

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

KATEDRA SPECIÁLNÍ A SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**SYNDROM VYHOŘENÍ U ZAMĚSTNANCŮ V ÚSTAVECH
SOCIÁLNÍ PÉČE PRO OSOBY S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM.**

AUTOR PRÁCE: JANA BRŮHOVÁ

VEDOUCÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE: PhDr. LIBUŠE VLÁŠKOVÁ

2007

Study of Burn-out Syndrome in Accredited Employees of a 24-hour Supportive Residential Accommodation for People with Learning Disabilities.

Increasing skills requirements to employees in social care facility for mentally disabled and providing care are not in line with a professional and vocational background providing to employees themselves. It is the employee's personality which plays the main role in the helping process and which affects the patients. Burning-out employee suffers imbalance between what he gives to the others and what he receives from them and loses a sense of his work.

The aim of this research was to find out the burn-out syndrome rate by employees in three social care facilities for mentally disabled chosen by chance in South Bohemian region. The chosen procedure was a quantitative research. We have used a questionnaire method - a questionnaire written by T. and J. Tošner. The expected hypothesis – the burn-out syndrome rate will be higher by higher educated employees did not come true. The research showed that people studied upper secondary technical or vocational schools suffer the burn-out syndrome the most.

This bachelor work can be used as a monitoring of an actual situation of burn-out syndrome by employees in selected social care facilities for mentally disabled and can be used as a stimulation to improve burn-out prevention system in those institutions.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma syndrom vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě zdravotně – sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 10.5.2007

.....

Jana Brůhová

Děkuji vedoucímu bakalářské práce paní PhDr. Libuši Vláškové za cenné rady,
připomínky a metodické vedení.

OSNOVA:

ÚVOD	7
1. SOUČASNÝ STAV	9
1. 1 SYNDROM VYHOŘENÍ.....	9
1. 2. FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	11
1. 3. FAKTORY OVLVŇUJÍCÍ VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	12
1. 3. 1. RIZIKOVÉ FAKTORY	12
1. 3. 2. PROTEKTIVNÍ FAKTORY	14
1. 4. DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	14
1. 5. TERAPIE A PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	14
1. 5. 1. ZÁSADY DUŠEVNÍ HYGIENY PRO PROFESIONÁLY PRACUJÍCÍ S LIDMI	16
1. 6. SYNDROM VYHOŘENÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE	17
1. 7. LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	18
1. 7. 1. ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ.....	19
1. 7. 2. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	20
1. 7. 3. PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ	21
1. 8. PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	22
1. 8. 1 ÚSTAVNÍ PÉČE	22
1. 8. 2 ZAMĚSTNANCI V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE	23
2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY	25
2. 1. CÍL PRÁCE	25
2. 2. HYPOTÉZA.....	25
3. METODIKA	26
3. 1. POUŽITÁ METODIKA	26
3. 2. ZKOUMANÝ SOUBOR	26
4. VÝSLEDKY	27
4. 1. ZÁKLADNÍ DATA O RESPONDENTECH.....	27

4. 2. VÝSLEDKY K DOTAZNÍKU.....	28
5. DISKUZE.....	34
6. ZÁVĚR	37
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	38
8. KLÍČOVÁ SLOVA	41
9. PŘÍLOHY	42

ÚVOD

Práce v sociální i zdravotnické oblasti klade na pracovníka velké nároky, které se týkají jeho vzdělání, dovedností, schopností. Pomáhat druhým je proces, který od člověka vyžaduje nejen celoživotní vzdělávání, ale i celoživotní angažovanost a velkou míru empatie. Není to občas či někdy, kdy zdravotně sociální pracovníci pomáhají svým klientům, ale pomáhají denně. Denně jsou vystavovány emočnímu i psychickému tlaku, který musejí zvládat bez ohledu na svojí aktuální životní situaci. Je vůbec možné být stále empatický, schopný adekvátně reagovat na problémy, které nám klient sděluje, pomoci mu? U některých pracovníků se po různě dlouhé době může objevit tzv. „syndrom vyhoření“. Právě vysvětlení tohoto pojmu a zjištění jeho reálného výskytu mezi zaměstnanci ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby je námětem mé bakalářské práce.

Vyhoření samozřejmě nepostihuje jen lidi pracující v pomáhajících profesích, ale právě u nich se projevuje nejčastěji a nejnápadněji. Důvod pramení přímo z podstaty této, svým způsobem, specifické oblasti práce. Intenzivní kontakt s klienty v obtížných životních situacích klade na profesionála zvláštní nároky. Prostředkem činnosti a poskytované pomoci je zde sám pomáhající. Jeho vlastnosti, emoce, zkušenosti, vztahy, nálady i životní události se přímo odrážejí a jsou používány při jeho práci. Lidský faktor, navíc ve vzájemné součinnosti, zde tedy hraje hlavní roli. Případné vyhoření profesionálů tak zásadním způsobem ovlivňuje jejich pracovní výkon a kvalitu života. Prostřednictvím pomáhajících tak zároveň negativně působí také na klienty a příjemce služeb.

V posledních letech se v odborné i laické veřejnosti o syndromu vyhoření hodně hovoří. Případné aktivity na poli prevence i terapie však komplikuje skutečnost, že někteří, dokonce i chronicky vyčerpaní lidé, těžko přiznávají sobě a svému okolí případné pracovní potíže. Zvlášť jedná-li se o pomáhající, jejichž pracovní náplní je právě lidem v obtížných situacích pomáhat.

V teoretické části práce se budu věnovat vysvětlení pojmu „syndrom vyhoření“. Jeho popisu, diagnostice a možnostem prevence. Tuto část by měl znát velice dobře každý zaměstnanec ústavů, protože je potřeba si uvědomit, že dříve než začneme pomáhat druhým, musíme vědět, jak správně pomoci sami sobě, abychom druhým, i když nevědomě, neublížili. Dále se zaměřím na charakteristiku, rozdělení a psychologické zvláštnosti lidí s mentálním postižením.

Praktická část je směřována na zjištění, zda pracovníci ve vybraných sociálních zařízeních jsou „vyhořelí“ či v jaké fázi tohoto syndromu se nacházejí. Dále bych zde chtěla ověřit hypotézu, že syndrom vyhoření se více týká pracovníků s vyšším vzděláním.

Výsledky mé práce budou poskytnuty jako anonymní zpětná vazba vedení jednotlivých ústavů, kde byla sbírána data, aby se mohli lépe zaměřit na potřeby svých zaměstnanců a zlepšit prevenci právě v oblasti syndromu vyhoření.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Burn – out nebo-li syndrom vyhoření je odborný termín, který se objevil v psychologii, psychoterapii v sedmdesátých letech minulého století. Anglické sloveso „to burn“ znamená hořet, ve spojení „burnt out“ pak vyhořet, vyhasnout. Je to svým způsobem velmi výstižná metafora. Herbert Freudenberger uvedl v literatuře poprvé termín burn – out v roce 1974. Ve svém článku, který pojednával o vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení, jako jsou např. „Free Clinics“, existující mimo etablované léčebny a závislé na obětavé pomoci dobrovolníků. Označil jím jev, který byl dobře znám (17).

Termín burn – out byl původně používán pro označení stavu lidí, kteří zcela propadli alkoholu a ztratili o vše ostatní zájem. Později se tento termín začal používat i pro toxikomany, pro ten stav, kdy jejich zájem je soustředěn jen na danou drogu a vše ostatní je jim zcela lhostejné. Posléze se termínu burn – out začalo používat i pro lidi, kteří byli tak opojeni svou prací, že nic jiného, než to, co dělali, je nezajímalo. Pro nic jiného nežili. V práci se doslova utápěli. Začal se pro ně razit termín „workholici“ – v odkazu na obdobu, kterou je možno vidět u alkoholiků. I zde docházelo k apatii a při existenci těžkostí, překážek a neúspěchu ke stranění se druhých lidí, depresím, lhostejnosti a celkové vyčerpanosti, únavě a osamění (14).

Existuje mnoho definic syndromu vyhoření, například:

Pines a kol. syndrom vyhoření definují jako výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Tato intenzivní účast je nejvíce obvyklá ve zdravotnických, školských profesích a v sociálních službách, kde se pracovníci zabývají psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Vyhoření je pro pracovníky bolestivé zjištění, že již nedokážou pomáhat lidem v nouzi, že v sobě nemají nic, z čeho by mohli rozdávat (6).

Syndrom vyhoření definuje také mezinárodní klasifikace nemocí MKN 10. V kapitole XXI. *Faktory ovlivňující zdravotní stav*, ve skupině *Problémy spojené*

s obtížemi v uspořádání života, se konkrétně, v rámci označení Z 73.0 hovoří o vyprahlosti (vyhoření, vyhasnutí). Příznaky jsou popisovány v psychické, tělesné a sociální rovině :

Psychické příznaky

Kognitivní rovina

- ✓ ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti
- ✓ nechut', lhostejnost k práci
- ✓ negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu
- ✓ únik do fantazie
- ✓ potíže se soustředěním, zapomínání

Emocionální rovina

- ✓ sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost
- ✓ pocit nedostatku uznání

Tělesné příznaky

- ✓ poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocím, vegetativní obtíže
- ✓ rychlá unavitelnost, vyčerpanost, vysoký krevní tlak

Sociální vztahy

- ✓ ubývá angažovanosti, snahy pomáhat problémovým klientům
- ✓ omezení kontaktu s klienty a jejich příbuznými
- ✓ omezení kontaktů s kolegy
- ✓ přibývá konfliktů v oblasti soukromí
- ✓ nedostatečná příprava k výkonu práce (26).

Většina definic se shoduje na tom, že se jedná o stav především psychického vyčerpání, někdy i celkové únavy a následnou změnu chování, projevující se u osob bez výrazné patologie, které byly dříve schopny v té samé práci podávat normální výkony. Projevuje se hlavně u profesí, jejichž součástí je tzv. „práce s lidmi“ a to především v důsledku chronického pracovního stresu. Tvoří jej řada symptomů převážně v oblasti psychické, částečně v oblasti fyzické a sociální.

1. 2. FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření je proces, jehož vrcholem je vyhoření. Tento proces trvá většinou mnoho měsíců až let, má své fáze a dynamiku.

1. FÁZE – NADŠENÍ – tato fáze souvisí s nerealistickým pohledem na profesi a zejména s nepřiměřenými očekáváními. Zapojení do práce je enormní a uspokojení se zdá být tak značné, že se téměř kryje se smyslem života.

2. FÁZE – STAGNACE – ideály se nedaří realizovat, mění se jejich zaměření. Požadavky klientů, jejich příbuzných, či zaměstnavatele začínají obtěžovat. Do popředí se dostávají subjektivní a mimopracovní zájmy.

3. FÁZE – FRUSTRACE – pracovník vnímá klienta negativně, pracoviště pro něj představuje velké zklamání. Obtíže se dostávají i v osobním životě.

4. FÁZE – APATIE – mezi pracovníkem a klientem vládne nepřátelství, pracovník se vyhýbá odborným rozhovorům s kolegy a jakýmkoliv aktivitám, dělá pouze to co musí, dle pracovní náplně.

5. FÁZE - INTERVENCE – dochází k dosažení úplného vyčerpání, může mít mnoha podob - ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení, vymizení reflexe vnitřních norem, změna zaměstnání, bydliště, popřípadě i partnera (**8, 26**).

Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu hledá většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech. Z poslední fáze úplně rozvinutého syndromu vyhoření je cesta zpět již velmi těžká. Je štěstí, pokud se podaří proces **pochopit a zastavit** ve fázích **frustrace**, či **apatie**. Nejlepší předpoklady k tomu, aby se rozvoji syndromu vyhoření **zabránilo** je ve fázi **stagnace** (**26**).

1. 3. FAKTORY OVLVŇUJÍCÍ VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ

K rozvoji syndromu vyhoření je potřeba přítomnosti několika faktorů. S určitým odlehčením pojali rizikové faktory Hennig a Keller (1996), když stanovili tzv. sedm zlatých pravidel, jak vyhořet snadno a rychle, aneb jak dosáhnout mistrovství ve vyhoření. Pravidla jsou uvedeny v příloze 1. Nicméně i z těchto doporučení v podstatě vyplývá, že za vznikem burn out syndromu nacházíme hlavně chronický stres a postupnou ztrátu pocitu uspokojení z pracovní činnosti. To znamená, že úsilí a pracovní nasazení na jedné straně a výsledky nebo uspokojení na straně druhé, nejsou ve vyváženém poměru. Na základě toho dochází k vyčerpání, pocitům depersonalizace a ztrátě důvěry ve vlastní výkonnost.

Specifickým faktorem je pracoviště zvláště tam, kde není věnována pozornost potřebám personálu, noví členové nejsou zacvičeni zkušeným personálem, na pracovišti neexistují plány osobního rozvoje, pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil a poradit se s ním o možných řešeních, na pracovišti neprobíhá supervize (18).

Podle Chernisse (1980) se lidé snaží přizpůsobit práci svým očekáváním, případně měnit i svůj postoj k práci podle podmínek, v nichž pracují. Optimální však je, když k žádným změnám v tomto ohledu nedojde. (18).

Obecně platí, že vyšší vzdělání disponuje k rychlejšímu nástupu syndromu vyhoření než nižší vzdělání (Maroon, 1997), pravděpodobně proto, že lidé s vyšším vzděláním očekávají od práce více než do ní investují. Rozvoj syndromu vyhoření negativně ovlivňuje také doba strávená na jedné pracovní pozici v jednom zaměstnání, nikoli věk pracovníka. (18).

1. 3. 1. RIZIKOVÉ FAKTORY

Mezi rizikové faktory, které ovlivňují vznik syndromu vyhoření jsou považovány: samotný život v současné civilizované společnosti, s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka, příslušnost k profesi, obsahující profesionální

práci (ale i kontakt) s lidmi, nutnost čelit chronickému stresu, vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce, původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc, chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu, původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé, střední až vysoká senzitivita, nízká asertivita, původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost, neschopnost relaxace, depresivní ladění, vyšší skóre životních událostí, permanentní časový tlak, nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení, chronické přesvědčení o negativním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese (10).

K rizikovým faktorům se také řadí profese jedince. Syndromem vyhoření jsou nejčastěji ohroženy lékaři, z nich především pracovníci v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, rizikové obory pediatrie atd.), zdravotní sestry, další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.), psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci a pracovníce ve všech oborech, učitelé na všech stupních škol, pracovníci pošt všeho druhu, zvláště pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé, dispečeři a dispečerky (záchranné služby, dopravy atd.), policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek, právníci, advokáti, pracovníci věznic (dozorci, ale i další zaměstnanci), profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), politici, manažeři, poradci a informátoři, úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy, za určitých okolností (podle celkového postavení a hodnocení státu především z hlediska mezinárodního srovnání, prosperity a stavu ekonomiky) příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo), duchovní a řádové sestry, někdy se burn out syndrom projevuje i u nezaměstnaneckých kategorií, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, které jsou závislé na hodnocení druhých a mohou být vystaveny působení chronického stresu – např. u špičkových umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.) (10).

1. 3. 2. PROTEKTIVNÍ FAKTORY

Faktory, které naopak brání rozvoji syndromu vyhoření se stejně jako ty rizikové, týkají jak osobnosti pracovníka, tak jeho prostředí – pracovního, soukromého nebo společenského. K důležitým aspektům patří dostatečná asertivita, schopnost relaxovat, umění nedostat se pod časový tlak, pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce, pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace, pocit adekvátního a společenského a ekonomického uznání a hodnocení, pocit osobní pohody (10).

1. 4. DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Rozpoznání syndromu vyhoření vychází z pozorování jednotlivých příznaků u osob, v jejichž chování se začíná projevovat syndrom vyhoření, z prožitku těchto příznaků u postižených osob a ze speciálních psychologických metod, jenž byly k diagnostice syndromu vyhotoveny. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky založené na škálách: jde např. o „Maslach Burnout Inventory“ Ch. Malachové a S. Jacksonové, a o „Burnout Measure“ A. Pinesové, E. Aronsona a D. Kafryho. Státním zdravotním ústavem byly vytvořeny v odborné skupině pro psychologii a behaviorální intervence české verze některých z těchto metod a jsou postupně předávány k ověřovacímu využití v psychologické praxi (10).

1. 5. TERAPIE A PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

U všech onemocnění je známo, že prevence je lepší než léčba. To platí i u syndromu vyhoření. Rizikové skupiny zaměstnanců by se měli osvojit několik protistresových zásad, které uvádím v příloze 2.

Terapeutické a preventivní postupy, uplatňované vůči vyhoření, se opírají také o psychoterapeutické zdroje. Jednou z možností je využití *existenciální psychoterapie* – snaží se pomoci nalézt klientovi cestu k pochopení jeho existence a pomoci mu k jeho

existenci, což je z hlediska syndromu vyhoření velmi významné, důraz se klade na jedinečnost a neopakovatelnost individuality pacienta. Cílem existenciální psychoterapie je pochopení a naplnění vlastní existence, ovládnutí umění „být sám sebou“ (10).

Další evropskou školu navazující na existenciální východiska je **logoterapie** – usiluje o to, aby přispěla klientovi v jeho úsilí nalézt vlastní smysl života v souladu s jeho životem a osobností. Logoterapie si klade za cíl pomoci pacientovi nalézt řešení v situacích existenciální frustrace a za hlavní terapeutický prostředek považuje v nalezení smyslu života objevováním a naplňováním hodnot. Osoby, které se nachází ve finálním stádiu syndromu vyhoření může logoterapie velmi pomoci, neboť jejich svět se právě zhroutil a život přestal dávat smysl (10).

Další psychoterapeutické postupy např. kognitivně behaviorální terapie, se také mohou uplatnit v terapii i prevenci syndromu vyhoření.

Někteří lidé na syndrom vyhoření reagují tak, že změni zaměstnání a najdou si novou práci mimo svůj původní obor. Tento postup se ze začátku jeví jako velmi účinný, ale z dlouhodobého hlediska mohou tento krok hodnotit jako osobní selhání a ztrátu. Dalším z nabízených řešení je změna zaměstnání v rámci v oboru. Toto řešení je však dočasné, jelikož postupem času jsou na novém pracovišti konfrontováno se stejnými problémy. Lidé, kteří takto vystřídají několik zaměstnání, mohou získat chronický pocit beznaděje a selhání. Velmi častou strategií je kariérní postup, kde nehrozí obávaný kontakt s klienty. V této strategii je však nebezpečí v tom, že svým postojem „nakazí“ podřízené, kteří s lidmi pracují. Někteří lidé nepodniknou nic. Vedeni touhou po zajištěném zaměstnání zůstávají léta na místě, které jim přináší pouze jistoty a peníze. Nabízí se, ale ještě jedna cesta řešení této situace a to ta, že zaměstnanec využije situaci k osobnímu růstu. Krize mu pomůže k přehodnocení svých priorit, k rozpoznání svých slabých a silných stránek, hranic svých možností, k vybudování podpůrné sítě, která bude napříště pomáhat předejít vyhoření. Z toho vyplývá, že i díky vyhoření je možné se něčemu naučit (18).

Prevenici syndromu vyhoření u sociálních pracovníků shrnuje Matoušek. Jedná se o:

- ✓ kvalitní přípravu na profesi zahrnující výcvik i potřebnou praxi,
- ✓ jasná definice poslání organizace a metod práce,
- ✓ jasná definice profesionální role pracovníka a náplně práce,
- ✓ systém zácviku nových zaměstnanců,
- ✓ možnost využít profesionálního poradenství zkušenějšího pracovníka (ve vlastní organizaci i jinde),
- ✓ průběžná supervize,
- ✓ případové konference,
- ✓ omezení počtu případů,
- ✓ nasazení více pracovníků v náročných programech se skupinami klientů,
- ✓ organizování programů, při nichž se klienti dostanou do jiného prostředí a pracovníci mohou objevit jejich skryté charakteristiky,
- ✓ omezení administrativy,
- ✓ omezení pracovního úvazku,
- ✓ kombinace přímé práce s klienty s jiným druhem činnosti (18).

1. 5. 1. ZÁSADY DUŠEVNÍ HYGIENY PRO PROFESIONÁLY PRACUJÍCÍ S LIDMI

Pro profesionály, kteří převážnou část pracovní doby stráví s klienty je velmi důležité vytvořit si od nich jistý odstup. Podle Maslachové si k tomu profesionálové pomáhají různě, např. *sématickým odosobněním*, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou, pacoušem, *intelektualismem*, profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, bez osobního přístupu a *izolací*, jasným rozlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem (10).

1. 6. SYNDROM VYHOŘENÍ A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Matoušek projevy syndromu vyhoření aplikuje přímo na sociální práci. K typickému chování vyhořelých sociálních pracovníků podle něj patří:

- ✓ neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním kontaktům s nimi a odosobňovat je,
- ✓ lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta kreativity a citlivosti pro potřeby klientů,
- ✓ práci je věnováno nutné minimum energie,
- ✓ preference administrativních činností před kontaktem s klientem,
- ✓ důraz na formální aspekty práce, na pracovní pozici a výhody vyplývající ze zaměstnání,
- ✓ skepse v úvahách o účinnosti služby nebo budoucnosti klientů,
- ✓ únik do nemoci (příp. těhotenství),
- ✓ omezování komunikace nebo i konflikt s klienty,
- ✓ pocity depersonalizace, vyčerpání,
- ✓ ojedinele i zneužívání klientů.

Postižení syndromem vyhoření však mohou být nejen profesionálové, ale například i **dobrovolníci nebo domácí pečovatelé**. Prakticky každý takovýto pracovník vykazuje po určité době své práce některé z projevů syndromu vyhoření. Trvalá konfrontace s lidským trápením vyžaduje často osobní angažovanost a klade vysoké nároky na míru odolnosti a efektivní vyrovnávání se s takovou nadměrnou zátěží. Zvýšené nároky jsou samozřejmě také na straně organizace, která zajišťuje prevenci, případně minimalizaci projevů syndromu vyhoření **(18)**.

1. 7. LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Specifická skupina mezi zdravotně postiženými občany jsou děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o osobách s mentálním postižením bývají opředeny mnoha nejasnostmi, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením. Jejich společenská situace je poměrně nejasná a nejistá. Stále ještě se někteří lidé domnívají, že všichni postižení lidé by měli být „odklizení“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“, na očích. Zřejmě bude ještě nějaký čas trvat, než převažující část společnosti pochopí, že je běžné, jak u nás, tak po celém světě, že určitá část populace bývá odlišná od společenského průměru, ať už mimořádným nadáním nebo různými formami postižení. I s odlišnými jedinci se kulturní společnost musí naučit komunikovat a žít. Tento trend se označuje jako integrace. Integrace je postoj společnosti k handicapovaným občanům, který je neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do společenského života.(25).

Organizace Inclusion International, dříve známá jako Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním postižením (ISLMH), doporučuje užívat označení člověk (dítě, mladistvý) s mentálním postižením (s mentální retardací). Toto označení nahrazuje dříve užívaný pojem „mentálně postižený/mentálně retardovaný člověk“, které se dnes již považuje za neetické (25).

V populaci jsou přibližně 3% lidí s mentálním postižením. V závislosti na míře defektu se jejich četnost liší. Nejčastější je lehký stupeň mentální retardace (asi 70% všech lidí s mentálním postižením). Závažnější formy jsou vzácnější. Literatura uvádí, že obě pohlaví bývají postižena přibližně stejně, někde je uváděna o něco vyšší četnost mentální retardace u chlapců (27).

1. 7. 1. ETIOLOGIE MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Mentální postižení představuje soubor příznaků s nejrůznější etiologií a patogenesou. Nejedná se o duševní chorobu v pravém slova smyslu, ale o nedostatečný a nerovnoměrný rozvoj rozumových schopností (16).

K mentální retardaci může vést celá řada faktorů, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí. Může být způsobena jak příčinami endogenními, tak exogenními, které působí v období prenatálním, perinatálním i postnatálním obvykle do dvou let věku dítěte. Po tomto časovém období hovoříme o získané mentální defektnosti - demenci (13).

V prenatálním období působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli vlivy dědičné. Do této kategorie spadá velká skupina metabolických poruch např. fenylketonurie, galaktosemie a další. Největší skupinou příčin mentálního postižení tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozom zvláště pak tzv. trizomie. Nejznámější je trizomie chromozomu 21 nebo-li Downův syndrom. Další skupinu prenatálních vlivů tvoří enviromentální faktory a onemocnění matky v těhotenství (zarděnky, toxoplazmóza, kongenitální syfilis, alkoholismus matky, atd.). Obecně platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte. Perinatální období přináší další rizika. Mezi ně patří nedonošenost, mechanické postižení mozku při porodu, hypoxie, těžká novorozenecká žloutenka (28).

V postnatálním období může mentální postižení způsobit například zánět mozku, traumata, krvácení do mozku, mozkové léze při nádorových onemocnění atd. (16).

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Tato deprivace může způsobit poruchy učení, chování, vývoje osobnosti a může vést až k mentálnímu postižení různého stupně (28).

1. 7. 2. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Světová zdravotnická organizace posuzuje hloubku postižení podle toho, jak dalece se jedinec vzdaluje od modálního průměrného výkonu, který má hodnotu IQ 100. Za hranici mentální retardace považuje Světová zdravotnická organizace IQ 70. Mentální retardace se dělí do šesti základních kategorií podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (22).

Lehká mentální retardace, IQ 50-60 (F 70) – většina je úplně nezávislá v osobní péči, zvládají užívat řeč účelně v každodenním životě. Hlavní potíže se projeví při teoretické práci ve škole. Mají specifické problémy se čtením, psaním. Prosívá jim výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků, jelikož většinu z nich lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti (25).

Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F 71) - se vyznačuje výraznou opožděností psychomotorického vývoje, samostatnost v sebeobsluze je mnohdy jen částečná a někteří jedinci potřebují dohled a pomoc celý život. V dospělosti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, je-li zajištěn odborný dohled (29).

Těžká mentální retardace, IQ 20-34 (F 72) – většina jedinců z této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, ale včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality života (25).

Hluboká mentální retardace, IQ nižší než 20 (F 73) – jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím a vyhovět jim. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, bývají inkontinentní, nedovedou o sebe pečovat, tudíž vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti vzdělání a výchovy jsou velmi omezené. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Lze dosáhnout nejzákladnějších

jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze (25).

Jiná mentální retardace (F 78) – by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob (25).

Nespecifikovaná mentální retardace (F 79) - se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií (25).

1. 7. 3. PSYCHOLOGICKÁ CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Lidé s mentálním postižením mají omezenější potřebu poznávání a preferují podnětový stereotyp, bývají pasivnější a více závislí na zprostředkování informací jinými lidmi. Důsledkem toho je silnější závislost na člověku, který se stává prostředníkem mezi postiženým a vnějším světem (27).

Způsob myšlení lidí s mentálním postižením závisí na stupni postižení a může odpovídat různým úrovním, v krajním případě se nemusí rozvinout vůbec.

Řeč lidí s mentálním postižením bývá postižena jak formálně, tak z obsahového hlediska. Jejich řečový projev bývá nápadný méně přesnou výslovností. Je pro ně obtížnější porozumět i běžnému verbálnímu sdělení, protože mají omezenější slovní zásobu a větší potíže v pochopení celkového kontextu (27).

Schopnost učení je v různé míře omezena. Učení jedinců s mentálním postižením je převážně mechanické a asociační. Veškeré informace, dovednosti i návyky se fixují ve své rigidní podobě a také bývají stejným způsobem užívány. Změna návyku nebo přizpůsobení nové situace činí mentálně postiženým osobám značné potíže (27).

Emoční prožívání a reagování je u osob s mentálním postižením charakterizováno zvýšenou dráždivostí, větší pohotovostí k afektivním reakcím či mrzuté náladě. Mentálně postižený jedinec má stejné základní psychické potřeby jako jiní lidé. Tyto potřeby však můžou být různým způsobem modifikovány. Obecně platí, že čím je člověk závažněji mentálně postižen, tím je v saturaci svých potřeb závislejší na okolí (27).

Schopnost sebeovládání není u jedinců s mentálním postižením v dostatečné míře rozvinuta. Mají zvýšenou pohotovost k afektivním reakcím, které nedovedou přijatelným způsobem ovládat. Problematické chování může být projevem jejich neschopnosti vyjádřit své aktuální pocity standardnějším a pro ostatní srozumitelným způsobem. Tato aktivita pak slouží ke komunikaci s okolím, jejím prostřednictvím sdělují subjektivně důležité informace (27).

1. 8. PÉČE O LIDI S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Okruh možností v péči o lidi s mentálním postižením je v našich podmínkách stále poměrně omezený. Jedná se především o ústavní péči. V zahraničí se v posledních dvaceti letech rozvíjejí rozmanité alternativní formy péče, od péče organizované zajišťované státními organizacemi a agenturami, občanskými sdruženími přes církevní a náboženské sdružení až po některé typy komunitní i zcela neformální péče. Zkušenosti jsou rozmanité, a to jak pozitivní tak i negativní (25).

1. 8. 1 ÚSTAVNÍ PÉČE

Postoje společnosti k ústavům sociální péče v poslední době procházejí vývojem. V předcházejícím desetiletí se za standardní považoval názor, že člověk s mentálním postižením „patří“ do ústavu. Rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si dítě nechají a budou o ně pečovat, byli nezřídka svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti z něhož „stejně nikdy nic nebude“. Tyto předsudky vedly k tomu, že

rodiče své mentálně postižené dítě skrývali, jednak před nepochopením svého okolí, jednak ze strachu, aby je „nemuseli dát do ústavu“(25).

Ústavní péče pro osoby s mentálním postižením je podle zákona 108/2006 o sociálních službách § 48 poskytovaná v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Poskytuje se zde pobytová sociální služba osobám, které mají sníženou soběstačnosti z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (30).

Pro mentálně postižené osoby jsou zřizovány domovy s denním, týdenním a celoročním pobytem. Denní stacionáře pečují o děti, mládež i dospělé v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání. Týdenní zařízení představuje kompromis mezi domácí a ústavní péčí. Rodina v průběhu týdne může žít normálním životem, rodiče mohou vykonávat svá zaměstnání a dostatečně pečovat o postižené dítě o víkendu (25).

Umístění dítěte do ústavu sociální péče s celoročním pobytem je velmi vážné rozhodnutí, které rodičům často přináší výčitky svědomí z pocitu selhání. Péče o osoby s mentálním postižením je natolik náročná, že někdy není v silách rodičů potřeby postiženého jedince dlouhodobě uspokojovat (25).

Současný postoj k ústavům sociální péče se promítá do hledání nových cest, které by vedly ke zlepšení péče o lidi s těžkými formami mentálního postižení, dá se vyjádřit třemi základními trendy: integrace, normalizace a humanizace (25).

1. 8. 2 ZAMĚSTNANCI V ÚSTAVECH SOCIÁLNÍ PÉČE

Ve státních ústavech platí tzv. směrná čísla, která určují ústavu náležitý počet pracovníků. Tyto normativy jsou více než třicet let staré a neodpovídají evropským standardům. Jsou podhodnocená zejména v kategoriích pracovníků, kteří pracují přímo s klienty (19).

Péče v ústavu nespočívá jen v krmení a ošetřování klienta, ale také v aktivizaci a rozvíjení dovedností klienta. Ústavy i proto změnily strukturu pracovníků. Kromě „běžného“ personálu jako jsou například zdravotní sestry, rehabilitační sestry, ošetřovatelky, sociální pracovnice, provozní zaměstnanci, pracují v ústavech též

speciální pedagogové, terapeuti, asistenti, instruktoři pracovní výchovy. Tato skupina zaměstnanců se výrazně podílí na integraci lidí s mentálním postižením do běžné společnosti (25).

Jedna z nejnáročnějších prací je práce s klienty velmi vážně postiženými. Všichni pracovníci v ústavech sociální péče jsou vystaveny intenzivnímu kontaktu s klienty. Dlouhodobý kontakt s hendikepovanými lidmi vyžaduje ze strany pracovníka vysokou míru nezdolnosti a schopnosti průběžně a efektivně se vyrovnávat s pracovním stresem. Zaměstnanci ústavu sociální péče, kteří se podílejí na přímé péči o klienta jsou tomuto stresu vystaveny nejvíce. Může u nich dojít k rychlému „vypálení“ profesionálovy schopnosti empatie. Profesionál konfrontovaný se stálým typem emoční zátěže se stává stále citlivějším na chování klientů, z něhož by mohly vyplynout nežádoucí důsledky. Syndrom vyhoření je nevyhnutelná osobnostní obrana, která je patrná po několika letech praxe na každém profesionálovi (18, 19).

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2. 1. CÍL PRÁCE

Cílem práce je zjištění míry syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků ve vybraných ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením.

2. 2. HYPOTÉZA

Míra syndromu vyhoření bude vyšší u skladby pracovníků s vyšším dosaženým vzděláním.

3. METODIKA

3. 1. POUŽITÁ METODIKA

Zvolenou metodikou je kvantitativní výzkum, který navazuje na ověření teoretické části práce. Byla použita metoda dotazování, dotazník inventář projevů syndromu vyhoření podle autorů T. a J. Tošnerových (1999). K dotazníku, který uvádím v příloze 3, bylo přidáno 6 doplňujících otázek.

3. 2. ZKOUMANÝ SOUBOR

Zkoumaným souborem byli zaměstnanci třech náhodně vybraných ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby v Jihočeském kraji. Dotazník byl rozdán v období listopad až prosinec 2006 po dohodě s řediteli vybraných ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby.

Dotazník obsahoval 24 hlavních otázek a 6 otázek doplňujících. Rozdáno bylo 40 dotazníků do Ústavu sociální péče pro mentálně postižené osoby Osek. Návratnost dotazníků byla 57,5 %. 30 dotazníků do Ústavu sociální péče Zběšičky. Návratnost dotazníků byla 60 %. A třetím ústavem byl Ústav sociální péče Duha, zde bylo rozdáno 10 dotazníků a návratnost byla 80 %. Celkový počet rozdaných dotazníků činí 80, celková návratnost byla 61 %.

Předmětem výzkumu je zjištění míry syndromu vyhoření zaměstnanců ústavů sociální péče pro mentálně postižené osoby, opírající se o jednotlivé roviny, které dotazník zkoumá – tedy o rovinu kognitivní, tělesnou, citovou a sociální a následné celkové hodnocení. Dotazníkové šetření bylo zpracováno a znázorněno pomocí grafů.

4. VÝSLEDKY

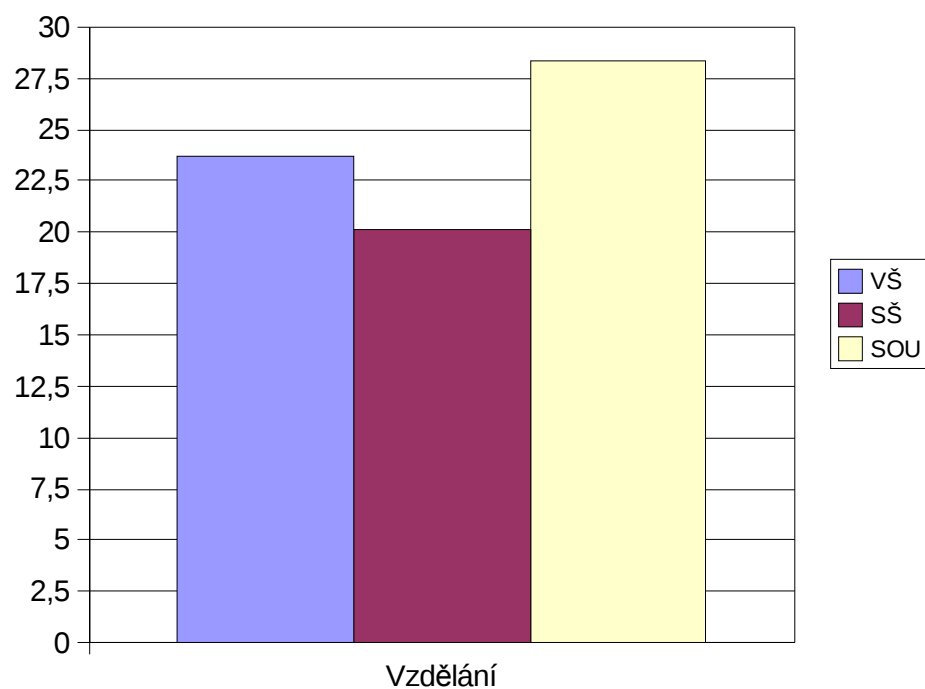
4. 1. ZÁKLADNÍ DATA O RESPONDENTECH

ÚSP	Zaměstnanci		Průměrný věk		Vzdělání		
	Muž	Žena	Muž	Žena	VŠ	SŠ	SOU
Osek	1	22	48	46,5	2	18	3
Duha	1	7	48	46	1	7	0
Zbešičky	2	16	49,5	42	2	12	4

ÚSP	Pracovní zařazení				Průměrný počet odpracovaných let v ÚSP
	Zdravotnický pracovník	Sociální pracovník	Pedagogický pracovník	Ostatní	
Osek	9	8	5	1	12,4
Duha	2	2	2	2	10,6
Zbešičky	4	5	2	7	12,7

4. 2. VÝSLEDKY K DOTAZNÍKU

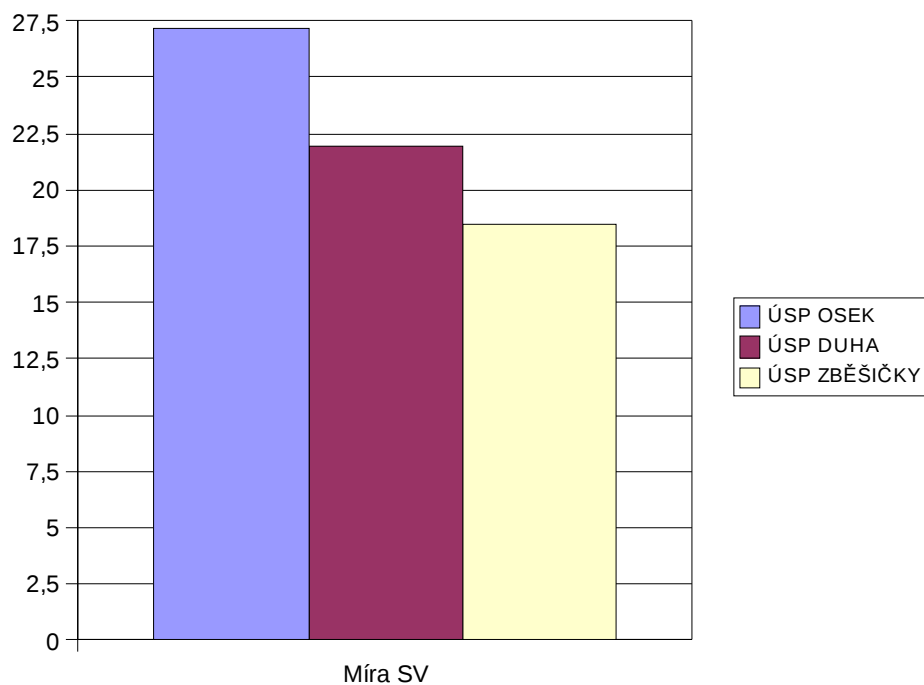
Graf 1.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 znázorňuje celkovou míru syndromu vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání.

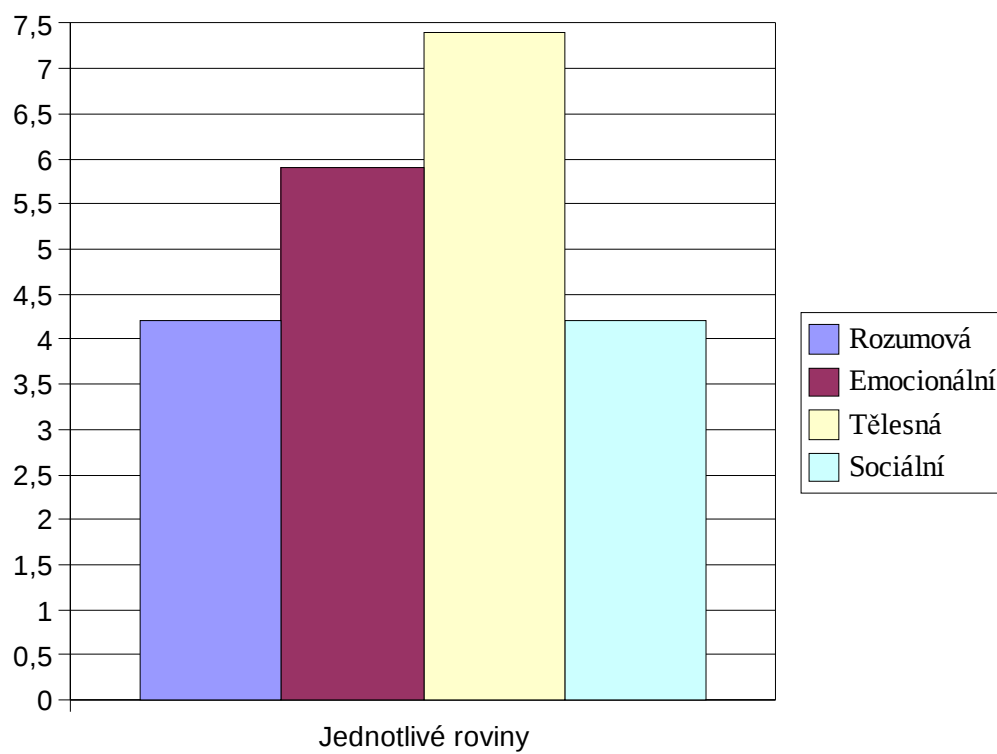
Graf 2.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 znázorňuje míru syndromu vyhoření u zaměstnanců v jednotlivých ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

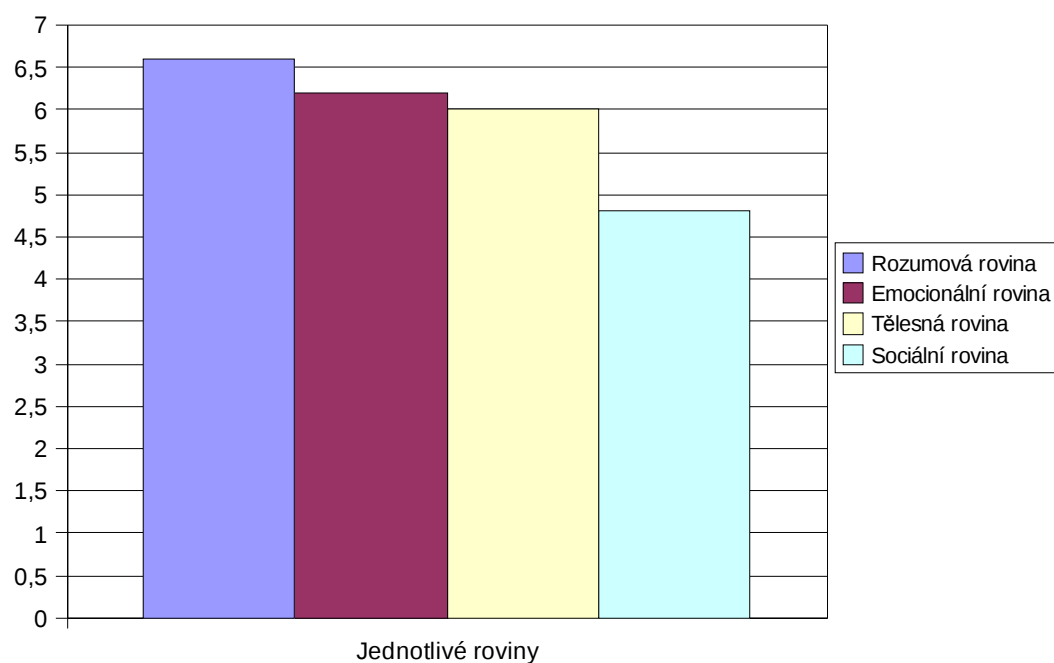
Graf 3.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3. poukazuje na míru syndromu vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby dle jednotlivých posuzovaných rovin.

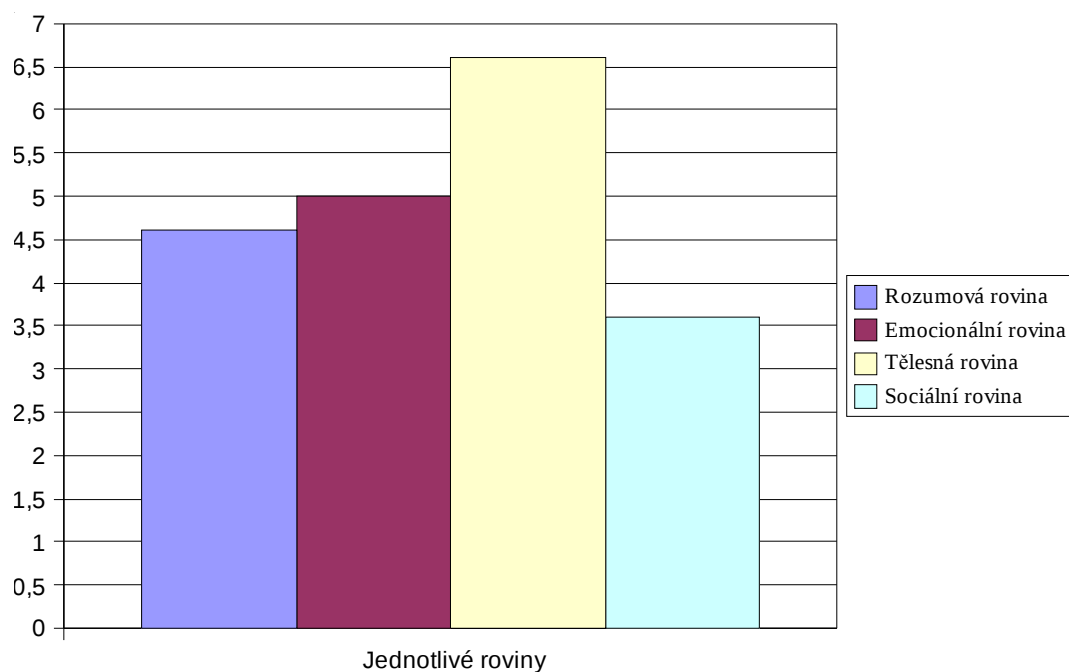
Graf 4.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4. znázorňuje zjištěnou míru syndromu vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby s vysokoškolským vzděláním v jednotlivých rovinách.

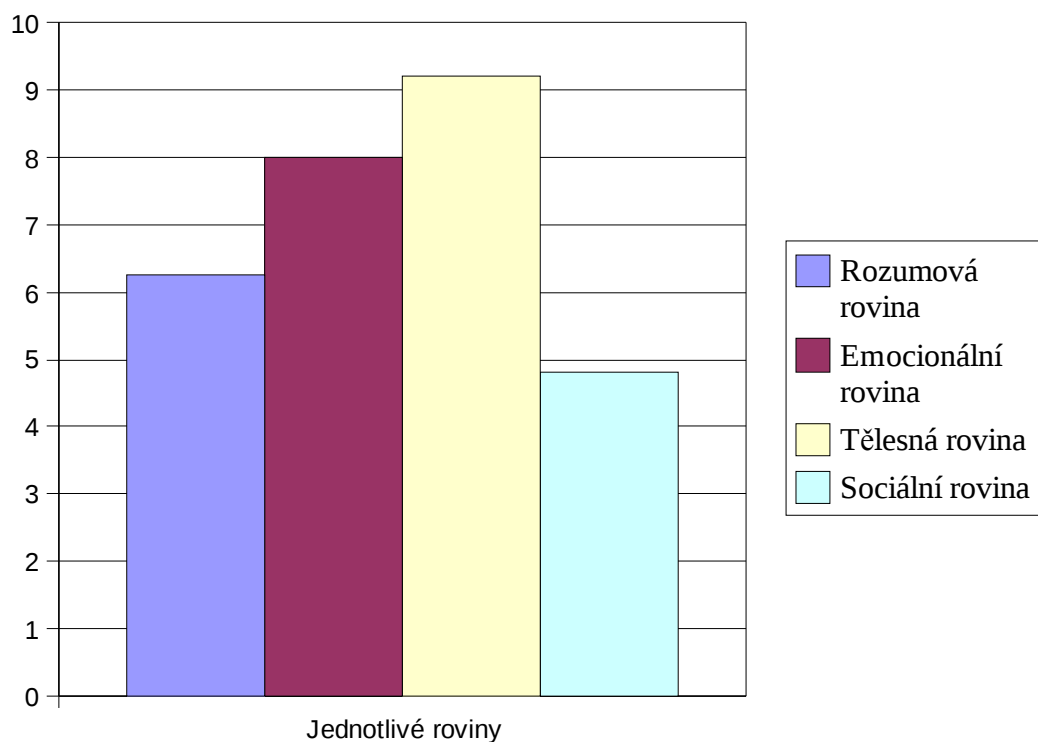
Graf 5.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5. znázorňuje zjištěnou míru syndromu vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby se středoškolským vzděláním v jednotlivých rovinách.

Graf 6.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6. znázorňuje zjištěnou míru syndromu vyhoření v jednotlivých rovinách u zaměstnanců, se středním odborným učilištěm, v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby.

5. DISKUZE

Pojem syndrom vyhoření se velmi často objevuje nejen ve zdravotnictví ale i v celé naší společnosti. Postihuje hlavně lidi v produktivním věku a vyskytuje se převážně v profesích, kde dochází ke kontaktu člověka s člověkem. Přesto je syndrom vyhoření uznán jako choroba z povolání zákonem pouze ve Španělsku a ve Spojených státech amerických (12, 24).

Z výsledků dotazníkového šetření je patrné, že respondenti se středním odborným učilištěm dosahují nejvyšší míry syndromu vyhoření než ostatní zaměstnanci. Je nutno poukázat na fakt, že mezi mírou syndromu vyhoření v jednotlivých skupinách, které jsou rozděleny podle nejvyššího dosaženého vzdělání, není velký rozdíl. Z grafu 1 vyplývá, že stanovená hypotéza míra syndromu vyhoření bude vyšší u skladby pracovníků s vyšším dosaženým vzděláním nebyla potvrzena. Z mého pohledu se hypotéza nepotvrdila proto, že zaměstnanci s vyšším vzděláním se zúčastňují různých kurzů, seminářů v rámci dalšího vzdělávání, kde se setkávají s kolegy, se kterými probírají problémy a navzájem si pomáhají řešit nestandardní situace. Dále jsou dle mého názoru více informováni o předcházení stresu a syndromu vyhoření než zaměstnanci s dosaženým nižším vzděláním.

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu syndromu vyhoření se dostavuje převážně jako reakce na pracovní stres. Stres je významný teoretický zdroj, poskytující zázemí koncepci syndromu vyhoření. Stres se rozlišuje jako vnější situace a jako vnitřní psychofyziologický důsledek této situace. Stres je nejčastěji pojímán jako výsledek nerovnováhy mezi hodnocením požadavků a hodnocením zdrojů k jejich zvládnutí. Na straně požadavků je hodnocena intenzita nároku a předpokládané důsledky selhání se s ním vyrovnat. Na straně zdrojů je hodnocena jejich přiměřenost a dostatečnost. Pocit, že požadavkům již nelze dostát, je důsledkem vyčerpání rezerv a zdrojů ke zvládnutí stresu. Zdroje a rezervy jsou v podstatě vrozené dispozice a dovednosti, které jedinec získal v průběhu svého života v procesu střetávání se s nejrůznějšími stresory (10, 20).

Graf 2 znázorňuje, že zaměstnanci ústavu sociální péče pro mentálně postižené osoby Osek, dosahují nejvyšších hodnot míry syndromu vyhoření. Z doplňujících

otázek vyplynulo, že zaměstnanci tohoto zařízení nemají možnost se účastnit supervize. Je vhodné si položit otázku, z jakého důvodu v jednom z největších ústavů v Jihočeském kraji tomu tak je? Přitom je dnes velmi dobře známo, že supervize plní celou řadu funkcí. Je kontrolou kvality práce, přímým i nepřímým způsobem dalšího vzdělávání a emotivní podporou, která brání pocitům ztracenosti a sysifovské práce. Velmi dobře působí, jsou-li stále stanovovány nové cíle a ponechán prostor iniciativě. Stereotypu se v některých činnostech nelze vyhnout, obecně je však vhodné mu unikát (5).

Z grafu 3. vyplývá, že zaměstnanci v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby dosahují nejvyšších hodnot míry syndromu vyhoření v rovině tělesné, následuje rovina emocionální, poté rovina rozumová a na konec rovina sociální. Toto zjištění pro mě nebylo překvapující, jelikož si dovedu představit, jak fyzicky náročná je práce v ústavu sociální péče pro mentálně postižené osoby. Během studia jsem vykonávala praxi v ústavu sociální péče pro mentálně postižené osoby Osek., kde většinu personálu tvoří ženy. To bylo potvrzeno i z dotazníkové šetření, kterého se zúčastnilo 45 žen a pouze 4 muži. Myslím si, že i zaměstnanci ústavů by uvítali ve svých řadách více mužů a to nejen z důvodu pomoci při fyzicky namáhavých úkonech. Hlavní problém vidím v tom, že práce zdravotních sester je veřejností vnímána spíše jako ženské povolání a proto je v ústavech, ale i v jiných zdravotně - sociálních zařízeních, nedostatek mužského personálu. Dalším důvodem je bezesporu finanční ohodnocení za tuto práci a její prestiž ve společnosti.

Poslední tři grafy porovnávají míru syndromu vyhoření v jednotlivých rovinách u zaměstnanců, dle dosaženého vzdělání. Respondenti, kteří mají vysokoškolské vzdělání dosahují nejvyšších hodnot míry syndromu vyhoření v rovině rozumové, následuje rovina emocionální, tělesná a sociální. Zato zaměstnanci, kteří mají středoškolské vzdělání a střední odborné učiliště, což znázorňují grafy 5 a 6, mají nejvyšší míru syndromu vyhoření shodně v rovině tělesné, následuje rovina emocionální, rozumová a sociální. Tyto výsledky si vysvětluji tak, že respondenti s vysokoškolským vzděláním jsou většinou ve vedoucích pozicích ústavů. Mají na starosti hlavně zajištění formálního chodu ústavu, financování, dodržování zákonů,

vyhlášek a to vše je spojené s velkým množstvím administrativní práce, která je pro mnohé z nich určitě vyčerpávající a mnohdy může připomínat boj s „větrnými mlýny“. Do přímé práce s klienty ústavu se dostávají méně často než ostatní zaměstnanci. Na druhou stranu zaměstnanci se středoškolským vzděláním a se středním odborným učilištěm jsou vystaveni zvládání zátěže dennodenního kontaktu s klienty, který s sebou při nedostatku následné péče především ve formě supervize, přináší prvotní vyhoření v rovině tělesné a emocionální.

Je známo, že se syndrom vyhoření promítá do postojů a způsobů chování související s výkonem pracovní činnosti – pracovní neschopnost, změny zaměstnání, snížené pracovní úsilí apod. – má i ekonomické důsledky. Je tedy i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí syndromu vyhoření zabýval **(10)**.

Cílem práce bylo zjištění míry vyhoření u jednotlivých pracovníků ve vybraných ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby. Cíl mé bakalářské práce jsem splnila a ráda bych, aby její výsledky byly podnětem pro zamyšlení především pro vedení jednotlivých ústavů, jak zkvalitnit přístup ke svým zaměstnancům a tím zkvalitnit i služby pro své klienty.

6. ZÁVĚR

Práce v ústavu sociální péče pro mentálně postižené osoby je velmi náročná a odpovědná. Volba tohoto povolání prvotně souvisí se snahou pomáhat lidem potřebným či nemocným. Pomáhající, který od počátku nemyslí na sebe a na svoje potřeby, se dříve či později může stát obětí své práce. Následkem může být vyhoření, problémy s kolegy, nespokojený klient.

V teoretické části byl obecně vysvětlen pojem syndrom vyhoření, mentální retardace a byla nastíněna specifika, která přináší práce s mentálně postiženými lidmi.

Praktická část navazuje na východiska uvedená v teoretické části. Cílem práce bylo zmapování míry syndromu vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby. Pomocí kvantitativního dotazníku byla zjištěna míra syndromu vyhoření u zaměstnanců třech ústavu sociální péče pro mentálně postižené osoby v Jihočeském kraji. Na začátku této práce byla stanovena hypotéza, že míra syndromu vyhoření bude vyšší u pracovníků s vyšším dosaženým vzděláním. Tato hypotéza se však nepotvrdila. Z výsledků dotazníkového šetření vyplynulo, že syndromem vyhoření nejvíce trpí zaměstnanci, kteří absolvovali střední odborné učiliště. Pokud se na výsledky dotazníku podíváme podrobněji je vidět, že v tělesné rovině dosahuje většina zaměstnanců nejvyšší míry syndromu vyhoření. Z doplňujících otázek je patrné, že supervize neprobíhá ve všech ústavech sociální péče pro mentálně postižené osoby. Zde je dle mého názoru velká příležitost pro vedení ústavů uvažovat o zavedení supervize na jejich pracovišti.

Bakalářskou práci bude možno využít jako monitoring aktuálního stavu syndromu vyhoření u jednotlivých pracovníků ve vybraných ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením a dále bude sloužit jako podnět ke zkvalitnění systému prevence syndromu vyhoření v těchto zařízeních.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1) Bérešová, A. Burnout syndróm a depresia v profesii sociálnych pracovníkov. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Bratislava: 2006, roč. 1, č. 1, s 18 – 22. ISSN 1336-9326

2) Boldiš, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 -2: Část 1- citace: metodika a obecná pravidla*. Verze 3.3. Poslední aktualizace 11.11.2004. 21 s.

3) Boldiš, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690 -2: Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. Verze 3.1 (2004). © 1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004.

4) Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 374 s. ISBN 80-246-0139-7.

5) Haškovcová, H. *Thanatologie: nauka o umírání a smrti*. 1. vyd. Praha: Galén, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

6) Hawkins, P., Shohet, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Přel. Hartlová, H. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. Přel. z: *Supervision in the helping professions*. ISBN 80-7178-715-9.

7) Hennig, C., Keller, G. *Antistresový program pro učitele*. Přel. Vrátilová, J. 1. vyd. Praha: Portál, 1996, 96 s. Přel. z: *Anti-stress.Programm für Lehrer*. ISBN 80-7178-093-6.

8) Jankovský, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6

9) Javitch, D. *How to prevent, rescue burnt-out employees*. Dostupné z <http://www.msnbc.msn.com/id/10442816/>, [cit. 24.1.2007].

10) Kebza, V., Šolcová, I. *Syndrom vyhoření*. 2. vyd. Praha: SZÚ, 2003. 23 s. ISBN 80-7071-231-7.

11) Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2000, 147 s. ISBN 80-7178-429-X.

- 12) Kovářová, M., Ďordovičová, S. Čo spôsobuje vysokú mieru vyhorenia sestier. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Bratislava: 2006, roč. 1, č. 2, s 15 – 19. ISSN 1336-9326
- 13) Krejčířová, O. a kol. Kapitoly se speciální pedagogiky. 1.vyd. Praha: Eteria, 2002.127 s. ISBN 80-238-8729-7
- 14) Křivohlavý, J. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1998, 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- 15) Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*.1. vyd. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- 16) Kříž, J. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita. Zdravotně sociální fakulta, 2000.155 s. ISBN 80-7040-386-1.
- 17) Malottová, K. (2000): *Burn-out neboli syndrom vyhoření*. [online]. Psychologie Dnes, 6, 2000, č. 2. Dostupné na <http://www.portal.cz/scripts/detail.asp?id=702> 21.11.2006.
- 18) Matoušek, O. *Metody a řízení sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2
- 19) Matoušek, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Slon,1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1.
- 20) Nakonečný, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. 590 s. ISBN 80-200-1290-7
- 21) Rush, M. *Syndrom vyhoření*. Přel. Čejková, M.1. vyd. Praha: Návrat domů, 2004. 129 s. Přel. z: Burnout, practical help for lives under pressure. ISBN 80-7255-074-8.
- 22) Šiška, J. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 100 s. ISBN 80-246-0992-4.
- 23) Šoltésová, V., Ivor, J. Syndrom vyhorenia – právne hľadisko. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Bratislava: 2006, roč. 1, č. 2, s 20 – 21. ISSN 1336-9326

- 24) Štencľ, J. Syndróm vyhorenia jako sociálnopsychologický problém. *Zdravotníctvo a sociálna práca*. Bratislava: 2006, roč. 1, č. 2, s 22 – 23. ISSN 1336-9326
- 25) Švarcová, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001.178 s. ISBN 80-7178-506-7.
- 26) Tošner, J. Tošnerová, T. Burn – out/Syndrom vyhoření. In *Řízení lidských zdrojů. Sborník vybraných materiálů specializačního kurzu „Řízení neziskových organizací“*. 1. vyd. Praha: Agens, 1999, 90 -114 s. ISBN 80-902633-4-8.
- 27) Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004.870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- 28) Valenta, M., Müller, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 1.vyd. Praha:Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- 29) Vítková, M.a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998.181 s. ISBN 80-85931-51-6.
- 30) Zákon č. 108/2006 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách, v platném znění [online], poslední aktualizace neuvedena. [cit. 20.2.2007]. Dostupné z <http://www.atre.cz/zakony/frame.htm>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Syndrom vyhoření

Mentální postižení

Ústav sociální péče

9. PŘÍLOHY

Příloha 1.

Sedm zlatých pravidel podle Henniga a Kellera (1996)

Vyhořet snadno a rychle, aneb jak dosáhnout mistrovství ve vyhoření?

- Když pozoruji, že jsme v zaměstnání v silném stresu, musím ještě přidat: ještě více pracovat, ještě méně často říkat NE, ještě více se vystavit časovému tlaku a ještě zvýšit nároky na sebe.
- Varovné fyzické a duševní příznaky vyhoření musím ignorovat. Někdo by si je mohl vykládat jako moji slabost. Raději se spoléhám na to, že mě z práce vyřadí nějaká nemoc.
- Pocity stresu a vyhoření si raději nechávám sám pro sebe, místo abych si o nich promluvil s podobně postiženými.
- Moje problémy a můj stres patří jen mě! V žádném případě se o nic z toho nesmím podělit se svými kolegy. Žádné delegování práce.
- Velmi účinné je zaujmout pozici bezmocného jedince: „Jsem ubohá oběť a nemůžu nic dělat!“
- Vyhoření a potlačení příznaků stresu napomáhají vynikajícím způsobem léky vyvolávající závislost (prášky na spaní, psychofarmaka) a alkohol.
- Nejúčinnější je o problematice vyhoření mlčet. Přesně podle hesla: „Nebudeme-li o efektu vyhoření mluvit, pak jako by tento syndrom vůbec neexistoval.“

Příloha 2.

Protistresové zásady

1. **Snížit příliš vysoké ideály** – kdo na sebe i na druhé klade příliš vysoké nároky, neustále se vystavuje nebezpečí frustrace. Smířit se s tím, že člověk je tvor chybující a nedokonalý.
2. **Nepropadat syndromu pomocníka** – vyhnout se nadměrné identifikaci s potřebami ostatních lidí. Pohybovat se v rozmezí mezi soucítěním a emociálním odstupem. Nesnažit se být zodpovědní za všechny a za všechno.
3. **Naučit se říkat ne** – nenechat se přetěžovat! Říkat ne, pokud je toho na vás nakládáno moc. Myslet také na sebe. Požádat svého nadřízeného o ochranu a péči.
4. **Stanovit si priority** – nemuset být všude. Nevyplytvat svou energií na nesčetné aktivity. Soustředit se jen na podstatné činnosti.
5. **Dobrý plán ušetří polovinu času** – zacházet se svým časem racionálně. Rozdělit si práci rovnoměrně. Cestu k cíli rozdělit na etapy, a postupně je plnit. Snažit se vyhnout odkládání práce a úkolů.
6. **Dělat přestávky** – Uvědomit si, že zásoba energie je omezená. Nehnat se z jedné činnosti do druhé. Zařadit mezi nimi krátké, uvolňující přestávky.
7. **Vyjadřovat otevřeně pocity** – pokud se vás cokoliv dotkne dejte to najevo, ale tak aby se necitlivě nezasáhla druhá osoba.
8. **Hledat emociální podporu** – zde platí přísloví - „ Sdělená bolest, poloviční bolest. Najít si „vrbu“ a důvěrníka, kterému se můžete svěřit.
9. **Hledat věcnou podporu** - všechny problémy nemusíte vyřešit sami. Pohovořit si s kolegy a požádat je o radu a o návrhy řešení.
10. **Vyvarovat se negativnímu myšlení** - pokud zabřednete do hloubání a sebelítosti, řeknou si „stop“. Položit si otázku „Co je na mně dobrého?“ Radovat se z toho co umíte a dokážete.

11. **Předcházet komunikačním problémům** – práci si dobře připravit, sdělit spolupracovníkům i klientům hned na začátku svá očekávání a cíle. Vyhybat se ukvapeným rozhodnutím, planým slibům i výhrůžkám.
12. **V kritických okamžicích zachovat chladnou hlavu** - v konfliktní situaci se nenechávat svést prvním negativním pocitem k impulsivnímu jednání. Uvědomit si manévrovací prostor a přiměřené způsoby řešení konfliktu. Konfliktní situaci můžete vyřešit paradoxní reakcí nebo humorem.
13. **Následná konstruktivní analýza** – projít si zpětně kritické situace. Analyzovat svoje chování, navrhnout si alternativní řešení.
14. **Doplňovat energii** – vyrovnávat pracovní zatížení potřebnou mírou odpočinku.
15. **Vyhledávat věcné výzvy** – neustále se dále učit a vzdělávat. Rozšiřovat obzor repertoár komunikačních technik a zlepšovat dovednost zvládat stres.
16. **Využívat nabídek pomoci** – zapojit se do diskusních skupin s kolegy, požadovat na nadřízených supervizi.
17. **Žít zdravě** – brát vážně varovné signály těla. Zmírnit pracovní nasazení, dostatek spánku, zdravá strava, sport (7).

Příloha 3.

Dotazník

Vážená paní, vážený pane,
jmenuji se Jana Brůhová, jsem studentkou Zdravotně - sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. V rámci bakalářské práce zpracovávám téma: Syndrom vyhoření u zaměstnanců v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku. Data získaná od Vás jsou anonymní a budou použity pouze pro bakalářskou práci.

Prosím, vyplňte, uvedené informace:

Pohlaví: muž/žena

Váš věk: let

Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:.....

Jak dlouho pracujete v ÚSP pro osoby s mentálním postižením? let

Jaké je Vaše pracovní zařazení?.....

Probíhá na Vašem pracovišti pravidelná supervize? Ano/ne

Prosím, zaškrtněte u každé položky, do jaké míry se vás jednotlivé výpovědi týkají:

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

Příloha č. 4:

Základní vyhodnocení inventáře projevů syndromu vyhoření

Do níže uvedených řádků запиšte vždy vedle čísla položky počet bodů, který jste u této položky zaškrtnuli.

Potom v každé řádce sečtete výsledky pro každou **rovinu** dotazníku zvlášť.

Z dosažených hodnot v každé řádce můžete vyčíst svůj individuální stresový profil.

Maximální hodnota bodů v jedné rovině je 24, minimální - 0 bodů.

Rozumová rovina:

položky č. 1..... + č. 5..... + č. 9..... + č. 13..... + č. 17..... + č. 21..... =

bodů

Emocionální rovina:

položky č. 2..... + č. 6..... + č. 10..... + č. 14..... + č. 18..... + č. 22..... =

bodů

Tělesná rovina

položky č. 3..... + č. 7..... + č. 11..... + č. 15..... + č. 19..... + č. 23..... =

bodů

Sociální rovina

položky č. 4..... + č. 8..... + č. 12..... + č. 16..... + č. 20..... + č. 24..... =

bodů

**Rovina rozumová + emocionální + tělesná + sociální..... Celkem =
..... bodů**

Součtem všech čtyř rovin získáte celkovou míru vaší náchylnosti ke stresu a syndromu vyhoření. Maximální hodnota celkového součtu je 96, minimální 0.