktivitami zaměřenými na rozvoj řeči, smyslové vnímání, sebeobsluhu, hygienu apod. Imobilní klienti v hlubokém pásmu postižení jsou umístěni na lůžkách a je jim poskytována nutná fyzioterapeutická péče. Odpolední programy jsou zaměřeny na zájmovou činnost a často se konají mimo ústav. Klienti vykonávají nenáročnou pracovní terapii v jednotlivých provozech ústavu v areálu zařízení a v chráněných dílnách.

V ÚSP jsou pracovníci provádějící výchovně vzdělávací činnost s klienty zařazováni do několika funkcí. Většinu tvoří pomocný výchovný personál (pracovníci sociální péče), vychovatelé a vedoucí vychovatel který řídí úsek výchovy a pracovní terapie. V náplni profese se však toto zařazení nijak výrazně neodlišuje. Všichni výchovní pracovníci jsou povinni vykonávat své povolání svědomitě, poctivě s hluboce lidským vztahem k mentálně postiženým občanům.

Kromě výchovné práce provádějí komplexní hygienickou péči, doprovázejí klienty na vyšetření a ošetření do zdravotních zařízení, zpracovávají potřebnou dokumentaci, připravují podklady a pomůcky pro jednotlivé druhy pracovní a výchovné činnosti. Odpovídají za bezpečnost klientů, kázeň a trvalý dohled nad nimi. Při výkonu svého povolání dodržují zásady individuálního přístupu ke klientům.

2.4.1 Osobnost a profesní zdatnost pracovníků sociální péče

Existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem: lékaři, zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. Každá z těchto profesí má svou odbornost tj. sumu vědomostí a dovedností, které je třeba si pro výkon daného povolání osvojit.

Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích velmi podstatnou roli ještě další prvek – lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Hlavním nástrojem pracovníka těchto profesí je jeho osobnost.

Úkolem angažovaného pracovníka je každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj, přijímat ho, jaký je – prostě mít ho rád, vidět v něm i ty dobré stránky, které většinou ostatním unikají. Pro klidnou práci pracovníka ústavu sociální péče je nezbytné,

aby neviděl tělesné či mentální postižení jen jako vadný výrobek z dílny matky přírody, ale jako jednu z forem existence, která má i svůj pozitivní potenciál. Takový pohled je nutným předpokladem pro to, aby klienti – obyvatelé ústavů – mohli vycítit z chování pomáhajícího svou vlastní hodnotu. (Kopřiva, 2000)

❖ **Výchovný styl**

S profesní zdatností pracovníka ústavu sociální péče souvisí také jeho styl výchovy. Ten zahrnuje přístupy k mentálně postiženým klientům odehrávající se ve výchovném procesu.

Při používání výchovného stylu by měl mít pracovník především ujasněno, jaký má bezprostřední dopad na prožívání mentálně postižených (a jaký je jeho skutečný význam pro jeho rozvoj) – správnost stylu pro toho kterého jedince je vždy věcí individuálního posouzení. Nicméně v každém případě zde musí figurovat:

- vysoká míra autenticity (tzn. musí být „sám sebou“),
- akceptace a porozumění klientovi (pozor na vytváření deprivacních činitelů vlivem vlastního nevyrovnaného či méně intenzivního citového postoje! A naopak pozor na syndrom vyhoření!),
- schopnost nastolení jistého stupně direktivity a přiměřených požadavků,
- a pochopitelně také dávka znalostí a dovedností používání konkrétních metod uspořádání prostředí ulehčující komunikaci, interakční cvičení apod.

(Valenta, Müller, 2003)

Tým pracovníků ústavů sociální péče tvoří nejen speciální pedagogové, ale zejména vychovatelé, zdravotníci a pracovníci sociální péče. Každý z pracovníků ústavu sociální péče má svoji pracovní náplň podle své profese, a z ní vyplývající úkoly a povinnosti. Společným a prvořadým úkolem je pro všechny pracovníky nabízet kvalitní služby mentálně postiženým klientům, vzájemně spolupracovat a v maximální možné míře podporovat nepostižené funkce a specifické nadání mentálně postižených jedinců.

2.4.2 Profesní rozvoj pracovníků a pracovních týmů

V sociálních službách dochází k těsné vazbě mezi uživateli a pracovníky, kteří jsou s uživateli v přímém kontaktu. Na těchto pracovnících přímo závisí kvalita služby, a je proto potřeba jim věnovat velkou pozornost. Kritéria personálních standardů kvality sociální péče upřesňují požadavky na vedení a rozvoj týmu pracovníků, kteří se věnují přímé práci s uživatelem:

- zařízení uplatňuje postup pro pravidelné hodnocení pracovníků. Ten zahrnuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů, úkolů a potřeby další odborné kvalifikace,
- zařízení pracovníkům umožňuje zapojit se do rozvoje a zkvalitňování poskytovaných sociálních služeb,
- zařízení má vypracovaný a uplatňovaný systém oceňování pracovníků, a to nejen finanční odměnou, ale i jinými způsoby (pochvala, zvyšování kvalifikace atd.),
- je uplatňován program dalšího vzdělávání pracovníků, zejména těch, kteří se věnují přímé práci s uživatelem. Každý pracovník je s ním seznámen. Další vzdělávání pracovníků se odvíjí zejména od zjištěných potřeb uživatelů služeb a trendů v sociálních službách,
- pro pracovníky, kteří se věnují přímé práci s uživateli, zajišťuje zařízení podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka za účelem řešení problémů, jež jednotliví zaměstnanci nebo pracovní týmy zažívají při výkonu zaměstnání.

(Johnová, 2003, s. 16)

Bohužel, z praxe je známo, že vedoucí a ředitelé ústavů sociální péče vyžadují kvalitní odbornou práci od svých zaměstnanců, vydávají směrnice a pokyny, kterými se musí každý pracovník sociální péče řídit. Teoretické pokyny však neobsahují jak se má pracovník vyrovnat s přetěžováním, vyčerpáním, neadekvátními podmínkami pracovního prostředí, finančním nedoceněním, nemožností konzultace s kolegy, nedostatkem času připravit se na výkon práce apod.

Na odděleních ústavu sociální péče ve Skalici, žije ve stísněných podmínkách 16 mentálně postižených klientek a služby jim poskytuje jeden vychovatel nebo pracovník sociální péče s jakoukoliv střední školou. Vychovatelé, zdravotníci a pracovníci sociální péče vykonávají svou profesi 13 hodin denně, následuje den volna, který většina z nich tráví plněním svých povinností v rodinném prostředí.

Sebevzdělávání, četba odborné literatury z oblasti speciální pedagogiky, účast na školeních a kurzech týkajících se problematiky mentální retardace se uskutečňuje v osobním volnu a na vlastní náklady. Studium na vysokých školách není nutné a pracovník nemá nárok na studijní volno. Na supervize nejsou finanční prostředky.

Volný čas, kdy jsou u těchto lidí splněné všechny pracovní a jiné povinnosti je velmi vzácný. Pokud chce být pracovník dobře ohodnocen svým nadřízeným musí organizovat kulturní a sportovní akce a provádět nákupy pro klienty ve svém osobním volnu, (nařízení vedoucí ÚSP Skalice).

Většina pracovníků sociální péče vykonává svou profesi s láskou a bere jí jako celoživotní poslání. Není divu, že takový obětavý pracovník stráví více času s mentálně postiženými lidmi, než s vlastní rodinou, což bývá důvodem narušení vztahů v rodině.

Takový člověk se pak často stává obětí stresu, který ovlivňuje jeho pracovní i osobní život.

Klienti v ústavech sociální péče jsou občané postiženi mentální retardací těžšího stupně též tělesnou nebo smyslovou vadou. Práce vychovatelů a pracovníků sociální péče vyžaduje mimo jiné dostatek informací a znalostí o mentální retardaci.

2.5 Mentální retardace

V roce 1959 se v Miláně konala konference Světové zdravotnické organizace (WHO), na níž se zástupci jednotlivých vědních oborů zabývajících se problematikou jedinců s poruchami intelektu z nutnosti sjednotit pojmové a terminologické vymezení daného jevu dohodli na používání zastřešujícího termínu mentální retardace. Má interdisciplinární charakter a zasahuje do všech oblastí života postiženého jedince – lékařské, psychologické, pedagogické, sociální po celý jeho život. (Vítková, 2004, s. 293)

2.5.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Mentální retardace je souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišnostmi ve struktuře osobnosti. (Vágnerová, 2004, s. 289)

Slovník sociální práce (2003) charakterizuje mentální retardaci jako vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadování vlastních schopností, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky. Příčinami mentální retardace jsou dědičnost a organické postižení CNS, ke kterému mohlo dojít během nitroděložního vývoje, při porodu nebo v době krátce po narození. (Matoušek, 2003)

2.5.2 Klasifikace mentální retardace

V současné době se používá členění podle desáté decenální revize Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1992 s platností od 1.1.1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení F. Oddíl F70 – F79 je pak celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, které se zde používá, je opět stanovení inteligenčního kvocientu.

Lehká mentální retardace – F70

IQ se pohybuje mezi 50 až 69 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Středně těžká mentální retardace – F71

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti.

Těžká mentální retardace – F72

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

Hluboká mentální retardace – F73

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje potřebu pomoci při pohybu, komunikaci a hygienické péči.

Jiná mentální retardace – F78

Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružená postižení. smyslová, tělesná, poruchy chování a autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace – F79

Je určeno, že jde o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit. (Vítková, 2004)

2.5.3 Psychické vlastnosti mentálně postiženého jedince

❖ Porucha myšlení, řeči a učení

Typickým znakem poznávacích schopností mentálně postižených je omezenější potřeba zvědavosti a preference podmětového stereotypu. Takoví jedinci bývají obvykle pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Orientace v běžném prostředí je pro ně mnohem náročnější, protože hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky jednotlivých objektů a situací, a hůře chápou i jejich vzájemné vztahy. Svět je pro ně méně srozumitelný, a proto se jim může jevit i více ohrožující. Důsledkem toho je silnější závislost na jiném člověku, který se stává prostředníkem mezi mentálně postiženým a vnějším světem.

Myšlení mentálně postižených je obecně charakteristické značnou stereotypností, rigiditou a ulpíváním na určitém způsobu řešení. Jejich postoj k problémům bývá pasivní, obvykle očekávají jejich řešení od někoho jiného nebo na ně rezignují. Někdy mohou reagovat i agresivně, takové chování je třeba chápat jako projev zoufalství v situaci, které nerozumí a nedovedou ji řešit. Nadměrné nároky by působily jako stresový faktor a vyvolávaly nepříznivé reakce.

Řeč mentálně postižených bývá postižena jak formálně, tak z obsahového hlediska. Je pro ně obtížné porozumět i běžnému verbálnímu sdělení protože mají omezenější slovní zásobu, ale i větší potíže v pochopení celkového kontextu.

Pokud není závažně mentálně postižený jedinec schopen verbálně komunikovat, mohou vzniknout komplikace při vyjadřování, např. různých pocitů, potřeb, či somatických potíží. Mnohdy je těžké vůbec zjistit, zda má nějaké problémy.

Na významu pak nabývá neverbální způsob komunikace. Je důležité, aby těmto signálům rozuměli jak zdraví tak postižení lidé.

Schopnost učení je u mentálně postižených jedinců rovněž v různé míře omezena. Nepříznivý vliv mají nedostatky v koncentraci pozornosti a paměti. Učení takových lidí je převážně mechanické, asociační. Snížená efektivita učení bývá příčinou zbytečné rezignace na jejich další rozvoj.

Učení je primárně motivováno emočně. Jsou schopni akceptovat nějakou materiální odměnu, pozitivně reagují i na pochvalu. Bývají ochotni učit se za podpory jiného člověka, k němuž mají pozitivní vztah.

❖ Nápadnosti emočního prožívání a odlišnost motivace

Celkové emoční prožívání může být v závislosti na etiologii mentálního postižení změněno. Obvykle jde o zvýšenou dráždivost, větší pohotovost k afektivním reakcím či k mrzuté náladě. V případě takto postižených je emoční prožívání základním mechanismem autoregulace.

Mentálně postižený jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tito lidé mají tendenci uspokojovat své potřeby neodkladně a bez zábran.

Potřeba stimulace

Mentálně postižení preferují stereotypnější, jednodušší a jednoznačnější stimulaci. Důležitým aspektem stimulace mentálně postižených jedinců je její srozumitelnost. Nesrozumitelné informace by představovaly zátěž a vyvolávaly by obranné reakce.

Potřeba učení je u mentálně postižených vyjádřena tendencí porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí. Informací nesmí být příliš mnoho, musí se opakovat, měl by v nich být nějaký jednoduchý řád.

Potřeba citové jistoty a bezpečí bývá u mentálně postižených velmi silná. Citová jistota, daná především vztahem s blízkým člověkem, je v tomto případě ještě důležitější, protože může sloužit jako zdroj rovnováhy, narušované subjektivně obtížnějším porozuměním okolnímu světu a obtížnějším přizpůsobením jeho požadavkům. Potřeba emoční opory se i v dospělosti projevuje přetrvávající infantilitou.

Potřeba seberealizace je ovlivněna mírou mentálního postižení a z toho vyplývajícím způsobu sebepojetí. Sebehodnocení bývá i u lehce mentálně postižených pouze mechanickou akceptací názoru autority dospělé osoby, na níž jsou závislí.

Potřeba životní perspektivy. Závažněji postižení význam budoucnosti nechápou a proto je ani nemůže zajímat. Nedělají si žádné plány a nepředstavují si, jaký by mohl být jejich další život. Žijí převážně přítomností.

❖ Nápadnosti v chování mentálně postižených jedinců a jejich význam

Mentálně postižený člověk se řídí především emocionálními impulsy. Schopnost sebeovládání není u těchto lidí v dostatečné míře rozvinuta. Problematické chování může být projevem jejich neschopnosti vyjádřit svoje aktuální pocity a problémy standardnějším

a pro ostatní srozumitelným způsobem. Taková aktivita (např. bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování apod.) slouží ke komunikaci s okolím.

Důvodem k takovému reagování je obvyklá tendence mentálně postižených dosáhnou uspokojení svých potřeb ihned. V období rané dospělosti, se někdy u mentálně postižených zvyšuje sklon k agresivnímu jednání. Příčinou takové reakce může být:

- narůstající stres daný subjektivně nadměrnými sociálními požadavky, které mentálně postižený nechápe a není schopen jim vyhovět,
- negativní postoj různých lidí, ponižování, odmítání apod., kterému se mentálně postižený brání,
- různá omezení, jejichž smysl takový člověk nechápe,
- organické postižení mozku, které zvyšuje dráždivost a sklon k impulzivním, někdy i útočným reakcím.

Agresivní ataky mohou být zcela nevýběrové a situačně podmíněné, mentálně postižený se násilným způsobem chová ke komukoliv, zdravotnickému nebo pedagogickému personálu, spolupracovníkům, členům rodiny apod. Podobné potíže se mohou na základě nově vzniklé zátěže objevit i u lidí, kteří se dosud chovali přijatelně. (Vágnerová, 2004, s. 298)

V této kapitole jsem se snažila objasnit některé zvláštnosti mentálně postižených jedinců, z kterých vyplývá náročné poslání pracovníků sociální péče.

Úkolem pedagogů, zdravotníků a dalších pracovníků ústavů sociální péče je dokonale poznat osobnost každého mentálně postiženého jedince kterému poskytují péči a podporu, porozumět jeho zvláštnostem, rozvíjet specifické schopnosti a dovednosti v přiměřené míře a tím předcházet stresovým situacím.

Často se setkáváme v ústavech sociální péče s napadením pracovníka agresivním klientem. Takové napadení způsobuje nejen fyzickou bolest, ale především představuje psychické trauma a může vést k pocitům neschopnosti, úzkosti a strachu, z nezvládnutí své profese. Tyto stresory, pokud jsou časté a pracovník je nedokáže zvládnout mohou vést až k syndromu vyhoření.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce bylo pomocí dotazníku zjistit riziko syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

3.1.1 Stanovení otázek průzkumu

- Jsou pracovníci v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby výrazně ohroženi syndromem vyhoření? (Skupinový rozhovor v pilotáži, Inventář projevů syndromu vyhoření: položky č. 1 – 24, *příloha č. 2: Dotazník.*)
- Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na věku? (Dotazník ověřující tvrdá data: otázka č. 1, *příloha č. 2: Dotazník.*)
- Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na pohlaví? (Dotazník ověřující tvrdá data: otázka č. 2, *příloha č. 2: Dotazník.*)
- Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na vzdělání? (Dotazník ověřující tvrdá data: otázka č. 3, *příloha č. 2: Dotazník.*)
- Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na délce praxe? (Dotazník ověřující tvrdá data: otázka č. 4, *příloha č. 2: Dotazník.*)

3.2 Použité metody

K získání a zpracování dat byl použit dotazník uveden v *příloze č. 2: Dotazník*. Dotazník se skládá ze dvou částí. První část dotazníku ověřuje tzv. tvrdá data, kterými byly získány odpovědi na otázky průzkumu zda je riziko vzniku syndromu vyhoření závislé na věku, vzdělání a délce praxe.

Druhá část dotazníku obsahuje – „Inventář projevů syndromu vyhoření“ autorů C. Henniga a G. Kellera z knihy Antistresový program pro učitele. Jedná se explorativní metodu založenou na introspekci a subjektivní výpovědi. Dotazovaný může věnovat zodpovězení otázek dostatek času a péče. Je vyloučen jakýkoliv vliv tazatele na odpovědi. Soukromí při vyplňování dotazníku může zvýšit upřímnost odpovědí a mohou být zodpovězeny také důvěrnější otázky. Písemné dotazování umožňuje kontaktovat osoby jinak nedosažitelné.

Záporem písemného dotazování může být nízká návratnost dotazníků, což může ohrozit průzkum.

Cílem inventáře bylo zjištění jednotlivých úrovní možného vyhoření (rozumová, emocionální, tělesná a sociální), a celkový stresový profil dané osoby. Jedná se o standardizovaný dotazník se škálovými otázkami. Odpovědi byly zaznamenávány do čtyřbodové hodnotící stupnice a tvořily stěžejní část dotazníku

Podle autorů lze na základě celkového skóre zjistit míru náchylnosti osoby ke stresu a vyhoření.

Z dosažených hodnot v každé řádce byl vyčten individuální stresový profil. Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální – 0 bodů. Součtem všech čtyř rovin bylo získána celková míra náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0.

Nejedná se o hodnotící test, ale pouze o orientační zjištění, ve kterých složkách osobnosti není vše v pořádku. Vysoké hodnoty celkového součtu bodů ještě nemusí svědčit o vzniku syndromu vyhoření. Spíše mohou být podnětem k dalšímu pátrání po životním stylu, resp. po stylech chování a vypořádávání se s problémy.

Praktické využití výsledků testu: vysoké hodnoty součtu bodů v některé z uvedených rovin napovídají, které složce osobnosti se více věnovat. V jednotlivých rovinách lidské psychiky – rozumové, emocionální, tělesné a sociální, hodnotí syndrom vyhoření mezinárodní klasifikace nemocí.

3.2.1 Pilotáž

Pilotáž byla provedena v ústavu sociální péče ve Skalici (dále již jen ÚSP). Cílem pilotáže bylo zjistit zda jsou pracovníci ÚSP ve Skalici ohroženi rizikem syndromu vyhoření a získání zpětné vazby o vhodnosti aplikace metody dotazníku v ostatních ústavech sociální péče.

Použité metody k pilotáži

- dotazník
- skupinový rozhovor (beseda)

K získání a zpracování dat byla v pilotáži použita metoda dotazníku a inventáře popsaná výše. Pro větší objektivitu získaných dat byla v pilotáži dále použita metoda skupinového rozhovoru.

Rozhovor je jednou z metod, která se používá v mnoha vědních oborech. Pomocí této metody byly zjišťovány názory, postoje, obavy, konflikty, problémy osobnosti u pracovníků sociálních služeb v ústavu sociální péče ve vztahu k riziku vzniku syndromu vyhoření.

Kladem této metody byl bezprostřední styk tázaných s tazatelem. Při pilotáži byla zvolena nedirektivní technika rozhovoru, která vychází z toho, že pohled člověka na jeho vlastní problémy je nevhodnějším základem pro jejich pochopení a rozbor.

Základním principem nedirektivního rozhovoru bylo navodit atmosféru důvěry, vřelosti a empatie. Během rozhovoru nebyly udíleny rady a odpovědi se nehodnotily. Rozhovor byl volný, tázané osoby vypovídaly spontánně. Při rozhovoru byly respektován princip důvěrnosti, princip svobody a princip vyjednávání záznamů. Se všemi zúčastněnými bylo jednáno se stejným respektem.

3.2.2 Popis vzorku pilotáže

Kontrolní skupinu tvořili pracovníci ÚSP ve Skalici. Provoz ústavu je zajišťován celkem 78,5 zaměstnanci. Přehled organizační struktury ÚSP Skalice uvádí tabulka č.1: *Organizační struktura ústavu sociální péče ve Skalici, příloha č.3: Tabulky a grafy.*

Z celkového počtu zaměstnanců (78,5) bylo osloveno 50 pracovníků, kteří poskytují přímé služby mentálně postiženým klientům. V malém vzorku měli zastoupení vedoucí výchovy a pracovní terapie, vychovatelé, všeobecné zdravotní sestry, pracovníci sociální péče, sociální pracovníci.

Data byla získána od 30 ti respondentů, 18 pracovníků nemohlo být zařazeno do pilotáže z důvodů nemoci nebo odmítnutí účasti v pilotáži. Dva respondenti byly z pilotáže vyřazeny pro neúplnost vyplnění dotazníku. Návratnost dotazníků činila 60% z celkového počtu oslovených pracovníků.

Přehled respondentů – pohlaví, věk, vzdělání a profese shrnuje tabulka č. 2: *Popis kontrolní skupiny, příloha č. 3: Tabulky a grafy.*

❖ Charakteristika ústavu sociální péče Skalice

Ústav sociální péče ve Skalici se nachází na úpatí Českého středohoří v malebné turistické oblasti vzdálené 4 km od historického města Litoměřice.

Ústav sociální péče je specializované zařízení pro občany s mentálním postižením s přidruženými tělesnými nebo smyslovými vadami od tří let věku.

ÚSP má dlouholetou tradici, byl zřízen již v roce 1955 a v roce 1966 byl dostavěn jako účelové ústavní zařízení sociálních služeb a stal se domovem pro 102 klientů s týdenním, přechodným a celoročním pobytem.

Cílovou skupinou jsou:

- klienti s lehkou mentální retardací, mobilní, soběstační ve většině životních úkonů, výchovně-vzdělavatelní,
- klienti se středně těžkou mentální retardací, mobilní a částečně mobilní, částečně soběstační ve většině životních úkonů, výchovně-vzdělavatelní,

- klienti s těžkou mentální retardací, mobilní nebo alespoň minimálně mobilní, částečně soběstační v některých životních úkonech, vyžadující ošetrovatelskou péči, vychovatelní a vzdělavatelní podle individuálních schopností,
- klienti s hlubokou mentální retardací, mobilní nebo alespoň minimálně mobilní, s omezenou soběstačností ve většině životních úkonů, vyžadující zvýšenou ošetrovatelskou péči, řízenou výchovu a vzdělávání v rehabilitační třídě.

Klienti jsou ubytováni ve dvou až pěti lůžkových pokojích a imobilní klienti i ve vícelůžkových pokojích bez vlastního sociálního zařízení. K dispozici mají jídelny, společenské místnosti, společná sociální zařízení, společné prostory. Dále zahradu, sportovní areál s bazénem, krbové posezení a zoo-koutek. Klienti mají možnost si z vlastních prostředků zakoupit televizi, rádio, varné konvice a předměty k výzdobě svého prostoru a veškeré věci osobní potřeby.

Dle stupně postižení je komplexní ústavní péče zabezpečována na třech zdravotních a čtyřech výchovných odděleních po stránce hmotné, zdravotně rehabilitační a výchovně sociální.

➤ **Zdravotní, ošetrovatelská a rehabilitační péče**

Zdravotní, ošetrovatelská a rehabilitační péče je klientům poskytována dle stupně postižení a potřeb klientů k rozvíjení všech schopností, udržování hygienických návyků a získávání dovedností v sebeobsluze.

➤ **Výchovně-vzdělávací činnost**

Výchovně-vzdělávací činnost je zaměřena na rozvoj osobnosti dle individuálního plánu a možností každého klienta ve všech složkách výchovy a v pracovní terapii. Tuto činnost zajišťují kvalifikovaní pracovníci. Klienti, kteří splňují povinnou školní docházku, navštěvují Základní speciální školu v Litoměřicích dále mohou pokračovat ve vzdělávání v Praktické škole v Litoměřicích. V ÚSP je zřízena třída pro přípravný stupeň. Klienti s hudebním nadáním dojíždí do Základní umělecké školy v Lovosicích.

➤ **Zájmová a kulturní činnost**

Velmi úspěšných výsledků dosahuje ústav v pracovních výchovných a zájmových činnostech. V rámci pracovního zúčtování a pracovní terapie jsou u klientů vytvářeny pracovní dovednosti k jejich uplatnění v provozu domova včetně výroby drobných upomínkových předmětů.

Pestrá zájmová, kulturní a sportovní činnost se zaměřuje na uspokojování duševních a fyzických potřeb i využití volného času klientů. Domov pořádá a zajišťuje karnevaly, diskotéky, zábavné vědomostní soutěže, divadelní představení, koncerty, výlety, rekreační léčebné pobyty v tuzemsku i v zahraničí. Domov se významně podílí na organizaci Krajských sportovních her a celé řady kulturních a společenských akcí. Klienti mají možnost navštěvovat různé zájmové kroužky pod vedením vychovatelů a pracovníků sociální péče.

3.2.3 Průběh pilotáže a její výsledky

Pro pilotáž bylo zvoleno přirozené prostředí. Skupinové rozhovory (besedy) probíhaly ve třech fázích v kulturní místnosti ústavu. V průběhu měsíce prosince 2006 se uskutečnila setkání pracovníků, kteří byli ochotni zapojit se do průzkumu a zjistit tak svůj osobní stresový profil. Na závěr byl respondentům předložen dotazník s tvrdými daty a inventář projevů syndromu vyhoření. Všichni respondenti byli v úvodu seznámeni s tématem a cílem průzkumu. Byl jim objasněn pojem stres a možná rizika stresových zátěží při práci v ÚSP s mentálně postiženými klienty. Dále byli pracovníci seznámeni s možnostmi prevence syndromu vyhoření.

Při skupinových rozhovorech byl kladen důraz především na subjektivní výpovědi respondentů. Vzhledem k zájmu o dané téma byla předpokládaná doba (1,5 hodiny) prodloužena závěrečnou diskusí o půl hodiny. Besedy probíhaly v odpoledních hodinách třikrát dvě hodiny, celkem šest hodin.

Respondenti byli ochotni setkat se v osobním volnu, chování bylo spontánní. Rozhovor probíhal formou otevřených otázek, každý z respondentů měl možnost vyjádřit své vlastní pocity subjektivního prožívání a zvládání různých stresových situací.

Ve výpovědích respondentů se nejčastěji vyskytovaly stresové situace spojené s psychickou a fyzickou zátěží při práci s mentálně postiženými klienty. Rozdíly byly zaznamenány u různých profesí.

Pracovníci na zdravotních odděleních jsou vystaveni nadměrné zátěži při manipulaci s imobilními klienty. V ústavech je nedostatek zdravotních pomůcek, které by značně ulehčily fyzickou námahu zdravotním sestřám, vychovatelům a pracovníkům sociální péče.

Imobilní klienti se několikrát denně přemísťují z lůžek na polohovací vaky a zpět na lůžka. Invalidní vozíky a kočárky jsou zastaralé a těžké. Největší problém činí pracovníkům osobní hygiena imobilních klientů, kdy jsou často v ústavech sociální péče používány klasické vany místo hydraulických, které jsou drahé. Téměř všichni pracovníci po několika letech trpí bolestmi v zádech a cítí se fyzicky „vyždímaní“.

Vychovatelé uváděli jako největší zátěž zvládání agresivity a psychických zvláštností mentálně postižených klientů. Jako hlavní příčinu uváděli velký počet klientů ve skupině. Na odděleních poskytuje služby jeden vychovatel až 16 ti klientům. Při tak velkém počtu nelze uplatňovat individuální přístup, který je u mentálně postižených osob nezbytný. Z těchto důvodů se zvyšuje také riziko nepřiměřené zátěže u jednotlivých klientů a narůstá agresivita. Další příčinu vidí vychovatelé v častých změnách. V poslední době se v ÚSP vystřídalo velké množství zaměstnanců. Jak je popsáno v kapitole 2.5.3: *Psychické zvláštnosti mentálně postižených*, potřeba citové jistoty a bezpečí bývá u mentálně postižených velmi silná. Pracovníci uváděli neklid, napětí, bolesti hlavy a vnitřní nervozitu při zvládání agresivního klienta, což se projevilo především ve výsledcích tělesné roviny.

Často také pracovníci poukazovali na pracovní dobu, která činí například u pedagogů 40 hodin týdně. Vychovatelé pracují v denních směnách 13 hodin denně, ale do pracovní doby se započítává pouze 12 hodin. Hodina z pracovní doby je podle zákoníku práce odečtena na pracovní přestávku. Jak ukazuje praxe, v ústavu sociální péče nelze tyto přestávky na oddych a jídlo využívat vzhledem k nedostatečnému zajištění klientů. Téměř vždy poskytuje služby na jednotlivých odděleních jeden pracovník, který nesmí ponechat mentálně postižené klienty bez dohledu. Pracovníci jsou tak nepřetržitě 13 hodin v přímém kontaktu s klienty, což je psychicky velmi vyčerpávající.

Všichni respondenti se shodli v názoru, že uznání a ocenění práce s mentálně postiženými osobami je nedostačující. Finanční ocenění pracovníků sociální péče je podprůměrné, platové třídy neodpovídají náročnosti profesí. Více než hmotné ocenění postrádají pracovníci pochvalu a uznání od vedoucích pracovníků, přičemž jejich práce přesahuje často rámec pracovních povinností.

Třetina respondentů se nedokáže radovat ze své práce, častou příčinou je neznalost mentálního postižení. Především pracovníci bez pedagogického vzdělání se uchylují k problematickým výchovným přístupům, očekávají neadekvátní výsledky nebo naopak vycházejí z neschopností mentálně postižených osob.

Z rozhovorů vyplynula značná psychická zátěž při zpracování individuálních plánů, ošetrovatelských spisů a další dokumentace. Opět se jednalo o frustrace z neznalosti potřeb mentálně postižených. Většina pracovníků považuje část dokumentace za nesmyslnou a nepotřebnou.

Překvapující byl nezájem o další vzdělávání v oboru a profesní růst, přičemž nejvíce frustrací pramenilo z neznalosti a nedostatku informací o charakteristice osobnosti mentálně postižených jedinců. Nikdo z respondentů nepochybuje o svých profesionálních schopnostech přesto, že často zazněla věta: „Nevím si rady s problémovým klientem.“

Nejvíce frustrací prožívají pracovníci ústavu sociální péče ve Skalici v tělesné a citové oblasti, což potvrdily také výsledky inventáře projevů syndromu vyhoření.

Vzhledem k výsledkům rozhovorů lze předpokládat, že v průzkumu budou ověřena a potvrzena rizika syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby. Vysoké hodnoty stresového profilu lze předpokládat zejména v tělesné a v citové rovině.

Otázka průzkumu č. 1

Jsou pracovníci v ústavu sociální péče ve Skalici pro mentálně postižené osoby výrazně ohroženi syndromem vyhoření?

Inventář projevů syndromu vyhoření byl vyhodnocen dle následujícího postupu autorů Henniga, Kellera (1996).

Do následujících řádků byl zapsán vedle čísel jednotlivých výpovědí počet bodů, které byly získány a sečteny pro každou rovinu zvlášť:

Kognitivní rovina: č. 1... + č. 5... + č. 9... + č. 13... + č. 17... + č. 21... = ...

Citová rovina: č. 2... + č. 6... + č. 10... + č. 14... + č. 18... + č. 22... = ...

Tělesná rovina: č. 3... + č. 7... + č. 11... + č. 15... + č. 19... + č. 23... = ...

Sociální rovina: č. 4... + č. 8... + č. 12... + č. 16... + č. 20... + č. 24... = ...

Kognitivní rovina ... + citová rovina ... + tělesná rovina ... + sociální rovina = ...

Součtem hodnot všech čtyř rovin bylo získáno číslo označující celkovou míru náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření u kontrolní skupiny a zkoumaného vzorku respondentů. Maximální hodnota bodů jedné roviny je 24, minimální 0. Na základě celkového součtu byla zjištěna míra náchylnosti ke stresu a vyhoření. Maximální hodnota je 96, minimální 0.

Výsledky skupinového rozhovoru se shodovaly s výsledky zpracovaných dat inventáře projevů syndromu vyhoření zejména v tělesné a v sociální rovině.

Celkový průměrný stresový profil respondentů pilotáže ukazuje tabulka č.3 : *Celkový průměrný stresový profil respondentů kontrolní skupiny* a graf č. 1: *Celkový průměrný stresový profil, příloha č.3: Tabulky a grafy.*

Výsledky ukazují předpokládané vyšší hodnoty v tělesné a v citové rovině. V celkovém součtu všech rovin nebyly naměřeny hodnoty, které by potvrzovaly rizika syndromu vyhoření u pracovníků v ústavu sociální péče ve Skalici. Vzhledem k malému počtu kontrolního vzorku však nelze usuzovat o rizicích syndromu vyhoření u větší skupiny pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby.

Výsledky stresového profilu u respondentů pilotáže v závislosti na věku, vzdělání a praxi byly porovnávány s hodnotami naměřenými v průzkumu a jsou popsány níže v kapitole 3.4: *Výsledky a jejich interpretace.*

3.3 Popis zkoumaného vzorku a průběh průzkumu

Do průzkumu bylo zařazeno 200 pracovníků z šesti ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby. Zřizovatelem všech ústavů je Ústecký kraj. Všechna zařízení sociální péče mají podobnou charakteristiku jako ústav sociální péče ve Skalici, ve kterém byla provedena pilotáž.

Základní poslání a hlavní úkoly a cíle pracovníků ústavů sociální péče uvádí teoretická část bakalářské práce kapitola 2.3: *Ústavy sociální péče*.

Zkoumaný vzorek tvořilo 138 pracovníků těchto profesí – vedoucí vychovatelé, vychovatelé, zdravotní sestry, ošetrovatelky, sociální pracovníce a pracovníci sociální péče. Ve všech případech se jednalo o pracovníky v přímé péči s mentálně postiženými osobami.

Pohlaví respondentů bylo pro průzkum bezvýznamné z důvodů velmi nízkého zastoupení mužů ve vzorku. Věkové rozložení respondentů se pohybovalo v rozpětí 19–60 let. Délka praxe činila 1 rok až 35 let. Dosažené vzdělání bylo rozděleno do několika kategorií: nižší vzdělání – 29 respondentů, střední mimo obor – 24 respondentů, střední pedagogické a sociální – 46 respondentů, střední zdravotní – 29 respondentů, vyšší a vysokoškolské vzdělání pedagogické a sociální – 10 respondentů.

Přehled respondentů udávají tabulky v příloze č. 3: *Tabulky a grafy*:

- tabulka č. 8: *Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na věku,*
- tabulka č. 9: *Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na vzdělání,*
- tabulka č. 10: *Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na délce praxe.*

Tvrdá data byla získána pomocí dotazníků z cílem zjistit riziko syndromu vyhoření u různých věkových skupin, v závislosti na vzdělání a na délce praxe v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby v severočeském regionu. Součástí dotazníků byl inventář projevů syndromu vyhoření, který tvořil stěžejní část průzkumu. Analýzou získaných dat byl orientačně zjišťován celkový stresový profil respondentů.

Dotazníky byly rozeslány s úvodním dopisem vedoucím ústavů sociální péče. Návratnost dotazníků činila 69% z celkového počtu oslovených pracovníků. Ve čtyřech ústavech mohl být průzkum uskutečněn v přímém kontaktu s pracovníky. Vstřícný přístup a ochota pracovníků ústavů sociální péče podpořila průzkum a přispěla k většímu získání dat. Osobně bylo převzato 118 dotazníků, 27 dotazníků poslali pracovníci ústavů sociální péče poštou. Z celkového počtu získaných dotazníků 145, splňovalo podmínky průzkumu 138 respondentů, 7 dotazníků bylo neúplných a nečitelných. Průzkum probíhal 2 měsíce. Získaná data byly zpracována pomocí tabulek a grafů, tak aby výsledky odpovídaly na průzkumné otázky.

3.4 Výsledky a jejich interpretace

Otázka průzkumu č.1

Jsou pracovníci v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby výrazně ohroženi syndromem vyhoření?

Míra náchylnosti ke stresu a vyhoření byla zjišťována na základě celkového součtu všech hodnot Inventáře projevů syndromu vyhoření. Průměr součtu všech čtyř rovin činil, jak uvádí tabulka č. 7: *Celkový stresový profil respondentů průzkumného vzorku, příloha č. 3: Tabulky a grafy – 24,10.*

Tyto orientační výsledky dotazníků ukazují, že u pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby nebyla potvrzena předpokládaná rizika syndromu vyhoření. V jednotlivých rovinách byly dosaženy tyto průměrné hodnoty:

- kognitivní rovina 5,74
- citová rovina 6,67
- tělesná rovina 7,53
- sociální rovina 4,12

Nejvíce stresujících faktorů bylo zaznamenáno tak jako u respondentů v pilotáži v tělesné a v citové rovině. Většina dotazovaných dosáhla nejvíce bodů v otázkách tělesné roviny č. 3, 15, 23:

- připadám si fyzicky vyždímaná
- jsem napjatá
- trpím bolestmi hlavy

Tyto výsledky ukazují fyzickou i psychickou zátěž práce v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby. Naměřené hodnoty nejsou varujícím signálem rizika syndromu vyhoření, ale mohou být podnětem k dalšímu pátrání, jak se s problémy vypořádat.

Otázka průzkumu č.2

Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na věku?

Nejmłodšímu respondentovi z výzkumného souboru je 19 let a nejstaršímu 60 let. Respondenti byli rozděleni do čtyř skupin dle věku. Průměrné hodnoty stresového profilu se ve všech čtyřech skupinách pohybují od 13,4 do 32,3 tzn., že spadají do pásma, kde je tento výsledek hodnocen jako uspokojivý. Z výsledků vyplývá, že nejméně ohroženou skupinou pracovníků ÚSP, jak uvádí tabulka č. 8: *Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na věku, příloha č. 3: Tabulky a grafy*, byli v uvedeném souboru pracovníci ve věku 19 až 30 let, u nichž byla naměřena průměrná hodnota 13,4.

Naopak nejvíce ohroženou skupinu tvořili pracovníci ve věku 41 až 50 let, jejichž průměrný stresový profil činí 32,3. Tento rozdíl může být způsoben mnoha faktory. Mezi tyto faktory mohou patřit odlišné životní priority uvedených skupin. Období rané dospělosti (20–30 let) je charakteristické produktivní činností, naopak v období střední dospělosti (30–45 let) může docházet k tzv. krizi středního věku, která je často spojena s nespokojeností nejen v partnerství, se sebou samým, ale i s výsledky dosaženými ve vzdělání a v zaměstnání.

Pozdní dospělost (45–65 let) je charakteristická bilancováním v povolání, v rodině a poklesem výkonnosti a aktivity s postupnými involučními změnami. (Švingalová, 2003). Tato vývojová stádia mohou mít variabilní vliv na zvládání stresových zátěží u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

Otázka průzkumu č.3

Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na pohlaví?

Na tuto průzkumnou otázku nelze odpovědět. V průzkumném vzorku mělo zastoupení pouze 12 mužů. Důvodem tak nízkého počtu respondentů mužského pohlaví může být celkový malý počet mužů v profesích vychovatelů a zdravotníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby. Praxe ukazuje, že v ústavech sociální péče pracují většinou ženy. Předpokládám, že muži mohou shledávat nízké finanční ohodnocení jako více zatěžující a nemotivující faktor.

Otázka průzkumu č.4

Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na vzdělání?

Respondenti byli rozděleni do pěti skupin podle dosaženého vzdělání. Výsledky stresového profilu uvádí Tabulka č. 9: *Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na vzdělání, příloha č. 3: Tabulky a grafy.*

V první skupině jsou zařazeni pracovníci, kteří mají odpovídající vzdělání pro výkon profese PSP na zdravotních odděleních a vykonávají základní ošetrovatelskou a obslužnou péči. V průzkumném vzorku mělo zastoupení 29 respondentů s nižším vzděláním a dosáhlo průměrné hodnoty stresového profilu 27,1.

Druhou skupinu zastupovali pracovníci se středoškolským vzděláním jiným než pedagogickým. V průzkumném vzorku bylo 24 respondentů s průměrnými hodnotami stresového profilu 27,17, což byly nejvyšší naměřené hodnoty v celém souboru.

Ve srovnání s vychovateli, kteří mají pedagogické vzdělání a dosáhly průměrných hodnot stresového profilu 20,6 vykazovaly výsledky respondentů s pedagogickým vzděláním a respondentů bez pedagogického vzdělání rozdíly.

Uvedené výsledky naznačují, že pracovníci vykonávající profesi PSP na výchovných odděleních bez odpovídajícího vzdělání byli v uvedeném souboru syndromem vyhoření ohroženi více než jejich kolegové s pedagogickým vzděláním. Uvedený rozdíl ve výsledcích vychovatelů s pedagogickým vzděláním může pravděpodobně způsobovat celý komplex důvodů. K horším výsledkům pomocných vychovatelů s nepedagogickým vzděláním může přispívat nižší finanční ohodnocení, neznalost problematiky speciálního přístupu k mentálně postiženým osobám a tím větší náchylnost ke stresovým situacím.

Vychovatelé bez odborného vzdělání jsou zařazováni na pozice pomocných vychovatelů. Z náplně práce vyplývá, že práce těchto pracovníků je zaměřena na základy výchovy a zájmovou činnost mentálně postižených osob. Předpokladem je, že tito pracovníci vykonávají danou profesi s nižším povědomím o rizicích a zátěžích, které může profese přinášet a díky tomu se této zátěži mohou umět i hůře bránit.

Rozdíly ve výsledcích byly zaznamenány také u pracovníků na zdravotních odděleních. Všeobecné sestry dosáhly menších hodnot stresového profilu (25,9) než PSP na zdravotních odděleních (27,1). Příčiny mohou být podobné jako u výchovných pracovníků. Předpokladem k vyššímu stresovému profilu je také větší fyzická zátěž PSP, kteří manipulují s imobilními klienty.

Nejnižších hodnot dosáhly respondenti s vyšším a vysokoškolským vzděláním 18,3. Vzhledem k malému počtu respondentů (10) nelze tyto výsledky zobecňovat. Důvodem nízkého stresového profilu může být odborná znalost a připravenost k výkonu své profese.

Výsledky pilotáže se shodují ve všech skupinách s výsledky průzkumného vzorku, což naznačuje, že odborné vzdělání je důležitou součástí profese pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby. Zejména výchovní pracovníci by měli být orientováni v oblasti speciální pedagogiky.

Otázka průzkumu č.5

Je riziko vzniku syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby závislé na délce praxe?

Respondenti průzkumného vzorku byli rozděleni do šesti skupin podle délky praxe. Za délku praxe byla považována doba, odpracovaná v přímé péči s mentálně postiženými klienty v ústavech sociální péče.

Jak ukazuje tabulka č. 10: *Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na délce praxe, příloha č. 3: Tabulky a grafy*, nejvyšších naměřených hodnot stresového profilu bylo zaznamenáno u respondentů s délkou praxe 21–25 let a u respondentů s délkou praxe 26–35 let.

Hodnoty byly naměřeny u respondentů v těchto skupinách přibližně stejné 31,63 a 29,46. Neznamená to, že by tito pracovníci byli ohroženi syndromem vyhoření. Vyšší naměřené hodnoty u pracovníků s delší praxí mohou mít různé příčiny.

Jak již bylo zmíněno v průzkumu syndromu vyhoření u pracovníků vyššího věku, mohou mít tyto vývojové faktory vliv také na respondenty s dlouhodobou praxí. Dalším faktorem může být postavení mezi nově příchozími „čerstvými“ pracovníky, kteří se snaží zavádět nové alternativní metody u mentálně postižených osob a starší „zkušenější“ pracovníci je těžko přijímají. Také pomalé, někdy téměř žádné výsledky dlouholeté práce s mentálně postiženými lidmi mohou vést pracovníka ke stagnaci a pocitu neschopnosti. Pracovník se přestává radovat ze své práce, která pro něho může představovat zklamání. V neposlední řadě je možnou příčinou vyšší náchylnosti ke stresu nedostatečné vzdělání v oboru a nízké finanční ohodnocení. Pracovníci starší 45 ti let s dlouholetou praxí měli do roku 2005 uděleny výjimky ve vzdělání. Mnoho pracovníků tak vykonává svou profesi bez příslušného vzdělání a spoléhají pouze na svoji zkušenost. V ÚSP jsou tito nekvalifikovaní pracovníci zařazováni do nižších platových tříd.

Délka praxe těchto skupin je v těsném spojení s věkem. Výsledky projevu syndromu vyhoření v průzkumné otázce č. 2 a 5 byly u respondentů ve věku nad 41 let téměř shodné s respondenty s praxí nad 21 let. Tyto hodnoty se také potvrdily u kontrolní skupiny v pilotáži.

Nejnižších hodnot dosáhli pracovníci s délkou praxe 1–5 let. Průměrný stresový profil činil 16,66. V průzkumném vzorku mělo zastoupení 35 respondentů. Naopak v pilotáži byly u skupiny 1–5 let praxe naměřeny velké rozdíly ve srovnání s respondenty průzkumného vzorku se stejnou délkou praxe. Přehled průměrných hodnot pilotáže uvádí tabulka č. 6: *Celkový průměrný stresový profil respondentů kontrolní skupiny v závislosti na délce praxe, příloha č. 3: Tabulky a grafy.*

Respondenti pilotáže s nejkratší délkou praxe dosáhly průměrné hodnoty 28,33, což je o 11,67 více než hodnoty respondentů průzkumného vzorku. Tyto rozdíly mohou mít různé příčiny. Významnou roli ve zvládání stresových zátěží může mít mimo jiné – vzdělání, věk, pracovní podmínky v jednotlivých ústavech sociální péče, osobnostní vlastnosti pracovníka a přístup ke své profesi.

V jednotlivých rovinách pilotáže i průzkumu opět převažovaly vyšší hodnoty tělesné a citové roviny, jak znázorňuje graf č. 4: *Celkový stresový profil respondentů kontrolní skupiny v závislosti na délce praxe, příloha č. 3: Tabulky a grafy* a graf č. 8: *Průměrné hodnoty respondentů průzkumného vzorku dle délky praxe, příloha č. 3: Tabulky a grafy.*

4 ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit a analyzovat příčiny rizik syndromu vyhoření u pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby.

V praktické části byly popsány nejčastější příčiny, které se mohou podílet na náročnosti profesí pracovníků ústavů sociální péče a tím i na možném riziku vzniku syndromu vyhoření.

Praktická část bakalářské práce byla zaměřena na zjištění rizika syndromu vyhoření v ústavech sociální péče v Ústeckém kraji. Před samotným průzkumem byly stanoveny průzkumné otázky, které byly ověřovány pomocí metody dotazníku.

Vzhledem k tomu, že pro průzkum byly vybráni pracovníci pomáhajících profesí, předpokládalo se, že naměřené hodnoty budou vyšší než ukazují výsledky průzkumného vzorku. Je však nutno zamyslet se nad tím, zda byli pracovníci při vyplňování dotazníků vůči sobě poctiví a výsledky odpovědí objektivní.

Ověřením průzkumných otázek bylo zjištěno, že naměřené hodnoty u respondentů průzkumného vzorku neodpovídají hodnotám, které by ukazovaly na možná rizika vzniku syndromu vyhoření.

Průzkumné otázky č. 2 a č. 5 ověřovaly rizika syndromu vyhoření u pracovníků dle věku a délky praxe. Ve výsledcích stresového profilu byly zjištěny rozdíly u respondentů v různých věkových intervalech a respondentů s nestejnou délkou praxe.

Rizikové hodnoty syndromu vyhoření nebyly potvrzeny v žádné věkové kategorii ani v závislosti na délce praxe.

Otázku č. 3 nebylo možné hodnotit vzhledem k nízkému počtu respondentů. V průzkumném vzorku mělo zastoupení pouze 12 mužů.

Získaná data ověřující průzkumnou otázku č.4 poukazují na to, že respondenti průzkumného vzorku vykonávající svou profesi bez odborného vzdělání dosáhly v průzkumu vyšších hodnot stresového profilu než profesionálové. Naměřené hodnoty však nepotvrdily rizika syndromu vyhoření ani u respondentů bez odborného vzdělání.

Ve všech vybraných ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby byly v kognitivní rovině hodnoceny nejvyšším počtem bodů výroky: Obtížné se soustřeďuji, Můj odborný růst a zájem o obor zaostává.

V emocionální rovině hodnotili pracovníci za nejvíc stresující výroky: Nedokáži se radovat ze své práce, Jsem vnitřně neklidný/á, Trpím nedostatkem uznání a ocenění.

V tělesné rovině byly naměřeny nejvyšší hodnoty. Pracovníci považují za nejvíce stresující výroky: Připadám si fyzicky „vyždímaný/á, Jsem napjatý/á, Trpím bolestmi hlavy.

V sociální rovině se často vyskytovala položka: Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy, Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání.

Nejvyšší hodnoty z celého průzkumného vzorku byly naměřeny u pracovníků ve věkové kategorii 41–50 let, průměrný stresový profil činil u těchto pracovníků 32,3. Tito pracovníci jsou vzhledem ke svému věku více zranitelnější. Jsou na ně kladeny nároky v zaměstnání současně s tzv. životní krizí střední dospělosti. Důležitým faktorem může být také zdravotní stav a životní styl respondentů této věkové skupiny.

Závažné bylo zjištění, že položky: Připadám si fyzicky „vyždímaný/á a Trpím nedostatkem uznání a ocenění se velmi často opakovaly a byly společné pracovníkům ve všech vybraných ústavech bez ohledu na věk, vzdělání a délku praxe.

Přesto, že průzkumem nebyla potvrzena rizika syndromu vyhoření u pracovníků v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby, profese těchto pracovníků jsou považována za velmi rizikové z hlediska náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Vzhledem k možnosti označit jednu z odpovědí: vždy, často, někdy, zřídka, nikdy, volila většina respondentů odpověď někdy. Z těchto výsledků nelze stanovit obecné závěry.

Jak ukazuje praxe a výsledky průzkumu, lze usuzovat, že personální standardy v některých ústavech sociální péče nejsou zcela naplňovány. Ústavní péče se však stále vyvíjí a na těchto změnách mají velký zájem i samotní ředitelé a zaměstnanci. Věřme, že nastartovaná transformace poskytovaných služeb bude i nadále pokračovat a přinese lepší pracovní podmínky všem zaměstnancům ústavů sociální péče a kvalitní služby mentálně postiženým klientům těchto zařízení.

5 NAVRHOVANÁ DOPORUČENÍ

Jedním ze základních nástrojů osobního rozvoje pracovníků a prevence syndromu vyhoření je supervize, tj. podpora nezávislého kvalifikovaného odborníka za účelem řešení problémů, jež jednotliví zaměstnanci nebo pracovní týmy zažívají při výkonu zaměstnání. Předpoklady pro zavedení supervize na pracoviště jsou ochota organizace a pracovníků být otevření a připraveni ke změnám, důvěra vedení organizace a supervidovaných v supervizi a její možnosti a přesvědčení organizace, že nejdůležitějším prvkem v pomáhání je pracovník.

Prvořadými cíli supervize může být například získávání zpětné vazby ohledně procesu vlastní práce, podpora a ocenění pracovníka, rozvíjení dovedností, pochopení a poskytování prostoru pro reflexi vlastní práce, získávání informací a jiného pohledu na to, co dělám, poskytnutí prostoru pro vyjádření těžkostí, které se objevují při práci s klientem, učení se lepšímu využití osobních i odborných zdrojů a zajištění kvalitní práce. Naplnění těchto cílů přispívá a napomáhá k dobrému fungování organizace. Ústavy by měly zvážit užitečnost supervizní podpory pracovníků v přímé péči, kterou by mělo vedení zařízení vnímat jako běžnou součást praxe.

Vedoucí pracovníci by měli zvážit změny v systému porad zejména ve smyslu jejich struktury (oddělit čas na řešení záležitostí spíše technického rázu a prosté předávání informací a vytvořit prostor pro diskusi nad tématy odbornými a koncepčními). Jedním z cílů pracovních porad by mělo být zkvalitnění komunikace v jednotlivých týmech pracovníků: komunikace, spolupráce, vzájemný respekt a jednotný přístup pracovníků k uživatelům, jak mezi zdravotnickými a výchovnými pracovníky i uvnitř týmů na jednotlivých odděleních.

Dále by se měla věnovat pozornost zvyšování vzdělanostní úrovně pracovníků směrem ke středoškolskému, případně vyššímu odbornému či vysokoškolskému stupni vzdělání.

Ústavy by si také samy měly analyzovat, zda počet personálu je dostatečný vzhledem ke kapacitě ústavu a ke stupni závislosti klientů. Své požadavky by měly předkládat svým zřizovatelům a snažit se aktivně nevyhovující početní stav pracovníků řešit tak, aby byla zajištěna doba k relaxaci a odpočinku v pracovních přestávkách. Ústavy, ale i zřizovatelé, by se měli pokoušet získat např. dobrovolníky, studenty apod.

Ke zlepšení pracovních podmínek by měla být vyvíjena snaha, přibližovat se co nejvíce domácímu prostředí např. tím, že celý ústav nebude vymalován bíle, oblečení všech pracovníků nebude uniformně bílé, výzdoba chodeb a společných místností se nebude sestávat pouze z výrobků uživatelů atd. Správně zvolené barvy v budově ústavu, pohodlné civilní oblečení zejména u pedagogických pracovníků a vkusná výzdoba pozitivně působí nejen na klienty, ale přispívá k lepším pracovním podmínkám zaměstnanců v ústavech sociální péče.

V rámci finančních možností by ústavy měly pokračovat v rekonstrukcích zařízení a zajistit rehabilitační a kompenzační pomůcky pro osoby se zdravotním postižením. Tyto pomůcky značně usnadní práci zdravotníkům a vychovatelům.

V ÚSP Skalice je nedostačující bezbariérový přístup do budovy. Problém by jistě vyřešila schodišťová plošina, pracovníci by byli ušetřeni velké fyzické zátěže, při přepravě imobilních klientů.

Jak vyplynulo z rozhovorů s vedoucími ÚSP, pracovníci ústavů sociální péče mají možnost účastnit se školení a seminářů na vlastní náklady, což je častou příčinou odmítnutí a minimální účasti na těchto akcích. Existují však programy, které nabízí vzdělávací akce zdarma (organizace hradí pouze cestovní náklady). Jedná se například o vzdělávací program REPRO, který vydává Pedagogicko-psychologická poradna Ústeckého kraje a Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků Teplice, příspěvková organizace.

Psychosociální výcviky, které jsou zaměřeny na zvýšení sociální kompetence, získání některých nových dovedností pro práci s mentálně postiženými lidmi, prohloubení sebepoznání a prevence syndromu vyhoření, by jistě byly pro pracovníky ústavů sociální péče velkým přínosem. Těžiště těchto výcviků je v zážitkových činnostech a technikách s následnými reflexemi a rozbory – nácvik zručnosti v oblasti interpersonální percepce, senzitivity, verbální a neverbální komunikace, rozvoje kooperativního chování, konstruktivních forem soupeřivosti, samostatného rozhodování s přebíráním zodpovědnosti za svoji volbu emočního sebevyjádření atd.

Vztahy mezi tělesnou a duševní stránkou jsou velice složité. Organismus tvoří nedílný celek a je těžké určit, které prvky jsou rozhodující, protože ve své podstatě jsou všechny nerozlučně propojeny.

Je nutné si uvědomit, že za stresové situace jsme plně odpovědní. Životu naplněnému stresory se nelze vyhnout, ale záleží na našem postoji, jestli se změní v distres. V každé

situaci se můžeme smát nebo zuřit, plakat či klidně přemýšlet. Jestliže nevnímáme situace jako nebezpečné, nevyvolává to v nás reakce boje a útěku. A naopak, jsme-li neustále ve střehu připraveni bojovat s celým světem a rozrušení každou situací, neustálá zvýšená produkce adrenalinu nám dříve či později poškodí zdraví. Stresory, kterým se nelze vyhnout, jakými jsou většinou fyziologické účinky nezdravého prostředí či životosprávy, můžeme napravit cvičením. Důsledky stresu mohou být také sníženy či eliminovány různými relaxačními technikami. Například relaxací, hypnózou, jógou, Tai chi, autogenním cvičením, meditací, strečinkem a dechovými cvičeními. Tyto techniky nás mohou ochránit před účinky stresorů. (Wiedenová, 1998, s. 54).

Bensonova relaxační technika a Schulzův autogenní trénink jsou uvedeny v příloze č. 4: *Antistresové relaxační techniky*.

Kromě výše navrhovaných antistresových strategií je pro zvládání stresu důležitá správná životospráva, zdravý životní styl a humor.

Jak uvádí Švingalová (1999, s. 21), K. Vojáček k obraně proti stresu výstižně doporučuje:

„Žít harmonicky. Vážít si každé šťastné chvíle a každého okamžiku poklidu a každého setkání s krásou i tou nejskromnější. Pozorovat oblaka plující v dáli. Vážít si dobrého přátelství a pevných svazků partnerských a rodinných. Využít každého okamžiku v přírodě a na čerstvém vzduchu. Nejezdit autem ani výtahem, když to není nezbytně třeba. Věnovat se tělesné práci a sportům, i těm nejprostším. Jíst s mírou, vyváženě a rozumně. Neotravovat si organismus „drogami všedního dne“. Spát dobře, klidně, vydatně, pravidelně s dobrým svědomím. Řádně doléčovat všechny nemoci a na druhé straně se všestranně „otužovat“. Pracovat uspokojivě v zaměstnání a vyváženě si najít i uspokojiví zájmovou činnost. Věnovat chvilku času dobré společnosti. Nerozčilovat se, když je to neúčelné a beze smyslu. Těšit se z klidu a těšit se z činnosti. Dodržovat pravidla správné životosprávy a psychohygieny. A cvičit pravidelně autogenní trénink.“

6 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. 1. vyd. Praha: UK, 1995.
ISBN 80-7066-899-7.
- 2) FONTANA, D. *Psychologie ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997.
ISBN 80-7178-626-8.
- 3) HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-303-X.
- 4) HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. 96 s. ISBN 80-7178-093-6.
- 5) KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000.
ISBN 80-7178-429-X.
- 6) JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Triton, 2003. 224 s.
ISBN 80-7254-329-6.
- 7) JOHNOVÁ, M. *Standardy kvality sociálních služeb*. 2. vyd. Praha: MPSV, 2003.
24 s. ISBN 80-86552-67-5.
- 8) KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak zvládat depresi*. 2. vyd. Praha: Grada, 2003. 176 s.
ISBN 80-247-0575-3.
- 9) KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 280 s.
ISBN 80-7178-551-2.
- 10) MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.
ISBN 80-7178-549-0.
- 11) PEŠATOVÁ, I., ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. 1. vyd. Liberec: TU, 2005. 125 s. ISBN 80-7083-985-6.
- 12) PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd.
Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- 13) RUSCH, M. D. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s.
ISBN 80-7255-04-8.
- 14) SMITH, M. *Říkejte ne s úsměvem*. 1. vyd. Praha: NLN, s.r.o., 2003.
ISBN 80-7106-590-0.
- 15) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 187 s.
ISBN 80-7178-821-X.

- 16) ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z psychologie osobnosti*. 1. vyd. Liberec: TU, 2002. 94 s. ISBN 80-7083-614-8.
- 17) ŠVINGALOVÁ, D. *Kapitoly z vývojové psychologie pro učitelství mateřských škol*. 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 84 s. ISBN 80-7083-697-0.
- 18) ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie*. 1. vyd. Liberec: TU, 2003. 107 s. ISBN 80-7083-696-2.
- 19) ŠVINGALOVÁ, D. *Stres v učitelské profesi*. 1. vyd. Liberec: TU, 2000. 39 s. ISBN 80-7083-382-3.
- 20) ŠVINGALOVÁ, D., PEŠATOVÁ, I. *Uvedení do výzkumu a metodika tvorby bakalářské práce*. 1. vyd. Liberec: TU, 2006. 78 s. ISBN 80-7372-046-9.
- 21) TOŠNER, J., TOŠNEROVÁ, T. *Burn- out syndrom*. Praha: Hestia, 2002. 16 s.
- 22) VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 23) VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie III*. 1. vyd. Liberec: TU, 2005. 90 s. ISBN 80-7083-669-5.
- 24) VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 2. vyd. Praha: Parta, 2004. 443 s. ISBN 80-7320-063-5.
- 25) VITÁSKOVÁ, H. *Provozní řád ÚSP Skalice*, 2006. 52 s.
- 26) VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80- 7315-071-9.
- 27) WIEDENOVÁ, M. *Psychohygienu*. 1. vyd. Liberec: TU, 1998. 64 s. ISBN 80-7083-312-2.
- 28) www.mpsv.cz *Zákon č. 108/2006 o sociálních službách*.
- 29) www.mpsv.cz *Stručný průvodce zákonu o sociálních službách*.
- 30) www.portál.clánek.cz

7 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1: Báseň Vyhoření (viz text – s. 20)

Příloha č. 2: Dotazník (viz text – s. 48)

Příloha č. 3: Tabulky a grafy (viz text – s. 50–62)

- tabulky a grafy pilotáže
- tabulky a grafy průzkumu

Příloha č. 4: Antistresové relaxační techniky (viz text – s. 18, 67)

- Bensonova relaxační technika
- Autogenní trénink

Příloha č. 1: Báseň D. Greitemeyerové (Hennig, Keller, 1996)

Vyhoření

*Vyhasl oheň.
Myslím na dům,
který vyhořel.
Zbyly jen prázdné místnosti.*

*Kdo ten oheň rozdmýchal?
Kdo jej nestihl uhasit?
Cožpak se oheň, jenž
měl vyhrát místnosti,
obrátil proti domu
a spálil jej?*

*Vyhoření je následek...
Jsem vyhaslá, protože...
jsem dala všechno ostatním
a pro mne nezůstalo nic.*

*Protože jsem překročila
všechny svoje hranice.
Vydala jsem se sama ze sebe,
rozplynula se v naplnění ostatních.
Je to dar,
že tohle dokážu,
a obrátil se proti mně.
Zašla jsem příliš daleko,
přehnala jsem to.*

*Proč to vlastně dělám?
Myslím si, že méně by nebylo dost?
Řídím se heslem: Dávám, tedy jsem?
Heslem: Já nesmím brát?
Já nesmím říkat „ne“?
Co mi brání se o sebe postarat?
Jsem jen bezmocný pomocník?*

*Práce je jako netvor,
který všechno uchvátí a pozře..*

*Já jsem netvor.
Spotřebuji, spálím všechnu energii.
Nemám žádné čerpací stanice,
kde bych získala novou energii.*

*Ve spánku si dopřeji odpočinek,
když mě však zachvátí nespavost,
Je i on ten tam.
Práce mě pak pronásleduje i v noci.
Utkvělé myšlenky mě mají ve své moci!*

*Musím to zvrátit.
Musím to vzít do svých rukou,
Musím jinak rozdělit svůj čas.
Musím více hospodařit se svými
silami.*

PŘÍLOHA č. 2: Dotazník – úvod k dotazníku

Radka Altmanová
Litoměřická 121
411 41 Žitenice

Tel.: 737 147 147
Email: R.Altmanova@seznam.cz

Žitenice, 22. prosince 2006

Vážený pane, vážená paní,

jsem studentkou speciální pedagogiky na pedagogické fakultě Technické univerzity v Liberci. Ve své bakalářské práci se zabývám stresem a rizikem syndromu vyhoření u pedagogů a dalších pracovníků ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby, kteří vykonávají výchovně-vzdělávací a zájmovou činnost, zdravotní a obslužnou činnost s mentálně postiženými klienty v ústavech sociální péče.

Předpokládám, že povolání pedagogů a dalších pracovníků ústavů sociální péče se řadí k těm profesím, které jsou zvýšeně ohrožené stresem a rizikem vzniku syndromu vyhoření. V současné uspěchané době, kdy stres je součástí každodenního života se na Vás obracím s prosbou o vyplnění krátkého informačního dotazníku. Dotazník je zaměřen na orientační zjištění jednotlivých úrovní možného vyhoření (kognitivní, emocionální, tělesné a sociální), a na celkový stresový profil dané osoby.

Cílem první části dotazníku je získání objektivních dat. Druhá část – „Inventář projevů syndromu vyhoření“ je zaměřena na zjištění míry náchylnosti osoby ke stresu a vyhoření.

Dotazníky budou posuzovány anonymně v zájmu všech zúčastněných.

Prosím o zaslání dotazníků na výše uvedenou adresu do 31.1.2007.

Případné dotazy ráda zodpovím.

Děkuji Vám a přeji mnoho úspěchů ve Vaší nelehké práci.



DOTAZNÍK

*Správné odpovědi prosím zakroužkujte. Je možné označit více odpovědí.
Případně doplňte další možnosti na místa k tomu určená.*

1. Věk respondenta:

2. Pohlaví: muž – žena

3. Dosažené vzdělání:

- základní
- učební obor:
- středoškolské : pedagogické
 zdravotní
 sociální
 jiné (jaké).....
- vyšší odborné: pedagogické
 zdravotní
 sociální
 jiné (jaké).....
- vysokoškolské: pedagogické
 zdravotní
 sociální
 jiné (jaké).....

Absolvoval(a) jsem doplňkové pedagogické studium: ano – ne

4. Délka praxe v ústavu sociální péče v přímé péči s klienty:

INVENTÁŘ PROJEVŮ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Jak často máte následující pocity a zkušenosti?

Odpovídající číslo odpovědi, prosím, zakroužkujte v pravém číselném sloupečku.

	Výrok	vždy	často	někdy	zřídka	nikdy
1.	Obtížně se soustředuji	4	3	2	1	0
2.	Nedokáži se radovat ze své práce	4	3	2	1	0
3.	Připadám si fyzicky „vyždímaný/á“	4	3	2	1	0
4.	Nemám chuť pomáhat problémovým klientům	4	3	2	1	0
5.	Pochybuji o svých profesionálních schopnostech	4	3	2	1	0
6.	Jsem sklíčený/á	4	3	2	1	0
7.	Jsem náchylný/á k nemocím	4	3	2	1	0
8.	Pokud je to možné vyhýbám se odborným rozhovorům s kolegy	4	3	2	1	0
9.	Vyjadřuji se posměšně o příbuzných klienta i o klientech	4	3	2	1	0
10.	V konfliktních situacích na pracovišti se cítím bezmocný/á	4	3	2	1	0
11.	Mám problémy se srdcem, dýcháním, trávením, apod.	4	3	2	1	0
12.	Frustrace ze zaměstnání narušuje moje soukromé vztahy	4	3	2	1	0
13.	Můj odborný růst a zájem o obor zaostává	4	3	2	1	0
14.	Jsem vnitřně neklidný/á a nervózní	4	3	2	1	0
15.	Jsem napjatý/á	4	3	2	1	0
16.	Svou práci omezuji na její mechanické provádění	4	3	2	1	0
17.	Přemýšlím o odchodu z oboru	4	3	2	1	0
18.	Trpím nedostatkem uznání a ocenění	4	3	2	1	0
19.	Trápí mě poruchy spánku	4	3	2	1	0
20.	Vyhýbám se účasti na dalším vzdělávání	4	3	2	1	0
21.	Hrozí mi nebezpečí, že ztratím přehled o dění v oboru	4	3	2	1	0
22.	Cítím se ustrašený/á	4	3	2	1	0
23.	Trpím bolestmi hlavy	4	3	2	1	0
24.	Pokud je to možné, vyhýbám se rozhovorům s klienty	4	3	2	1	0

Velmi Vám děkuji za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku.

PŘÍLOHA č. 3: Tabulky a grafy

Tabulky a grafy pilotáže

Tabulka č.1

ORGANIZAČNÍ STRUKTURA ÚSTAVU SOCIÁLNÍ PÉČE VE SKALICI	
VEDENÍ ÚSTAVU	
Vedoucí ústavu	1
Sociální pracovník	1
ODDĚLENÍ PROVOZNĚ EKONOMICKÉ	
Provozní ekonom	1
Účetní – pokladní ekonom	1
Skladová účetní	1
Skupina provozu údržby	
Vedoucí údržbář	1
údržbář	2
Skupina provozu prádelny	
Dělník prádelny	4
Skupina stravovacího oddělení	
Vedoucí stravovacího oddělení	1
kuchařka	6
ODDĚLENÍ KOMPLEXNÍ PÉČE A SLUŽEB	
Vedoucí oddělení komplexní péče a služeb	1
Skupina A odd.1,2,6 (50 klientů)	
Staniční sestra	1
Všeobecná sestra	5
Pracovník sociální péče (PSP)	10
Pracovník úklidu	2
Fyzioterapeut	1
Skupina B odd. 3,4,5 (52 klientů)	
Staniční sestra	1
Všeobecná sestra	3,5

Pracovník sociální péče (PSP)	16
Pracovník úklidu	3
Ergoterapeut	1
ODDĚLENÍ VÝCHOVY A PRACOVNÍ TERAPIE	
Vedoucí oddělení výchovy a pracovní terapie	1
Skupina výchovy (25 klientů)	
Vychovatel	1
Pracovník sociální péče (PSP)	6
Skupina výchovně – pracovní (ženy – 16 klientek)	
Vychovatel	1
Pracovník sociální péče (PSP)	2
Skupina pracovní (muži – 13 klientů)	
Vychovatel	1
Pracovník sociální péče (PSP)	2
Interní škola, vzdělávání (14klientek)	
Vychovatel	1
CELKEM	78,5 zaměstnanců

Tabulka uvádí celkový počet zaměstnanců v ústavu sociální péče ve Skalici. Z celkového počtu zaměstnanců poskytuje přímé služby mentálně postiženým klientům 50 pracovníků.

Tabulka č. 2

POPIS KONTROLNÍ SKUPINY PILOTÁŽE					
respondenti	pohlaví	věk	vzdělání	praxe	profese
1	žena	20	SpgŠ	1	vychovatelka
2	žena	26	SOŠ + DPS	3	PSP
3	žena	22	SOŠ	2	PSP
4	žena	27	OU + kurz PSP	7	PSP
5	žena	30	OU + kurz PSP	10	PSP
6	žena	28	OU + kurz PSP	8	PSP
7	žena	29	Spgš	11	vychovatelka
8	žena	39	OU + kurz PSP	11	PSP
9	žena	34	SOŠ + DPS	13	PSP
10	žena	38	SOŠ + DPS	15	PSP
11	žena	37	OU + kurz PSP	13	PSP
12	žena	40	OU + kurz PSP	20	PSP
13	žena	36	SpgŠ	16	vychovatelka
14	muž	40	SOŠ + DPS	19	PSP
15	žena	37	OU + kurz PSP	16	PSP
16	žena	37	OU + kurz PSP	18	PSP
17	žena	40	VŠ – sociální pedagog.	20	sociální pracovnice
18	žena	36	SOŠ - zdravotní	16	všeobecná sestra
19	žena	39	SOŠ	21	PSP
20	žena	40	SOŠ - zdravotní	21	všeobecná sestra
21	žena	46	SpgŠ	21	vychovatelka
22	žena	42	SOŠ - zdravotní	21	všeobecná sestra
23	žena	42	SOŠ - zdravotní	21	všeobecná sestra
24	žena	41	SOŠ + DPS	22	PSP
25	žena	42	SOŠ - zdravotní	23	všeobecná sestra
26	žena	48	VŠ – speciální pedagog.	25	vedoucí výchovy a PT
27	žena	56	SOŠ + DPS	23	PSP
28	žena	43	SOŠ - zdravotní	21	všeobecná sestra
29	žena	52	SOŠ + DPS	27	PSP
30	muž	54	SOŠ + DPS	28	PSP

Legenda:

➤ **PSP – pracovník sociální péče**

Pracovníci sociální péče (dále již jen PSP), jsou zaměstnanci ústavů sociální péče, kteří nemají požadované vzdělání pedagogické nebo zdravotní a absolvovaly kurz PSP. Vykonnávají přímou obslužnou a zájmovou činnost s mentálně postiženými klienty na výchovných a zdravotních odděleních.

➤ **SOŠ + DPS** – Střední odborná škola s doplňujícím pedagogickým studiem

Pracovníci, kteří nemají požadované vzdělání pro výkon práce vychovatele (SpgŠ), ale absolvovaly doplňkové pedagogické studium, mohou být zařazeny na výchovná oddělení a poskytovat základní výchovnou a zájmovou činnost mentálně postiženým klientům.

➤ **OÚ + kurz PSP** – Odborné učiliště s doplňujícím kurzem PSP

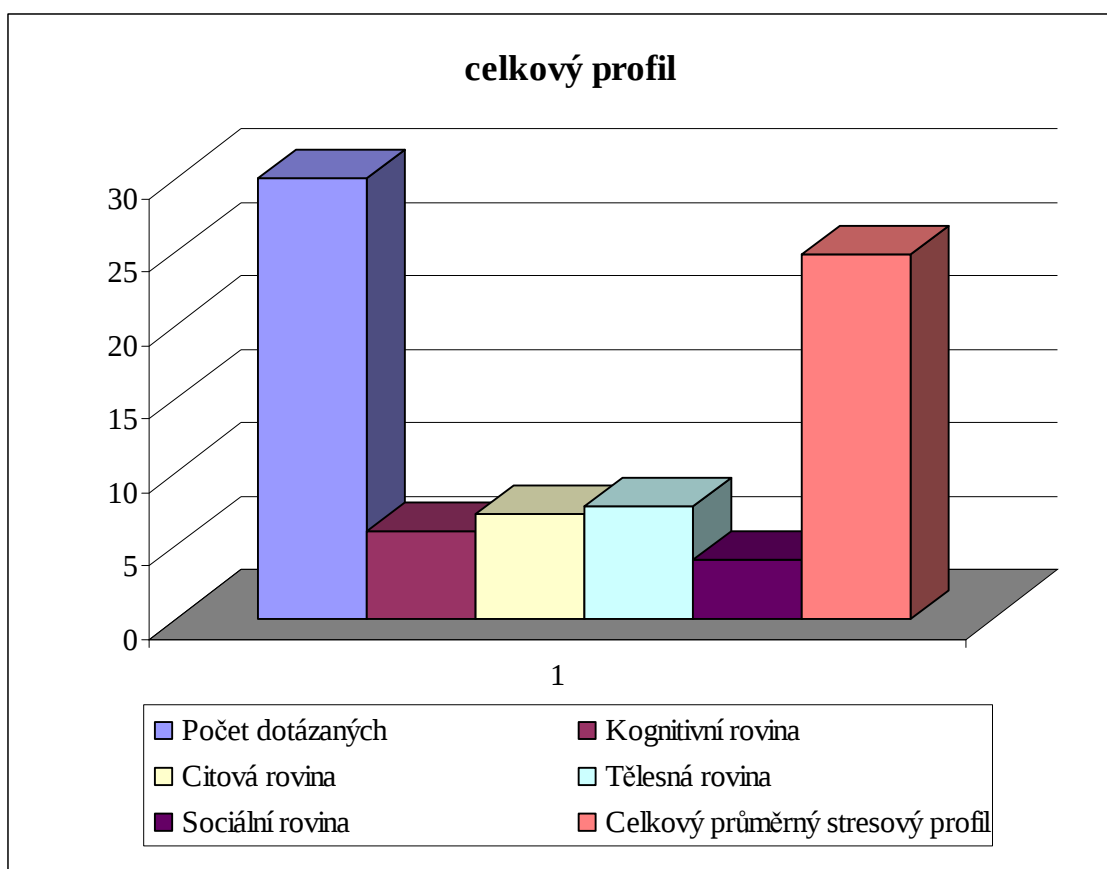
Do ústavů sociální péče jsou přijímáni zaměstnanci bez středoškolského vzdělání na zdravotní oddělení s podmínkou absolvování kurzu PSP. V kurzu PSP získávají základní znalosti ošetrovatelské a obslužné práce. Odbornou zdravotní péči poskytují všeobecné sestry.

Tabulka č. 3

Celkový stresový profil respondentů kontrolní skupiny					
Počet respondentů	Kognitivní rovina	Citová rovina	Tělesná rovina	Sociální rovina	Celkový průměrný stresový profil
30	5,97	7,10	7,69	4,07	24,83

Tabulka ukazuje průměrné hodnoty respondentů v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil respondentů kontrolní skupiny pilotáže.

Graf č. 1



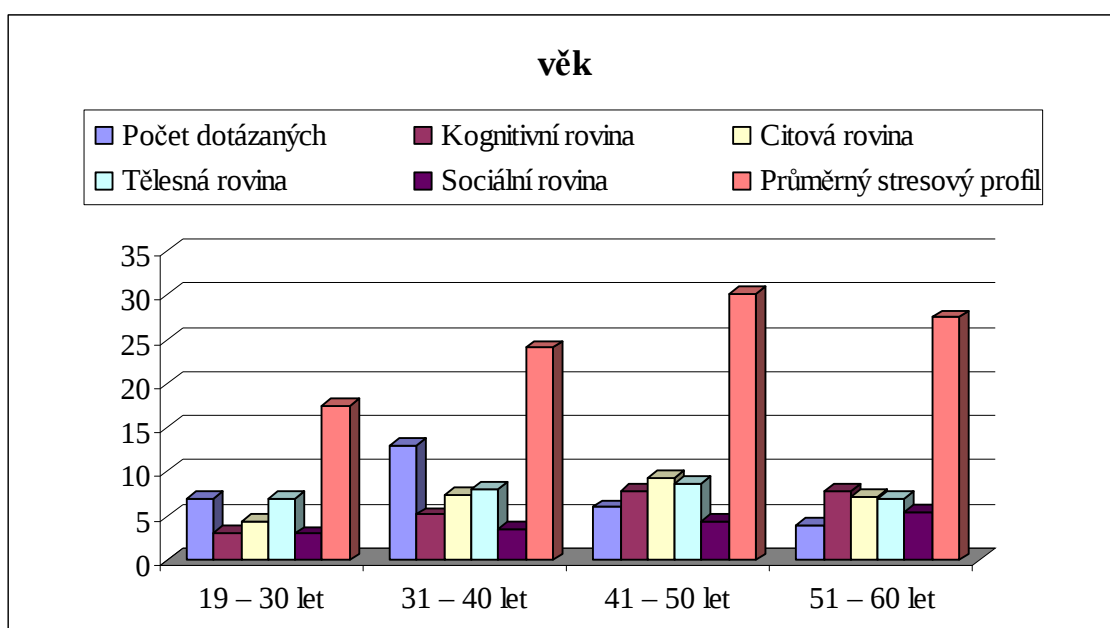
Graf zobrazuje průměrné hodnoty jednotlivých rovin a průměrný stresový profil všech respondentů kontrolní skupiny.

Tabulka č. 4

Celkový průměrný stresový profil respondentů kontrolní skupiny v závislosti na věku				
Věkové skupiny	19 – 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	51 – 60 let
Počet respondentů	7	13	6	4
Kognitivní rovina	3,14	5,15	7,83	7,75
Citová rovina	4,43	7,38	9,33	7,25
Tělesná rovina	7	8,08	8,67	7
Sociální rovina	3	3,46	4,33	5,50
Průměrný stresový profil	17,57	24,07	30,16	27,5

Tabulka ukazuje průměrné hodnoty v intervalech dle věku respondentů pilotáže.

Graf č. 2



Graf zobrazuje průměrné hodnoty jednotlivých rovin a průměrný stresový profil respondentů pilotáže v intervalech dle věku.

Tabulka č. 5

Celkový průměrný stresový profil respondentů kontrolní skupiny v závislosti na vzdělání					
Dosažené vzdělání	Nižší	Střední mimo obor	Střední pedagogické a sociální	Střední zdravotní	Vyšší vysokoškolské pedagogické a sociální
Počet respondentů	8	10	4	6	2
Kognitivní rovina	5	7	2,75	4,5	1
Citová rovina	6,88	7,80	2,25	5,17	3
Tělesná rovina	8,13	8,60	2,25	5,83	0,5
Sociální rovina	3,75	3,80	2,25	2,33	0,5
Průměrný stresový profil	23,76	27,20	11,75	17,83	5

Legenda:

- **Nižší vzdělání**

Za odpovídající vzdělání pro výkon práce PSP se považuje Odborné učiliště s doplňujícím kurzem PSP.

- **Střední vzdělání mimo obor**

Pracovníci se středoškolským vzděláním nepedagogickým mohou být přijati na výchovná oddělení v nižší platové třídě a poskytují základní výchovnou a zájmovou činnost mentálně postiženým klientům s podmínkou doplnění pedagogického studia. Jsou zařazováni jako PSP výchovy a pracovní terapie (pomocný vychovatel).

- **Střední pedagogické a sociální vzdělání**

Střední pedagogická škola, obor vychovatelství a humanitární činnost je předepsané vzdělání pro funkci vychovatele v ÚSP. Pracovník vykonává odbornou výchovně vzdělávací činnost u mentálně postižených klientů.

Vzdělání sociálně právní splňuje požadavky na funkci sociální pracovnice.

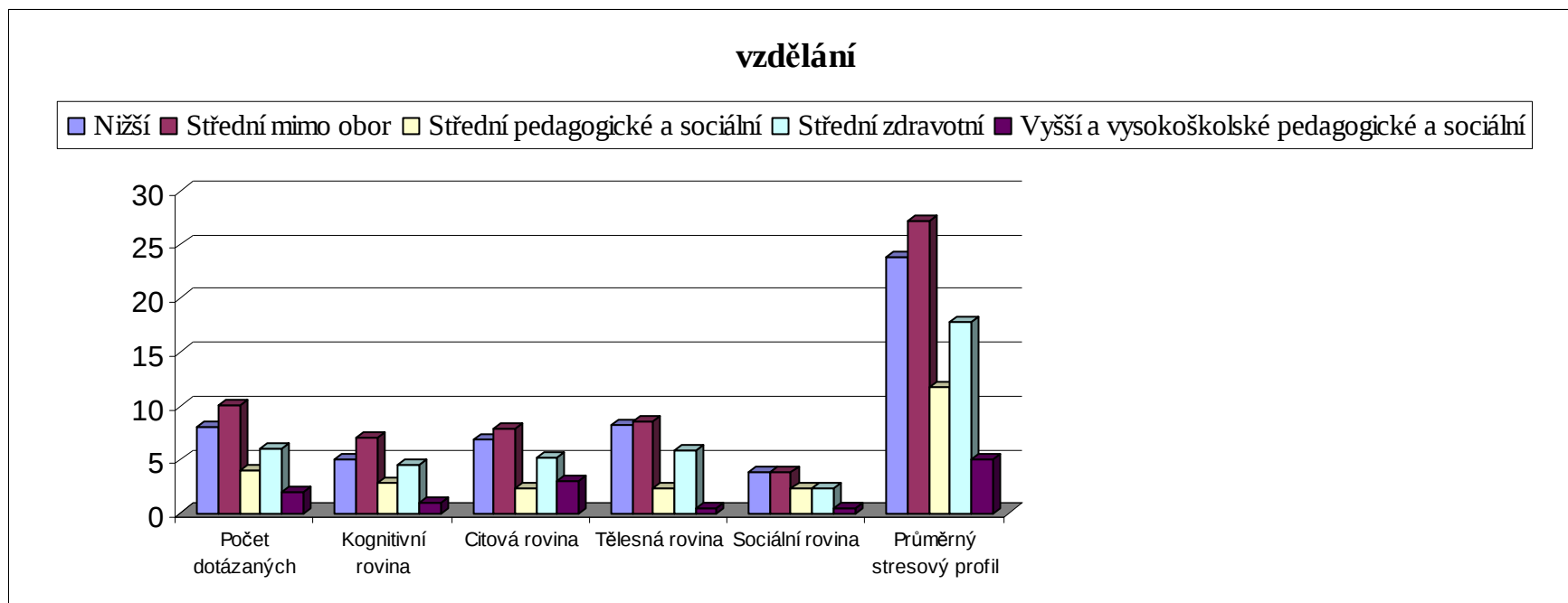
- **Střední zdravotní vzdělání**

Výkon profese všeobecné sestry vyžaduje středoškolské zdravotní vzdělání.

- **Vyšší a vysoké pedagogické a sociální vzdělání**

Pro funkci vedoucích pracovníků je předpokladem vysoká škola pedagogická nebo sociální.

Graf č. 3



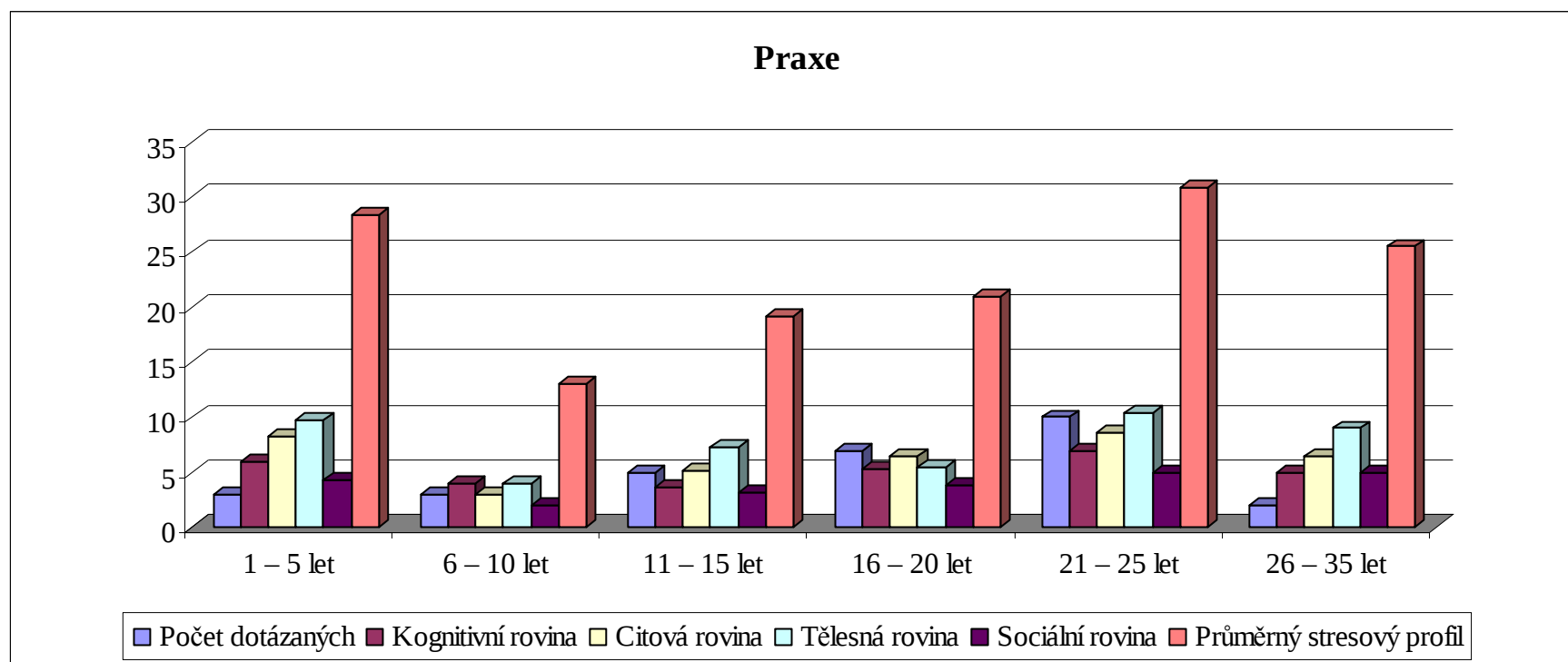
Graf zobrazuje průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a průměrný stresový profil respondentů pilotáže v závislosti na vzdělání

Tabulka č. 6

Celkový průměrný stresový profil respondentů kontrolní skupiny v závislosti na délce praxe						
Délka praxe	1 – 5 let	6 – 10 let	11 – 15 let	16 – 20 let	21 – 25 let	26 – 35 let
Počet respondentů	3	3	5	7	10	2
Kognitivní rovina	6	4	3,6	5,29	7	5
Citová rovina	8,83	3	5,2	6,43	8,6	6,5
Tělesná rovina	9,67	4	7,2	5,43	10,4	9
Sociální rovina	4,33	2	3,2	3,85	4,9	5
Průměrný stresový profil	28,33	13	19,2	21	30,9	25,5

Tabulka ukazuje průměrné hodnoty respondentů pilotáže v jednotlivých rovinách a hodnoty celkového stresového profilu respondentů v intervalech podle délky praxe.

Graf č. 4



Graf zobrazuje průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a průměrný stresový profil respondentů pilotáže v závislosti na délce praxe.

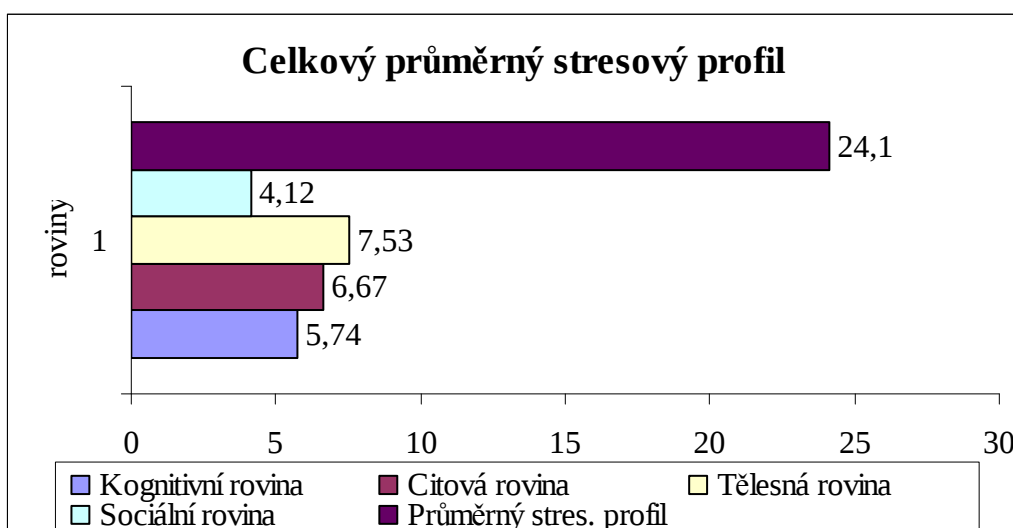
Tabulky a grafy průzkumu

Tabulka č. 7

Celkový stresový profil respondentů kontrolní skupiny					
Počet respondentů	Kognitivní rovina	Citová rovina	Tělesná rovina	Sociální rovina	Celkový průměrný stresový profil
138	5,74	6,67	7,53	4,12	24,10

Tabulka ukazuje průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku.

Graf č. 5



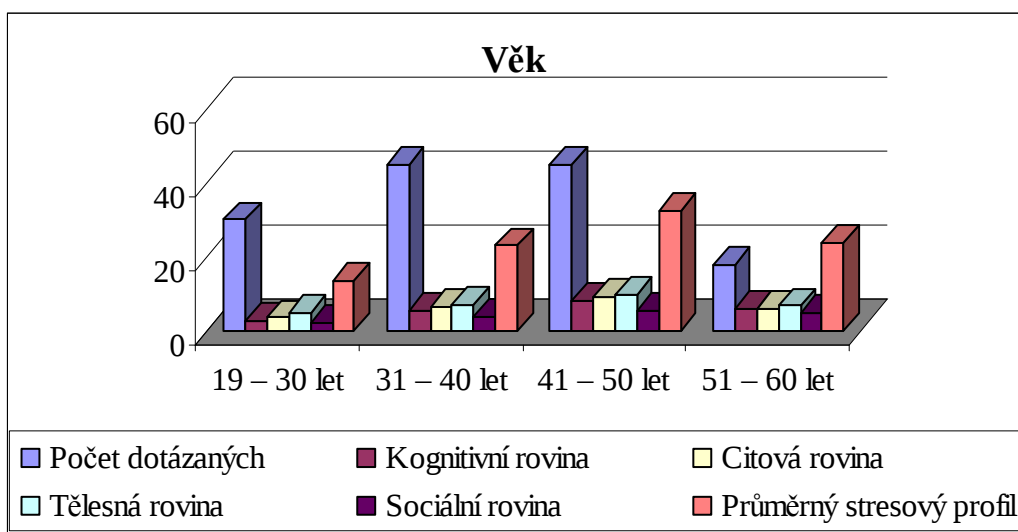
Graf znázorňuje naměřené průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil všech 138 respondentů průzkumného vzorku.

Tabulka č. 8

Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na věku				
Věkové skupiny	19 – 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	51 – 60 let
Počet respondentů	30	45	45	18
Kognitivní rovina	2,87	5,29	8	6
Citová rovina	3,47	6,56	9,16	6,11
Tělesná rovina	4,87	7,2	9,93	6,78
Sociální rovina	2,2	3,89	5,24	5,06
Průměrný stresový profil	13,41	22,93	32,33	23,95

Tabulka ukazuje průměrné hodnoty stresového profilu v intervalech dle věku respondentů průzkumného vzorku.

Graf č. 6



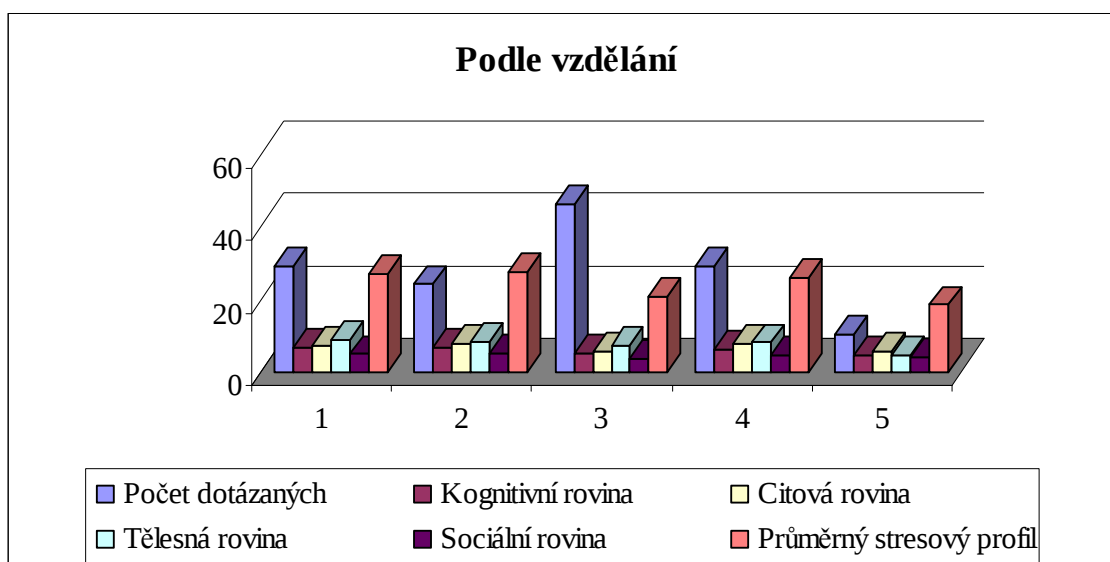
Graf znázorňuje naměřené průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil v intervalech dle věku respondentů průzkumného vzorku.

Tabulka č. 9

Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumu v závislosti na vzdělání					
Dosažené vzdělání	Nižší	Střední mimo obor	Střední pedagogické a sociální	Střední zdravotní	Vyšší a vysoké pedagogické a sociální
Počet respondentů	29	24	46	29	10
Kognitivní rovina	6,45	6,75	4,83	6,14	4,3
Citová rovina	7,14	7,58	5,59	7,59	5,5
Tělesná rovina	8,76	7,96	6,96	7,86	4,6
Sociální rovina	4,76	4,88	3,24	4,31	3,9
Průměrný stresový profil	27,1	27,17	20,6	25,9	18,3

Tabulka ukazuje průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na vzdělání.

Graf č.7



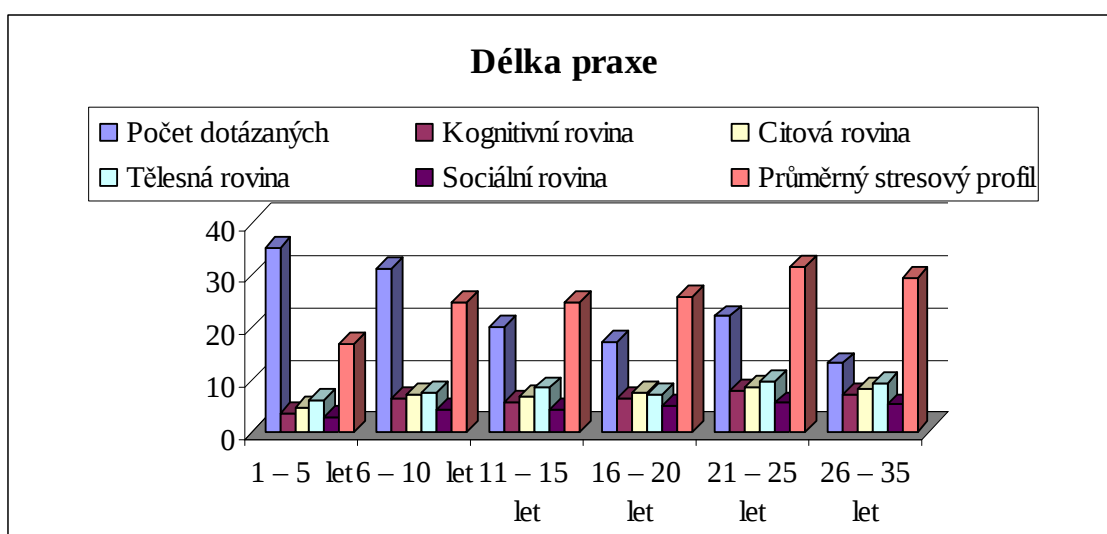
Graf znázorňuje naměřené průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil v intervalech dle vzdělání respondentů průzkumného vzorku.

Tabulka č. 10

Celkový průměrný stresový profil respondentů průzkumného vzorku v závislosti na délce praxe						
Délka praxe	1 – 5 let	6 – 10 let	11 – 15 let	16 – 20 let	21 – 25 let	26 – 35 let
Počet respondentů	35	31	20	17	22	13
Kognitivní rovina	3,49	6,32	5,55	6,41	7,9	7,15
Citová rovina	4,46	7,03	6,8	7,53	8,64	8,08
Tělesná rovina	5,89	7,39	8,35	6,94	9,64	9,15
Sociální rovina	2,83	4,06	4,1	4,88	5,45	5,08
Průměrný stresový profil	16,66	24,8	24,8	25,76	31,63	29,46

Tabulka ukazuje velké rozdíly v jednotlivých kategoriích. Nejvyšší hodnoty byly naměřeny u respondentů průzkumného vzorku s délkou praxe nad 20 let a výše.

Graf č. 8



Graf znázorňuje naměřené průměrné hodnoty v jednotlivých rovinách a celkový průměrný stresový profil respondentů dle délky praxe.

Příloha č. 4: Antistresové relaxační techniky

Bensonova relaxační technika

Bensonova technika je určena k tomu, aby zneškodnila škodlivé účinky reakcí boje a úniku. Tímto cvičením můžeme začít hned ráno před začátkem pracovního dne a pak jej můžeme používat během dne ke zklidnění mysli a načerpání energie. Zatím co někdo sáhne po hrnku kávy a cigaretě, tímto cvičením můžeme získat pravé osvěžení a ozdravění.

1. Posad'te se do pohodlné pozice
2. Zavřete oči
3. Uvolněte svaly tím, že je začnete postupně uvolňovat od nohou až po obličej. Dýchejte nosem. Uvědomujte si svůj dech. Při každém vydechnutí opakujte tiše slovo „strom“. Tedy nadechnout, vydechnout, „strom“ atd. Dýchejte přirozeně.
4. Pokračujte 20 minut. Můžete otevřít oči a podívat se na hodinky, ale nepoužívejte budíku. Když skončíte, zůstaňte několik minut klidně sedět se zavřenýma očima a pak je teprve pomalu otevřete. Několik minut nevstávejte.

Nestarejte se o to, jestli jste se dostali do stavu hluboké relaxace, či nikoliv. Zaujměte pasivní postoj a nechejte tělo i mysl zklidnit přirozeně. Jestliže se vám v hlavě začnou honit rušivé myšlenky, nerozvádějte je dál a vraťte se k opakování slova „strom“. S každým dnem praxe bude snadnější a snadnější udržet myšlenky na uzdě. Toto cvičení se doporučuje jednou až dvakrát denně, ale nejméně dvě hodiny po jídle. Proces trávení znemožňuje totiž léčivé účinky této relaxační metody. Bensonova metoda není jen zklidňující a léčivá, ale učí také koncentraci a sebekontrolu.

(Wiedenová, 1998, s. 63)

Autogenní trénink

Autogenní trénink je další relaxační technika. Jeho autoři jsou lékaři J. M. Schulz a W. Lutre. Autogenní terapie byla pro ně mentální manipulací tělesných funkcí. Přišli na to, že autogenní stav vede k sebenormalizaci a seberegulaci, a tím léčí fyziologické změny zapříčiněné stresem. Navrhli šest cvičení, která se stala standardními k stabilizaci nebo autoregulaci cirkulace, respirace a neuromuskulární aktivity. Fáze, které jsou základem těchto šesti cvičení, jsou následovné: Paže a nohy jsou těžké. Paže a nohy jsou teplé. Srdce bije klidně a pravidelně. Žaludek je teplý. Čelo je klidné a chladné.

1. Posad'te se do pohodlné pozice. Nekřížte nohy a ruce.
2. Zavřete oči a pětkrát hluboce nadechněte a vydechněte
3. S každým regulérním vydechnutím opakujte následující pokyn. Opakujte ho desetkrát a pak přejděte na další.
Má pravá ruka je těžká a teplá
Má levá ruka je těžká a teplá
Srdce tepe klidně a pravidelně
Dýchám klidně a pohodlně
Můj žaludek je teplý
Má pravá noha je těžká a teplá
Má levá noha je těžká a teplá
Čelo je chladné a klidné
Mysl je klidná a ztišená
4. Promítněte se na ideální místo relaxace a tam nechejte mysl příjemně bloudit.

Tento stav můžete využít k sebepodmiňování a uzdravování. Je aktivní relaxací, ve které můžete kontrolovat svou mentální a fyzickou činnost. Tím se liší od pouhého klidu. (Wiedenová, 1998, s. 63)