

Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením

Bc. Lenka Matušková

Diplomová práce



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Lenka MATUŠKOVÁ

Studijní program: N 7507 Specializace v pedagogice

Studijní obor: Sociální pedagogika

**Téma práce: Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi
s mentálním postižením**

Zásady pro vypracování:

Systém sociálních služeb v ČR

Osobnost pracovníka v pomáhajících profesích a psychická úskalí této profese

Syndrom vyhoření – definice, metody měření stupně syndromu vyhoření a jeho prevence

**Praktická část – zodpovězení výzkumných otázek pomocí metody dotazníku BM –
Burnout Measure**

Zpracování zjištěných dat pomocí statistické metody Studentova t – testu

Interpretace zjištěných dat a formulace příslušných závěrů

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Schmidbauer, W. Psychická úskalí pomáhajících profesí. Praha: Portál, 2000. 171 s. ISBN 80--7178--312-9

Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál, 1997. 147 s. ISBN 80--7178--150--9

Matoušek, O. a kol. Sociální služby. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978--80--7367--310--9

Křivohlavý, J. Jak neztratit nadšení. Praha: Grada Publishin, 1998. 136 s. ISBN 80--7169--551-3

Rush, M.D. Syndrom vyhoření. 1. vyd. Praha: Návrat domů, 2003. 129 s. ISBN 80-7255-074-8

Vedoucí diplomové práce: **PhDr. Pavel Opatrný**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **17. února 2009**

Termín odevzdání diplomové práce: **15. května 2009**

Ve Zlíně dne 17. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan

L.S.


Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ/DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové/bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová/bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu nahlédnutí;
- na moji diplomovou/bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou/bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové/bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové/bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Ve Zlíně2.5.2009

.....


1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může se zveřejněné práce pořizovat na své náklady výtisky, optisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, uče-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédá k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce, jejíž název zní Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením, je rozdělena na 2 části – teoretickou a praktickou část. V teoretické části se práce věnuje systému sociálních služeb v České republice, osobám pracujícím v pomáhajících profesích a analyzuje syndrom vyhoření.

V praktické části jsou zpracovány a interpretovány výsledky výzkumu získané pomocí dotazníků BM – Burnout Measure ve dvou zařízeních Domova pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji a v kontrolních skupinách u populace, která nepracuje v pomáhajících profesích.

Cílem výzkumu je najít odpověď na otázku, zda jsou osoby pracující s lidmi s mentálním postižením psychicky vyhořelí více než populace, která v pomáhajících profesích nepracuje, v čemž vidím cíl i přínos diplomové práce.

Klíčová slova: mentální retardace, sociální služby, syndrom vyhoření, osobnost, pomáhající profese, stres, frustrace, deprivace

ABSTRACT

The diploma thesis which title is „Burnout at the people working with the mentally affected persons“ is divided into 2 parts – the theoretical one and the practical one.

The theoretical part is aimed at the systém of social services in the Czech republic, at the people working at helping professions and there is the analysis of burnout.

In the practical part the results of the research are processed and interpreted. They were obtained by questionnaires BM – Burnout Measure in two institutes of the Home for the handicapped in South Moravia and in the control groups at the population which does not work at helping professions.

The aim of the research is to find the reply to this questions: if the people working with the mentally affected are burn out more than the people not working at helping professions, where I see the aim and the benefit of the diploma thesis.

Keywords: cephalonia, social services, burnout, personality, helping profession, stress, frustration, deprivation

Děkuji PhDr. Pavlu Opatrnému za odborné vedení práce a podporu při volbě tématu i samotném zpracování diplomové práce. Velmi si vážím jeho času a ochoty, který mi při konzultacích věnoval.

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 ZÁKLADNÍ POJMY	13
1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	13
1.2 VYMEZENÍ POJMU SOCIÁLNÍ SLUŽBY	14
1.3 VYMEZENÍ POJMU SYNDROM VYHOŘENÍ.....	15
2 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE	17
2.1 ÚČEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	17
2.2 LEGISLATIVNÍ ZAKOTVENÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE.....	18
2.3 DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	21
3 OSOBNOST V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH	23
3.1 PROČ BÝT TÍM, KDO POMÁHÁ	24
3.2 LIDSKÝ VZTAH JAKO SOUČÁST PROFESE	25
3.2.1 Hranice mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem.....	26
3.3 SYNDROM POMÁHAJÍCÍCH	27
4 SYNDROM VYHOŘENÍ	29
4.1 ZÁTĚŽOVÉ SITUACE	29
4.1.1 Stres.....	30
4.1.2 Frustrace	31
4.1.3 Konflikt	31
4.1.4 Trauma	31
4.1.5 Krize.....	32
4.1.6 Deprivace	32
4.1.7 Zvládání zátěžových situací	32
4.2 PROJEVY VYHOŘENÍ	33
4.3 RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK SYNDROMU VYHOŘENÍ	34
4.3.1 Vnější rizikové faktory.....	35
4.3.2 Vnitřní rizikové faktory.....	35
4.4 STÁDIA A FÁZE VYHOŘENÍ.....	36
4.5 PROŽÍVÁNÍ VYHOŘENÍ	37
4.6 RIZIKOVÉ PROFESNÍ SKUPINY.....	38
4.7 SYNDROM VYHOŘENÍ U SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	39
4.8 DIAGNOSTIKOVÁNÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	41
4.9 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	42
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
5 POPIS VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU	45

5.1	CÍLE VÝZKUMU	45
5.2	HYPOTÉZY	46
6	ZKOUMANÝ SOUBOR	47
6.1	STRUKTURA ZKOUMANÉHO SOUBORU RESPONDENTŮ	50
7	METODOLOGIE VÝZKUMU	52
7.1	POPIS VLASTNÍHO VÝZKUMU	52
7.2	METODY ZPRACOVANÉ PRÁCE	53
7.3	STATISTICKÉ ZPRACOVÁNÍ	55
8	ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE	58
9	DISKUSE	66
	ZÁVĚR	68
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	71
	SEZNAM OBRÁZKŮ	73
	SEZNAM TABULEK	74
	SEZNAM PŘÍLOH	75

ÚVOD

Syndrom vyhoření je téma, kterému se v České republice věnuje prozatím jen malá pozornost. Tento problém stojí spíše na pokraji zájmu jak odborné, tak i laické veřejnosti.

V pomáhajících profesích kromě příslušných vědomostí hraje podstatnou roli lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Klient potřebuje důvěřovat sociálnímu pracovníkovi. Pomáhající pracovník se velmi často setkává s lidmi v závislém postavení, které zpravidla potřebují přijetí, spoluúčast, porozumění, pocit, že pomáhajícímu pracovníkovi nejsou na obtíž, že pracovník je neodsuzuje. Klient potřebuje důvěřovat, cítit se bezpečný a přijímaný. Tohle vše představuje pro pracovníka v sociálních službách enormní zátěž na jeho psychiku. Pracovník v pomáhající profesi má často pocit, že musí všem pomáhat, ale na své problémy a především odpočinek již nemyslí. Často také neodlišuje práci a svůj volný čas, ve svém volném čase často přemýšlí o své práci, a proto již nemá dostatek prostoru na dostatečný odpočinek a duševní přípravu pro další zátěž. Tohle vše jsou předpoklady pro vznik syndromu vyhoření.

Mé povolání také spadá do tzv. „rizikové skupiny“ ohrožené syndromem vyhoření a sama na sobě mohu také potvrdit, že v některých chvílích opravdu nejde oddělit práci od soukromého života a člověk je tím pádem více vystaven stresu a vzniku syndromu vyhoření.

„Pires a kol.(1981) definují vyhoření jako výsledek neustálého nebo opakovaného emočního tlaku spojeného s intenzivní účastí s lidmi po dlouhá období. Taková intenzivní účast je obvyklá zejména ve zdravotnických a školských profesích a v sociálních službách, kde je náplní práce zabývat se psychickými, sociálními a tělesnými problémy druhých lidí. Vyhoření je bolestné zjištění, že již nedokážou pomáhat lidem v nouzi, že již v sobě nemají nic, z čeho by se mohli rozdávat.“ (Hawkins, Shohet,2004,str. 33)

Syndrom vyhoření ovlivňuje pracovní výkon a má velký vliv na pomáhajícího pracovníka a jeho práci s klientem. Proto považuji za důležité, aby informace o syndromu vyhoření byly součástí vysokoškolské přípravy v pomáhajících profesích. Čím více informací budou mít tito pracovníci o syndromu vyhoření, tím menší je pravděpodobnost propuknutí syndromu vyhoření.

V teoretické části je práce věnována problematice systému sociálních služeb v České republice, dále také osobnosti pracovníka v pomáhajících profesích a psychickém úskalí této profese a na závěr teoretické části se věnuji problematice syndromu vyhoření, jeho prevencí a metodám měření.

V praktické části je proveden kvantitativní výzkum pomocí dotazníku BM – Burnout Measure, který zjišťuje míru psychického vyhoření pracovníků. Autory tohoto dotazníku jsou Ayala Pines, PhD a Eliot Aronson, Phd.

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na to, jak moc jsou pracovníci v sociálních službách psychicky „vyhořelí“ a zda jsou psychicky „vyhořelí“ více než populace nepracující v pomáhajících profesích, v čem vidím cíl i přínos mé diplomové práce

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZÁKLADNÍ POJMY

V této kapitole diplomové práce vymezím základní pojmy vztahující se k tématu Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením.

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Dolejší (1978) popisuje mentální retardaci jako vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost – různá míra snížení rozumových schopností, které se projevují především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a ztíženou sociální adaptací na běžné životní podmínky (Vítková, 1998, Pipeková a kol, 1998) Postižení je trvalé, ale je možné určité zlepšení např. vhodným výchovným a vzdělávacím působením.

V roce 2002 vymezila definici mentální retardace Americká asociace pro mentální retardaci takto: „Mentální retardace je snížená schopnost (disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech“ (Šiška, 2005, s. 10).

Pro aplikaci této definice stanovila Americká asociace pro mentální retardaci pět předpokladů:

1. „Snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím komunity typické pro daný věk a kulturu jedince
2. Bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost a také (individuální) rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech a v chování.
3. U každého jedince se vedle omezení vyskytují i silné stránky.
4. Zjišťování limitů má jít ruku v ruce s vypracováním systémů cílené podpory.
5. S vhodnou individuální podporou doje k celkovému zlepšení kvality života člověka s mentální retardací“ (Šiška, 2005, s. 10).

Tato definice mentální retardace se dívá na tuto problematiku jako na komplexní problém a hlavně vyzdvihuje do popředí individuální podporu jedince

1.2 Vymezení pojmu sociální služby

Existuje mnoho definic sociálních služeb, proto ve své práci uvedu jen ty, které pojem sociálních služeb nejlépe vystihují.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. definuje sociální služby jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního začlenění.“ (§3, zákon o sociálních službách)

Dle Matouška (2003) jsou sociální služby „všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.“

„Sociální službou se rozumí činnost nebo souhrn činností v nepříznivé sociální situaci, tzn. pomoc osobám při ztrátě jejich soběstačnosti a ochranu před sociálním vyloučením s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a využívat obvyklým způsobem jiných systémů (např. bydlení, školství, služby zaměstnanosti atd.). Sociální služba je službou ve veřejném zájmu.“ (Bareš, 2006, str. 7)

V předchozí definici se hovoří o nepříznivé sociální situaci a o sociálním vyloučení, proto zde nyní uvedu i definici těchto pojmů.

„Nepříznivou sociální situací se rozumí taková situace, ve které osoba pro ztrátu soběstačnosti z důvodu věku, zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů, nebo jestliže její způsob života vede ke konfliktu se společností, není schopna dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak dostatečně zabezpečeny.“ (Bareš, 2006, str. 7)

Zákon o sociálních službách definuje sociální vyloučení jako „vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace.“ (§3, zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.)

„Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství.“ (Matoušek, 2007, str. 9)

1.3 Vymezení pojmu syndrom vyhoření

Pedagogický slovník (1995) charakterizuje burn-out effect jako vyčerpání fyzických, psychických sil, ztrátu zájmu o práci, erozi profesionálních postojů, které se především projevují u pracovníků tzv. pomáhajících profesí (sociální pracovníci, poradci, pedagogové, zejména speciální)

Hartl, Hartlová (2000) popisují syndrom vyhoření jako ztrátu profesního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některé z pomáhajících profesí. Nejčastěji je spojen se ztrátou činnosti a poslání. Projevuje se pocíty zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti. Postižený ztrácí zájem o svou práci, spokojuje se s každodenním stereotypem, rutinou, nevidí důvod pro další sebevzdělávání a osobní růst. Snaží se pouze přežít, nemít problémy.

Slovník sociální práce (2003) charakterizuje syndrom vyhoření jako soubor příznaků vyskytujících se u pracovníků pomáhajících profesí odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi. Je to stav psychického, někdy i celkového vyčerpání doprovázený pocíty beznaděje, obavami, případně i zlostí. Pracovní motivace klesá, výkon se zhoršuje, snižuje se sebevědomí. V chování ke klientům je patrný zvětšující se odstup, důraz na pravidla a disciplínu, neformální stránky programů, na racionalitu, někdy se vyskytují i vysloveně odmítavé nebo negativní postoje.

„Syndrom vyhoření je důsledkem dlouhodobě působícího (chronického) pracovního stresu, který je zvládnán maladaptivně. Vyskytuje se zvláště u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně – „práci s lidmi“, na jejichž hodnocení jsou závislé

(nebo je pro ně důležité), a tlak na kvalitu i kvantitu výkonu. Jedná se o závažný medicínský a psychologický problém, který významně ovlivňuje zdraví i kvalitu života osob, u nichž se vyskytuje. (Švingálová, 2006, str. 49)

Existuje tedy celá řada definic syndromu vyhoření. Všechny definice ale mají několik společných znaků (Jeklová, Reitmayerová, 2006):

- Přítomnost negativních emocionálních příznaků – deprese, vyčerpání atd.
- Syndrom vyhoření je nejčastěji spojován s určitými druhy povolání, které jsou uváděny jako rizikovější, např. zdravotníci
- Menší efektivita práce je spojována s negativními vytvořenými postoji a z nich vyplývajícím chováním
- Důraz je kladen na psychické příznaky a na prvky chování než na provázející tělesné příznaky
- Syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nesouvisí nijak s psychickou patologií.

Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření je stěžejním tématem mé diplomové práce, bude se mu věnovat podrobněji v samostatné kapitole.

2 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

Sociální služby spadají pod systém veřejných služeb. Veřejné služby jsou poskytovány v zájmu veřejnosti, jsou financovány z veřejných rozpočtů a jsou závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služba může být ale též komerční. Sociální služby jsou v současnosti součástí státního systému sociálního zabezpečení. Legislativa je zařazuje do oblasti tzv. sociální pomoci. Sociální pomoc zahrnuje kromě sociálních služeb také finanční a věcné dávky, poskytované lidem, kteří se ocitli ve stavu hmotné nouze. Dalšími součástmi systému sociálního zabezpečení jsou sociální pojištění a státní sociální podpora. Sociální služby ale mohou být i poskytovány mimo státní sociální pomoc – mohou být hrazeny příjemcem na základě kontraktu jako jakákoli jiná služba a jejich poskytovatelem může být i nestátní subjekt, který je uživateli poskytuje bezplatně. Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby mohou být v ČR tedy obce, kraje a MPSV nebo také nestátní neziskové organizace. (Matoušek a kol., 2007)

V zahraničí se můžeme setkat spíše s pojmem humanitní služby. U nás se termín humanitních služeb užívá ale spíše pro přímou materiální pomoc lidem v akutní nouzi.

2.1 Účel sociálních služeb

V první řadě je důležité si uvědomit, co je posláním sociálních služeb. „Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem – umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí na okraji společnosti.“ (Dolanský, 2008, str. 121)

Podle Dolanského (2008) je také cílem sociálních služeb:

- Podporovat rozvoj nebo soběstačnost uživatele, jeho návrat do domácího prostředí a návrat nebo zachování jeho životního stylu
- Umožnit uživatelům, pokud toho budou schopni, vést samostatný život

- Snížit sociální a zdravotní rizika, která souvisejí se způsobem života uživatelů

Matoušek (2007) zase vidí cíl sociálních služeb v tom, že chrání občana tím, že v jeho prospěch něco konají.

2.2 Legislativní zakotvení sociálních služeb v České republice

Nejdůležitějším dokumentem v oblasti sociálních služeb je zákon o sociálních službách, který byl přijat v květnu 2006 a byl vydán ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006 Sb.

Mezi nejdůležitější změny po přijetí zákona o sociálních službách je především příspěvek na péči, nová kategorizace sociálních služeb, zavedení smluvního principu, povinnost registrace poskytovatele sociálních služeb u krajských úřadů a stanovení předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka. (Matoušek, 2007)

Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. „ Účelem této dávky je umožnit osobě, aby si podle vlastního uvážení zajistila potřebnou pomoc, a to buď v rámci rodiny anebo prostřednictvím poskytovatele sociálních služeb formou poskytnutí některé ze sociálních služeb, popřípadě prostřednictvím jiné fyzické nebo právnické osoby“ (Králová, Rážová, 2007, str. 14)

Sociální služby se podle nové právní úpravy dělí na (Matoušek, 2007):

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence

Zákon rovněž rozděluje formy, v jakých se mohou tyto služby poskytovat:

- Pobytové
- Ambulantní
- Terénní

Sociální poradenství se rozděluje na základní a odborné. Základní poradenství zahrnuje „poskytování potřebných informací přispívajících k řešení nepříznivé sociální situace“, odborné sociální poradenství „je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin ve specializovaných poradnách“ (§ 37 zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.).

Služby sociální péče definuje zákon jako služby, které „napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.“ (§38 zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.). Mezi služby sociální péče řadí zákon následující:

- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčítatelské služby
- Podpora samostatného bydlení
- Odlehčovací služby
- Centra denních služeb
- Denní stacionáře
- Týdenní stacionáře
- Domovy pro osoby se zdravotním postižením
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Chráněné bydlení
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Služby sociální prevence jsou zákonem vymezeny jako služby, jež „napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální

situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, pro sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“ (§ 53 zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.)

Zákon o sociálních službách upravuje druhy sociálních služeb:

- Raná péče
- Telefonická krizová pomoc
- Tlumočnické služby
- Azylové domy
- Domy na půl cesty
- Kontaktní centra
- Krizová pomoc
- Nízkoprahová denní centra
- Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- Noclehárny
- Služby následné péče
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- Sociálně terapeutické dílny
- Terapeutické komunity
- Terénní programy
- Sociální rehabilitace

Vzhledem k tomu, že v praktické části budu výzkum provádět v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, v následující podkapitole se budu podrobněji věnovat tomuto zařízení.

2.3 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

„Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Jedná se o zabezpečení komplexní, zpravidla trvalé péče. Pobyt v tomto zařízení nahrazuje domácí prostředí.“ (§ 48 zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.)

Služby poskytované v domovech pro osoby se zdravotním postižením obsahují tyto základní činnosti a úkony (§ 48 zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.):

- **Poskytnutí ubytování**
- **Poskytnutí stravy**
- **Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:**
 - a) Pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek
 - b) Pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík
 - c) Pomoc při vstávání z lůžka, ulehání, změnách poloh
 - d) Pomoc a podpora při podávání jídla a pití
 - e) Pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru
- **Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu**
- **Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:**
 - a) Pracovně výchovná činnost

- b) Návuk a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností
- c) Vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění
- d) Volnočasové a zájmové aktivity
- **Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím**
 - a) Podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů
 - b) Pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob
- **Sociálně terapeutické činnosti:**

Socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob
- **Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**

3 OSOBNOST V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Dříve než se dostanu přímo k osobnostem pracujícím v pomáhajících profesích, vymezila bych nejdříve pojem pomáhající profese.

„Pomáhající profese jsou profese vznikající v souvislosti se slábnoucí úlohou rodiny a jiných tradičních systémů sociální podpory. Cílem pomáhajících profesí je institucionalizované poskytování této podpory. V širokém pojetí k nim patří medicína, psychologie, pedagogika, sociální práce. Centrem zájmu pomáhajících profesí by měl být klient jako osoba se všemi svými rolemi. O tom, kdo se stane klientem pomáhajících profesí, rozhoduje stát, profesní asociace a státní i nestátní agentury poskytující služby. Profesionálové vykonávající pomáhající profesi jsou závislí na klientech, protože klienti ospravedlňují existenci jejich profese. Pomáhající profese kladou na pracovníky specifické nároky. Počítá se mezi ně fyzická i psychická zdatnost, inteligence, přitažlivost pro klienty, důvěryhodnost, komunikační dovednosti, empatie. Emocionální zátěž pomáhajících pracovníků je vysoká zejména při práci s klienty, jejichž odezva je minimální či nesrozumitelná (lidé s autismem, s mentálním postižením, s duševní nemocí) nebo je jejich chování z hlediska obecné morálky nepřijatelné.“ (Matoušek, 2003, s. 149)

Z této definice již vyplývá, jak moc je vykonávání tohoto povolání náročné nejen fyzicky, ale především po psychické stránce.

Existuje řada povolání, jejichž hlavní náplní je právě pomáhání lidem: zdravotní sestry, pedagogové, sociální pracovníci, pečovatelky, psychologové. „Pomáhající povolání mají mnohé svérázné rysy. Mimo jiné je to práce, která nám může energii dokonce dodávat, ale zrovna tak se může stát upírem, který ji vysává.“ (Kopřiva, 2006, s. 94)

Pomáhající profese patří k těm, které mohou nadchnout, které jsou s to angažovat člověka celého. Tato povolání skýtají příležitost k překonání pocitu osamělosti a nejspíše sebeúcty pomocí kontaktu s klientem. (Kopřiva, 2006)

Pomáhající pracovník často cítí potřebu být lidem potřebný. Kdo potřebuje být potřebný, vzdává se uskutečňování svých důležitých potřeb a o to víc se stará o druhé – aby se tak vyhnul pocitu samoty a zbytečnosti. „Představujeme si, že kdysi dávno vyřešil svou bezvýchodnou dětskou situaci tím, že se rozhodl raději nic nepotřebovat. Dnes už je mu

toto řešení na obtíž, ale cesta ke zdravému řešení je blokována bolestnými pocity. Nemůže se cítit jako člověk, jehož existence je stejně smysluplná jako existence druhých, a tak se stává prostředkem štěstí ostatních“ (Kopřiva, 2006, s. 25 – 26)

„Paradoxem pomáhajících povolání je i to, že uskutečňování lásky k bližnímu je profesí, a tudíž zdrojem hmotného a společenského úspěchu pomáhajícího. Oba motivy mohou do pomáhání vstupovat rušivě. Tam, kde se stávají určitými faktory profesionálního působení příslušníka pomáhající profese, je třeba mít na paměti, že jde již o podnikání, tedy činnost kvalitativně odlišnou od profesionálního působení.“ (Kopřiva, 2006, s. 28)

3.1 Proč být tím, kdo pomáhá

Pomáhání i přijímání je obtížný a ambivalentní proces. V pomáhajících profesích je zásadní věcí pro každého pracovníka, zamyslet se nad svými motivy, které ho přivedly k tomuto zaměstnání. „Zkoumání těchto smíšených motivů zahrnuje přiznání si stinných stránek vlastních impulzů pomáhat, včetně touhy po moci a toho, jak naplníme své vlastní potřeby prostřednictvím pomoci druhým.“ (Hawkins, Shohet, 2004, s. 23)

Pohled do vlastních stínů - role pomáhajícího s sebou nese určitá očekávání. Lpění na této roli nám někdy brání vidět silné stránky klientů, zranitelnost nás samých i naši vzájemnou závislost. Pokud si budeme vědomi našich stinných stránek, budeme mít menší potřebu přisuzovat jiným, co nedokážeme přijmout sami u sebe. Pokud se zaměříme na vlastní stíny, budeme méně náchylní k fantaziím o vlastní všemocnosti, o tom, že změníme ostatní nebo svět, když přitom nedokážeme změnit sami sebe. (Hawkins, Shohet, 2004)

Zkoumání vlastních motivů – podle Guggenbühla-Craiga (2007, s. 79) je důležité, aby si pomáhající pracovník odpověděl na otázky „co podněcuje psychoterapeuta k tomu, aby se pokoušel pomáhat lidem v emočních nesnázích? Co je popudem pro psychiatra, aby se zabýval duševně nemocnými? Proč má sociální pracovník zájem o společensky nepřízpůsobivé jedince?“ Odpověď na naši otázku, co nás k této práci vede, přináší rozšíření našeho porozumění.

Touha po moci – spousta pracovníků, kteří si položí otázku, co je vede k tomuto zaměstnání, jistě odpověděla, že chtějí pomáhat, starat se a léčit. Často se ale objevuje i skrytá potřeba moci řídit části životů lidí, kteří potřebují pomoc. (Hawkins, Shohet, 2004)

Naplnování našich vlastních potřeb – při výcviku se pracovníci učí věnovat pozornost potřebám klientů a je často obtížné se soustředit na vlastní potřeby. Dokonce je to i považováno za sobecké, ale i přesto tyto naše potřeby zůstávají. Jsou přítomny v samotné motivaci k práci, kterou děláme. Popření těchto našich potřeb může být škodlivé. Když si uvědomíme svoje vlastní potřeby, dokážeme lépe „dávat“ našim klientům. (Hawkins, Shohet, 2004)

Přání léčit – přání léčit je základní společnou touhou pomáhajících i nepomáhajících.

Pokud jsme schopni přijmout vlastní zranitelnost a nesnažíme se obhájit, je to cenná zkušenost pro nás i pro naše klienty. „Můžeme dávat, protože cítíme, že máme co dát, a ne jen proto, že se toho klient dožaduje, nebo cítíme, že bychom měli. To klade na pomáhající odpovědnost za vlastní aktivitu v úsilí uspokojovat vlastní potřeby.“ (Hawkins, Shohet, 2004, s. 28)

3.2 Lidský vztah jako součást profese

Jak již z výše uvedeného vyplývá, v pomáhajících profesích hraje nejdůležitější roli lidský vztah mezi pomáhajícím profesionálem a jeho klientem. Hlavním nástrojem pracovníka je jeho osobnost. I jiné profese než pomáhající se odehrávají v kontaktu s lidmi – advokát manažér, úřednice za přepážkou, holič. U těchto profesí ale stačí, pokud se pracovník chová v souladu s konvencí. U pomáhajících profesí se ale spíše očekává osobní vztah. Pomáhající pracovník se často setkává s lidmi v nouzi, v závislém postavení a u

těchto klientů je důležitou úlohou pomáhajícího pracovníka navodit atmosféru důvěry a spoluúčasti. (Kopřiva, 2006)

Úkolem každého pracovníka je každého klienta pochopit, zajímat se o něj, vcítit se do něj a přijímat ho, jaký je. A právě tím velkým problémem je pochopit a vcítit se opravdu do každého.

Dle amerického výzkumu, psychologové upřednostňují klienty mladé, atraktivní a inteligentní. A tak to nejspíš bude i u pomáhajících profesích. Práce ale s těmito mladými a atraktivními může mít různá úskalí. Pomáhající se může chtít bohatému, mocnému, slavnému či krásnému klientovi zalíbit a udělat na něj dobrý dojem. Dělat dobrý dojem a pomáhat jsou dvě odlišné věci. Důležité je, zda o tomto vedlejším motivu pomáhající ví, či nikoliv. Uvědomění motivu může stačit k tomu, aby motiv ztratil svou sílu. (Kopřiva, 2006)

Ne každý pomáhající pracovník dokáže najít lidský vztah k člověku v krajní nouzi. Mladí lidé se často ostýchají pracovat se starými, osamělými a postiženými lidmi. Bojí se stárí, samoty a tělesného či mentálního postižení. Při práci se starými, chudými, osamělými a postiženými lidmi hodně záleží na osobní filozofii pomáhajícího. Při práci se starými či postiženými lidmi je důležité si uvědomit, že je to vždy jedna z forem existence, která má i svůj pozitivní potenciál. (Kopřiva, 2006)

Obtížná je i práce s morálně slabými klienty. Často sociální pracovníci musí jednat s otcem zneužívajícím vlastní dceru, s lidmi zanedbaného až odpudivého zevnějšku, s agresivními a arogantními lidmi apod. Takové formy jednání mohou u pomáhajícího pracovníka vyvolat mravní odsudek. Přitom ale u pomáhajících profesí neplatí, aby vynášeli mravní soudy nad klienty. Je sice zapotřebí učinit určitá opatření k tomu, aby klient nemohl uškodit pomáhajícímu, spolubydlícímu, členům své rodiny nebo jiným lidem. To ale můžeme udělat i bez morálního odsudku. (Kopřiva, 2006)

3.2.1 Hranice mezi pomáhajícím pracovníkem a klientem

Důležité je při vztahu s klientem udržet si svou hranici. Tato hranice určuje, co je záležitostí mou a co je záležitostí druhého. Každý z účastníků vztahu může rozdělení kompetencí chápat odlišně. (Kopřiva, 2006)

Hlavním problémem při pomáhání je splývání, kdy pracovník bere klientovy záležitosti za svoje vlastní. Pomáhající pracovník se často potýká se starostmi, jak uhájit svou hranici vůči manipulaci ze strany klienta. Je také třeba rozlišovat splývání ze soucitu a splývání vcítěním. Při soucitu se svým klientem se ztotožníme a můžeme ztratit hranice. Při empatii si dovedeme představit, co se v druhém děje, ale zůstáváme sami sebou. Zde je nejdůležitější asertivita. „Mezi asertivní dovednosti patří umět dát najevo své požadavky a trvat na nich, nebát se nesouhlasit, nestydět se o něco požádat, umět vyjádřit kompliment.“ (Kopřiva, 2006, s. 84)

„Jednotlivé pomáhající profese jsou si vědomy významu lidského vztahu pomáhajícího pracovníka ke klientům a mají pro něj svá řešení: etické zásady profese. Některé z etických kodexů stanovují požadavky, které je nemožné uskutečnit a které zřejmě mají být chápány jako přihlášení se k ideálu, o němž se ví, že je nedosažitelný.“ (Kopřiva, 2006, s. 90) Jiné požadavky etických kodexů jsou závazné. Především sociální pracovníci dávají velký zřetel na formulaci etických zásad a v některých zemích tvoří tzv. hodnoty sociálního pracovníka hlavní složku studia. Žádný etický kodex již ale neříká, jak se zachovat, když se pomáhajícímu nedaří nějaký požadavek naplnit. (Kopřiva, 2006)

3.3 Syndrom pomáhajících

V pomáhajících profesích se často hovoří o syndromu pomáhajících. Matoušek (2003, s. 232) ho definuje jako „projev, jimž pracovník pomáhající profese řeší své rané trauma odmítnutého dítěte. Protože trpí nedostatkem pochopení a uznání, chce si je opatřit ve vztahu, ve kterém má mocenskou převahu – ve vztahu k někomu, kdo je aktuálně v nevýhodě. Syndrom pomáhajících však není univerzálním motivem všech pracovníků v pomáhajících profesích.“

„Syndrom pomáhajících se projevuje zvláště zřetelně právě v tom, že slabost a bezmoc, otevřené doznání emocionálních problémů se přijímá a podporuje jen u druhých, zatímco vlastní obraz sebe musí naopak za každou cenu zůstat prostých takových „skvrn“ .“ (Schmidbauer, 2000, s. 16)

Častou duševní poruchou při syndromu pomáhajících je deprese, která signalizuje slabost a neschopnost dostat požadavkům vlastního ideálu Já. Pro pomáhajícího je těžké akceptovat pomoc sám pro sebe. „Protože k jeho obranné struktuře patří pomáhat druhým na účet vlastních přání pudové povahy, odmítá vlastní potřebnost pomoci a přijímá pomoc nanejvýš ve formě „dalšího vzdělávání“, aby se ještě zdokonalil svou schopnost výkonu pomoci.“ (Schmidbauer, 2000, s. 20) Je to tak trochu paradox, protože pracovník pomáhajících profesí se snaží svým klientům vysvětlit, že přijímání pomoci od druhého není ostuda. Sám ale tuto pomoc odmítá.

Základem terapie a prevence syndromu pomáhajících je především vzdělávání v pomáhajících profesích. V současnosti je vzdělávání spíše směřováno směrem k tomu, že je pomáhajícím vštěpováno, aby se cítili špatní a méněcenní, jestliže nedostojí přísným, přetěžujícím normám a učí se, že chyby v jejich výkonu pomoci jsou něčím neblahým, co vede k hrozným důsledkům. Vzdělávání by spíše mělo zahrnovat i elementy emocionální výchovy a sebezkušenosti. Další důležitou věcí je oddělení zaměstnání a soukromého života. Pokud se i pomáhající naučí myslet více na sebe, dokáže se pak také lépe věnovat svým klientům a přizpůsobit se jim. (Schmidbauer, 2000)

Tento syndrom pomáhajícího jsem zde uvedla především pro to, že pracovník s tímto syndromem pomáhajícího má velký předpoklad k tomu, že se u něj projeví syndrom vyhoření, kterému se budu věnovat v další kapitole a který je stěžejním tématem mé diplomové práce.

4 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření byl jako jev identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Původně byl spojován se stavem alkoholiků, když kromě alkoholu ztratili o vše zájem. (Křivohlavý, 1998) Později se tento pojem rozšířil i do oblasti drogových závislostí, předcházela například i pojmu workholik. Poprvé tento pojem použil psycholog Freudenberger v knize *Burnout: The Cost of High Achievement*. V této knize definoval syndrom vyhoření jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kdy péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Nejdříve bylo popisováno vyhoření u personálu „alternativních“ léčebných zařízení. Poté se ale ukázalo, že tento syndrom vyhoření se objevuje i u dobře placeného personálu ve vyšších pozicích, u lékařů, psychiatrů, zdravotních sester, učitelů i sociálních pracovníků. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Syndromu vyhoření se dosud v odborné české literatuře věnovalo málo publikací. Jedinou monotematickou knihou, která se věnuje tématu syndromu vyhoření, je „Jak neztratit nadšení“ od Jaro Křivohlavý. Nicméně tomuto tématu se začíná věnovat mnoho autorů v časopisecky publikovaných pracích v oblasti psychologie, pedagogiky a zdravotnictví a jsou překládány knihy k tomuto problému od zahraničních autorů. (Kebza, Šolcová, 2006)

Vyčerpání, pasivita a zklamání ve smyslu syndromu vyhoření se dostavuje jako reakce na převážně pracovní stres. Jako vyhoření bývá popisován „stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků.“ (Kebza, Šolcová, 2006, s. 7)

4.1 Zátěžové situace

Zátěžové situace mohou mít velký vliv na vznik a vývoj syndromu vyhoření, mohou být i jednou z hlavních příčin. Jednotlivé zátěžové situace mohou mít kromě syndromu vyhoření i svůj význam pro vznik psychických poruch a být příčinou dalších potíží.

Zátěžovou situací může být stres, frustrace, konflikt, krize a deprivace. Tyto zátěžové situace většinou vyhoření v převážné míře předcházejí. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.1 Stres

Podle Nakonečného (In Švingálová, 2006) 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.

„Stres je soubor reakcí organismu na podněty (stresory), které narušují normální funkci organismu. Jedinec je vystaven takovým nárokům (zátěži), o nichž se domnívá, že k jejich zvládnutí nemá dostatečnou adaptační kapacitu. Podstatná je tedy subjektivita emočního a kognitivního zpracování situace, to, zda člověk subjektivně prožívá a interpretuje situace či podněty jako zátěžové (stresové). (Švingálová, 2006, s. 9)

Znaky stresových situací jsou:

- Pocit neovlivnitelnosti situace
- Pocit nepředvídatelnosti vzniku stresové situace
- Pocit nezvládnutelnosti stresové situace
- Nepříjemný tlak okolností vyžadujících příliš mnoho změn

Člověk reaguje na stres ve třech fázích:

- Fáze aktivace obranných reakcí a uvědomění si zátěže
- Fáze hledání účelných strategií, které vedou ke zvládnutí, nebo alespoň ke zmírnění účinků stresu
- Fáze zvládnutí stresu či fáze rozvoje stresem podmíněných poruch (Vágnerová, 2004)

Stres může být i pozitivní – může být aktivačním činitelem, pokud nepřekročí určitou úroveň. Bez stresu by bylo málo pozitivních změn a konstruktivních činností. Negativně stres působí, je-li příliš velký, nadměrný, dlouhodobý a jedinec jej nezvládá.

Každý stres vnímá jinak – každý máme jinou schopnost stres zvládat. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.2 Frustrace

„Jako frustraci označujeme situaci, kdy je člověku znemožněno dosáhnout uspokojení nějaké subjektivní důležité potřeby, ačkoli byl přesvědčen, že tomu tak nebude.“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 10) Frustrace je tedy „neočekávaná ztráta šance na uspokojení“. (Jeklová, Reitmayerová, 2006, str. 10)

Tuto situaci může vyvolat prožitek zklamání. Tento prožitek nemusí ale vždy vyvolat nepřiměřené reakce a může být i do značné míry žádoucí, protože člověka nutí hledat jiná řešení a napomáhá tak rozvoji jeho schopností. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.3 Konflikt

Konflikt patří mezi běžné potíže, s nimiž se člověk často setkává. Negativní vliv má konflikt ale až tehdy, jestliže je skutečně závažný, trvá příliš dlouho, zahrnuje osobně důležitou oblast a pokud jej člověk není schopen řešit. Z tohoto hlediska jsou významné tzv. vnitřní konflikty, které se odehrávají ve vědomí člověka. Závažnějším zátěžovým faktorem se stávají konflikty tehdy, jestliže došlo k jejich kumulaci. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.4 Trauma

Trauma je „náhlá vzniklá situace, která vede k umělému poškození nebo ztrátě. Ztrácíme pocit jistoty a bezpečí, prožíváme úzkost, obavy do budoucna, smutek (například smrt blízké osoby, účast při neštěstí, živelné pohromě apod.).“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 11)

Trauma narušuje objektivitu jedince a projevuje se především v oblasti chování člověka, chová se neadekvátně, může se vyskytnout panika, deprese apod. Po několika měsících po prožití traumatu může dojít i k posttraumatické stresové poruše. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.5 Krize

„Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhocení situace či dlouhodobé kumulace, nárůstu problémů (například selhání v zaměstnání, manželské problémy apod.).“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 11)

Znakem krize je, že selhaly adaptační mechanismy – dosud užívané způsoby přestaly být funkční, člověk hledá jiné. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.6 Deprivace

Jak uvádí Vágnerová (In Jeklová, Reitmayerová, 2006): „Je to vztah, kdy významné potřeby (fyziologické či psychické) nejsou uspokojovány v dostatečné míře, přiměřeným způsobem a po dostatečně dlouhou dobu.“ Podstatným znakem deprivace je její delší trvání. Deprivace patří k nejzávažnějším zátěžovým vlivům, protože může ovlivnit jak aktuální psychický stav jedince, tak i jeho psychický vývoj do budoucna. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.1.7 Zvládání zátěžových situací

„Míra odolnosti vůči zátěžím závisí jednak na vrozených předpokladech, jednak na dosažené vývojové úrovni, ale i na individuálních zkušenostech a celkovém aktuálním stavu jedince. Pokud zátěž překročí míru vlastní frustrační tolerance, nastupují různé

způsoby obrany, které jedince využívá k tomu, aby opět dosáhl duševní rovnováhy.“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 12.)

Těmito nejčastějšími způsoby obrany jsou (Jeklová, Reitmayerová, 2006):

- Útok – je to tendence s určitou ohrožující a nepřijatelnou situací bojovat
- Agrese – jsou to verbální i neverbální projevy násilí vůči sobě i ostatním. Mezi nejčastější projevy patří verbální obviňování i sebeobviňování, sebevražedné tendence, porušování sociálních norem mezi lidmi a omezování či poškozování lidí
- Únik – je to tendence utéci ze situace, která se jeví jako neřešitelná.

Mezi další obrané reakce patří popření, potlačení, vytěsnění, různé druhy fantazií, racionalizace, sublimace, regrese, identifikace, substituce, projekce, rezignace a další. (Vágnerová, 2004)

4.2 Projevy vyhoření

Základními projevy vyhoření nejčastěji bývají (Jeklová, Reitmayerová, 2006):

- Tělesné vyčerpání
- Emocionální vyčerpání
- Únava
- Popudlivost
- Nedůvěřivost
- Depresivita
- Negativní a cynický postoj k vlastní práci a ke klientům (pacientům, občanům, žákům atd.)

Toto jsou sice nejčastěji projevy syndromu vyhoření, ale nemusí samy o sobě znamenat přítomnost vyhoření. „Syndrom vyhoření bývá označován jako“fenomén prvních let v zaměstnání“, kdy po vysokých očekáváních, entuziasmu a „profesní mytologii“ nastává zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace. Jakou roli hrají při vyhoření osobnostní proměnné, je zatím nejasné. Mnoho expertů však za hlavní příčinu vyhoření považuje

podmínky pracoviště, okruh spolupracovníků a další sociologické faktory.“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 14)

První cesta, která vede k syndromu vyhoření bývá ztráta ideálů, kdy na počátku je nadšení, upřímné těšení se z nového zaměstnání, ztotožnění se s novými úkoly, týmem kolegů apod. Postupem času ale začnou narůstat potíže, dochází ke střetu ideálů s realitou, kdy jedinec zjistí, že ne všechny věci jsou takové, jak si jedinec představoval a ne každý jedinec se s tím dokáže „srovnat“ a z tohoto důvodu může dojít ke ztrátě důvěry ve vlastní schopnosti, ztrátě smysluplnosti práce. V této chvíli velice záleží na podpoře přátel, pracovního týmu, zázemí rodiny a samotné osobnosti dotyčného jedince, jak se se střetem vyrovná. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Druhou cestou je workholismus. Jde o závislost na práci. Třetí cestou je teror příležitosti, kdy se nám jeví každá nová zakázka jako zajímavá a lákavá příležitost, které by bylo škoda nevyužít. Všechny tyto zakázky nám ale spotřebovávají veškerý čas a energii a právě neschopnost slevit může vést k syndromu vyhoření. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Téměř u každého pracovníka se projeví po určitém čase některé z projevů syndromu vyhoření. Poté syndrom vyhoření buď propukne nebo se jej podaří zvládnout prostřednictvím zlepšení podmínek organizace nebo vlastními silami ohroženého jedince. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.3 Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření

Rizikové faktory pro vznik syndromu vyhoření můžeme rozdělit na tzv. vnější a vnitřní rizikové faktory. „Vnější faktory se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o situaci v osobním životě jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme, a podmínky, které na nás každodenně klade. Vnitřními faktory pak můžeme nazývat různé osobnostní charakteristiky daného člověka, které podporují vznik vyhoření, dále pak stav organismu, především fyzický stav, a následně i způsoby chování a reagování v různých situacích, které jedinec používá.“ (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 15)

4.3.1 Vnější rizikové faktory

Mezi vnější rizikové faktory tedy patří zaměstnání a organizace práce, rodina a společnost.

Zaměstnání a organizace práce – dlouhodobé a opakované jednání s lidmi, nedostatek personálu, času, finančních prostředků, odborných zkušeností, nedostatek odpočinku v průběhu práce, příliš mnoho pracovních úkolů, pracovní přetížení, nedostatek ocenění práce ze strany vedení či klientů, příliš náročné pracovní podmínky, existence náročných soutěživých podmínek na pracovišti, snížená možnost tvůrčího rozvoje pracovníků, pracovní rutina, odmítání ze strany druhých, klientů i nadřízených, špatní manažeři či nadřízení apod.

Rodina – přehnaná pozornost problémům ostatních, neutěšené bytové či finanční podmínky, nemoc či jiná zátěž v rodině, partnerské problémy a konflikty

Společnost – soutěživý charakter naší společnosti, falešný obraz úspěchu (úspěšný člověk je ten, kdo dostatečně vydělává peníze, má rodinu, prestižní zaměstnání...), tlak vyvíjený na ženy v domácnosti, aby nastoupily do práce, tempo naší společnosti, snaha nebýt pozadu za ostatními (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.3.2 Vnitřní rizikové faktory

Mezi vnitřní rizikové faktory lze zařadit (Jeklová, Reitmayerová, 2006):

- Přílišné nadšení pro práci
- Vnitřní tendence k soutěživosti, ke srovnávání s druhými
- Subjektivní vnímání obtížnosti vlastních životních podmínek
- Špatné vnitřní sebehodnocení
- Silné vnímání neúspěchu
- Špatný fyzický stav
- Nepravidelní denní biorytmus
- Snaha udělat si všechno sám
- Nízká úroveň zdravé asertivity, neschopnost říci „ne“
- Nezvládnutí konfliktů

- Potřeba mít vše pod kontrolou
- Neschopnost aktivního i pasivního odpočinku či relaxace
- Přílišná odpovědnost a pečlivost
- Kladení příliš vysokých nároků na sebe sama
- Neschopnost přibrzdit

Čím více se u jedince vyskytuje rizikových faktorů, tím existuje větší pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření.

4.4 Stádia a fáze vyhoření

Edelwich a Brodsky (In Mallotová, 2000) nabízí toto dělení:

1. **nadšení** – na počátku je vždy nadšení a nereálné očekávání, práce je pro jedince nejdůležitější součástí života, dobrovolně se přepracovává
2. **stádium stagnace** – jedinec slevuje ze svých očekávání, začíná se zaměřovat na uspokojování vlastních potřeb v podobě platu, volného času apod.
3. **stádium frustrace** – jedinec pochybuje o smyslu své práce a jestli má vůbec význam někomu pomáhat, objevují se první fyzické a psychické potíže, problémy ve vztazích
4. **apatie** – jedinec je trvale frustrován, neschopen změnit situaci podle svých očekávání
5. **stadium intervence** – může jím být přerušeni práce, životní změna, více času pro svoje vlastní zájmy, přehodnocení situace

Další členění nabízí A. Laengle (In Jeklová, Reitmayerová, 2006):

1. **fáze nadšení** – člověk se pro něco nadchne, má konkrétní cíl, jeho konání mu přijde smysluplné
2. **fáze vedlejšího zájmu** – z prostředku se začíná stávat cíl. Zde se stal žadoucím vedlejší produkt, což jsou prostředky, které za tuto práci získává.

- 3. fáze popela** - jedinec ztrácí úctu k ostatním lidem, ke klientům, nerespektuje je, ztrácí smysl života

Hartl, Hartlová (2000) vývoj syndromu vyhoření rozdělují do těchto fází:

- 1. předchorobí** – jedinec by chtěl pracovat co nejlépe, touží po úspěchu, ale ten nepřichází
- 2. symptomy prvního stádia** – jedinec nic nestáhá, jeho práce začíná ztrácet smysl
- 3. symptomy druhého stádia** – vyskytují se běžné neurotické symptomy a výsledkem je chaos
- 4. symptomy třetího stádia** – jedinec se obrací ve vzor, že „nemusí“ nic, kolegové jej obtěžují, zůstala jen únava a zklamání.

Vždy se tedy na začátku objevuje velké nadšení pro práci, pocit smysluplnosti, směřování k cíli, na konci je to vždy ztráta těchto věcí, které vedou k vnitřnímu rozkladu a často vše končí tím, že jedinec zaměstnání opouští. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.5 Prožívání vyhoření

Projevy závisí na povaze jedince. Někdo má spíše tendence stahovat se do vlastního světa, nereagovat, nebude se kontaktovat ani se svou rodinou a spolupracovníky, bude se před svým okolím uzavírat. Druhý naopak bude působit agresivně, bude napadat svou práci i ostatní, zpochybňovat její výsledky i smysluplnost. Projevy tedy závisí na osobnostních charakteristikách daného jedince. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Psychické příznaky

Mezi psychické příznaky patří ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti, nechuť či lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, k práci, k instituci, ke společnosti, k životu, únik do fantazie, potíže se soustředěním, sklíčenost, pocity bezmoci, popudlivost, agresivita, nespokojenost a pocity nedostatku uznání. V extrémních případech

může tento stav vést až k vypuknutí duševní nemoci či k sebevražedným úmyslům. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Tělesné příznaky

Mezi tělesné příznaky patří poruchy spánku, chuti k jídlu, náchylnost k nemocem, vegetativní obtíže (srdce, dýchání, zažívání), rychlá unavitelnost, vyčerpanost, svalové napětí, vysoký krevní tlak. Lidé trpící syndromem vyhoření se stěžují na bolesti hlavy, pocity nevolnosti, napětí svalů, šíje a zad, bolesti zad, změny tělesné hmotnosti apod. Tyto lidé se mohou snažit uniknout ze svého stavu pomocí alkoholu, cigaret, jídla apod. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Sociální vztahy

Při syndromu vyhoření dochází i ke změnám v sociálních vztazích. Ubývá angažovanosti a snahy pomáhat problémovým klientům. Dochází k omezení kontaktů s klienty a jejich příbuznými, k omezení kontaktů s kolegy a přibývá konfliktů v soukromí. Pro lidi trpící syndromem vyhoření už nejsou zdrojem energie a uspokojení ani jejich vlastní rodina a přátelé. Tito lidé přestávají vnímat, že lidé kolem něho mají stejné pocity a myšlenky jako on a vidí své klienty spíše jako problém. (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

4.6 Rizikové profesní skupiny

Kebza, Šolcová (In Švingálová, 2006) uvádějí přehled profesních skupin, u nichž lze předpokládat vznik a rozvoj syndromu vyhoření:

- Lékaři
- Zdravotní sestry
- Další zdravotní pracovníci
- Psychologové
- Sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech

- Učitelé na všech stupních škol
- Pracovníci pošt všeho druhu
- Dispečeri a dispečerky
- Policisté, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek
- Profesionální funkcionáři
- Politici
- Manažeři
- Poradci a informátoři
- Úředníci v bankách, úřadech a orgánech státní správy
- Příslušníci ozbrojených sil
- Duchovní a řádové sestry
- Nezaměstnané kategorie (umělci, sportovci nebo osoby samostatně výdělečně činné), které jsou v kontaktu s ostatními lidmi a jsou závislé na jejich hodnocení.

Další rizikovou skupinou ohroženou syndromem vyhoření jsou lidé se syndromem pomáhajících, který jsem již uváděla ve čtvrté kapitole mé diplomové práce, proto se již nyní jím nebudu podrobněji zabývat.

4.7 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků

Vzhledem k tomu, že se ve své diplomové práci zabývám syndromem vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením, tedy pracujících v sociální sféře, v této kapitole se nyní budu věnovat podrobněji syndromem vyhoření u těchto pracovníků.

Matoušek (In Švingálová, 2006) považuje za obecnou příčinu vzniku syndromu vyhoření u sociálních pracovníků zvláštní nároky profese, které vyplývají z intenzivního kontaktu s lidmi využívajícími sociální služby. Specifikou těchto osob je, že:

- Jejich potřeby jsou akcentované
- Jejich psychika není vyvážená
- Jejich představa o přiměřené pomoci není vždy realistická
- Často jde o osoby handicapované

- Může jít o osoby těžce nemocné nebo umírající
- Část klientů je tzv. nedobrovolných
- Jsou nedostatečně motivováni ke spolupráci
- Jsou agresivní, hyperkritičtí
- Snaží se zneužívat sociální služby

„Stres a syndrom vyhoření u sociálních pracovníků vyplývá ze zvláštních nároků profese, které vyplývají z intenzivního kontaktu se specifickými klienty využívajícími sociální služby.“ (Švingálová, 2006, s. 74)

K rozvoji syndromu vyhoření u sociálních pracovníků přispívají především pracoviště (Švingálová, 2006):

- Kde není věnována pozornost potřebám personálu
- Kde noví členové nejsou zacvičení personálem zkušeným
- Kde neexistují plány osobního rozvoje
- Kde chybí supervize
- Kde pracovník nemá příležitost sdělit někomu kompetentnímu, na jaké potíže při práci narazil, a poradit se s ním o možných řešeních
- V nichž vládne soupeřivá atmosféra
- V nichž spolu rivalizuje několik znepřátelených skupin pracovníků
- Se silnou byrokratickou kontrolou chování personálu, popř. klientů

K rychlejšímu nástupu syndromu vyhoření přispívá i vyšší vzdělání, protože lidé s vyšším vzděláním očekávají od práce více a více do ní investují. Podstatná je i doba strávená na jedné pracovní pozici v jednom zaměstnání. (Švingálová, 2006)

Mezi typické projevy syndromu vyhoření patří (Švingálová, 2006):

1. neangažovaný vztah ke klientům, snaha vyhýbat se intenzivním a delším kontaktům s nimi
2. lpění na standardních a zavedených postupech, ztráta citlivosti pro potřeby klientů, ztráta schopnosti tvořivě přistupovat k práci
3. práci je věnováno nutné minimum energie, pracovník se výrazně víc než v práci angažuje v mimopracovních aktivitách
4. preference administrativních činností a činností směřujících ven z vlastní instituce před činnostmi, jež vyžaduje kontakt s klienty

5. důraz na pracovní pozici, na služební postup, na formální pravomoci, na mzdu, na jiné výhody plynoucí ze zaměstnání
6. v úvahách o účinnosti služby, příp. i o budoucnosti klientů převládá skepse
7. časté pracovní neschopnosti, žádosti o neplacené volno
8. omezování komunikace s kolegy, někdy i konflikty s nimi
9. pocity depersonalizace, vyčerpání
10. v ojedinělých případech i zneužívání klientů

4.8 Diagnostikování syndromu vyhoření

Diagnostikování stavu psychického vyhoření jde různými způsoby. Mezi nejznámější způsoby patří Orientační dotazník, Dotazník BM – Burnout Measure a MBI – Metoda Maslach Burnout Inventory.

Orientační dotazník

Autory tohoto dotazníku jsou Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman. Dotazník je typu diagnostické samoobsluhy – je tedy vhodný pro každého, kdo si chce sám zjistit, jak to s ním vypadá. Klad této metody je v tom, že respektuje psychické vyhoření jako proces a ne jako momentální stav. (Křivohlavý, 1998)

Dotazník se skládá z 24 otázek a tvrzení, na které lze odpovědět ano či ne. Pokud je většina odpovědí typu „ano“, pak to naznačuje, že jde o možnost zrodu psychického vyhoření. (Křivohlavý, 1998)

Dotazník BM – Burnout Measure

Autory tohoto dotazníku jsou Ayala Pines, PhD a Elliot Aronson, PhD.

„Dotazník má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM má i vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná – např. spolupracovník, člen rodiny atp.“ (Křivohlavý, 1998, s. 38)

Vzhledem k tomu, že Dotazník BM – Burnout Measure jsem si zvolila jako výzkumnou metodu ve svém výzkumu, podrobněji tento dotazník popíši v praktické části.

MBI – Metoda Maslach Burnout Inventory

Metoda MBI patří mezi nejpoužívanější metody k odbornému vyšetření syndromu vyhoření. Touto metodou se zjišťují tři faktory (činitelé):

EE – emotional exhaustion – emocionální vyčerpání

DP – depersonalizace – ztráta úcty k druhým lidem jako k lidským bytostem

PA – personal accomplishment – snížení výkonnosti (Křivohlavý, 1998)

V dotazníku BMI je 9 otázek zaměřených na EE, 5 otázek na DP a 8 otázek zaměřených na PA. Odpovídá se u každé otázky na sedmistupňové odpovědní škále.

V roce 1981 publikovala tuto metodu dvojice Maslach a Jackson a v roce 1986 došlo k úpravě metody MBI.

Syndrom vyhoření se ale nezjišťuje jen dotazníky, při diagnostikování syndromu vyhoření lze využít tzv. sémantický diferenciál (odlišení jemných odstínů ve významu slov), kde se pracuje s tzv. adjektivy. Mezi adjektivy je škála a odpověď se uvádí ležatým křížkem podle toho, kde se odpovídající domnívá, že se nachází. (Křivohlavý, 1998)

4.9 Prevence syndromu vyhoření

Při prevenci syndromu vyhoření hraje významnou roli **vysokoškolská příprava pracovníků pomáhajících profesí**, která je zaměřena na sociálně psychologický výcvik a praktické komunikativní dovednosti a vztahové kompetence pomáhajícího pracovníka.

Důležitá je při prevenci syndromu vyhoření **psychohygienu**. Kebza, Šolcová (In Švingálová, 2006) zpracovali několik užitečných zásad pro duševní hygienu pro profesionály pracující s lidmi – tou nejdůležitější zásadou je vytvořit si **odstup od klientů**, k čemuž slouží tyto techniky:

Sémantické odosobnění, kdy se klient stává kauzou, pacientem, klientem

Intelektualismus – profesionál hovoří o klientovi bez emocí, bez osobního přístupu

Izolace – jasné rozlišení profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem

Dále je také třeba dodržovat další **doporučení** (Švingálová, 2006):

- Najít v práci optimální stupeň osobní angažovanosti ve vztahu ke klientům
- Dodržovat pestrý režim práce
- V rámci pracovního dne dělat přestávky a využít je k regeneraci sil
- Důsledně oddělovat pracovní život od osobního
- Pracovní neúspěchy je třeba negeneralizovat, hodnotit je v širším kontextu a především z hlediska snahy
- Dbát o dobré sociální zázemí, vážit si sociální podpory
- Mít realistické nároky na sebe, připustit si svoji nedokonalost
- Stanovit si priority
- Být dostatečně asertivní
- Umět delegovat úkoly na jiné
- Umět požádat o pomoc
- Nepotlačovat svoje pocity, mluvit o nich, vyjadřovat je, světit se.

Důležitou součástí prevence syndromu vyhoření je i kvalitní **supervize**. Supervizím je ale v České republice věnována pozornost především jen v oblasti medicíny a psychologie. V oblasti sociální práce se supervize začíná teprve rozvíjet. Hess (In Hawkins, Shohet, 2004) definuje supervizi jako „čistou mezilidskou interakci, jejímž obecným cílem je, aby se jedna osoba, supervizor, setkávala s druhou osobou, superevidovaným, ve snaze zlepšit schopnost superevidovaného účinně pomáhat lidem.“

Základní léčbou syndromu vyhoření je **psychoterapie**, ve které se využívá především existenciální psychoterapie – logoterapie a daseinanalýza. Užitečným také bývá **nácvik relaxačních technik**. Farmakoterapie je pouze léčbou podpůrnou. (Švingálová, 2006)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 POPIS VÝZKUMNÉHO PROBLÉMU

V teoretické části práce jsem se zaměřila na popis systému sociálních služeb v České republice a podrobněji jsem se v rámci této kapitoly věnovala Domovům pro osoby se zdravotním postižením, protože můj výzkum jsem prováděla právě v těchto zařízeních.

Dále jsem se v teoretické práci zamýšlela nad osobnostmi pracujícími v pomáhajících profesích, nad psychickými úskalími této profese, proč být tím, kdo pomáhá a jaký má být vztah mezi pracovníkem a klientem.

V závěru teoretické části jsem se zaměřila na popis problému syndromu vyhoření, na jeho diagnostikování a na prevenci syndromu vyhoření.

5.1 Cíle výzkumu

Cílem diplomové práce je analyzování stavu syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením. Pro porovnání stavu syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením provedu analýzu stavu syndromu vyhoření i u populace, která v pomáhajících profesích nepracuje.

Cílem mého výzkumu je zjištění, zda je významný rozdíl mezi výsledky Dotazníku BM – Burnout Measure identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením a výsledky Dotazníku BM – Burnout Measure identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících především v administrativě v obchodních firmách. Dále je cílem mého výzkumu zjištění, zda existuje významný rozdíl mezi výsledky Dotazníku BM – Burnout Measure identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe méně než 10 let a u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe více než 10 let.

Pro dosažení cíle výzkumu jsem si zvolila kvantitativní výzkum pomocí Dotazníku BM - Burnout Measure, jehož výsledky statisticky zpracuji pomocí statistické metody Studentův t-test.

5.2 Hypotézy

Na základě studia odborné literatury jsem si stanovila tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1 – U populace pracujících především v administrativě v obchodních firmách je identifikace syndromu vyhoření na základě dotazníku BM – Burnout Measure nižší než u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením.

Hypotéza č. 2 – U osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe více než 10 let je identifikace syndromu vyhoření na základě Dotazníku BM – Burnout Measure vyšší, než u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe méně než 10 let.

6 ZKOUMANÝ SOUBOR

Svůj výzkum jsem prováděla v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji a to v Zámečku Střelice a v Zeleném domě pohody v Hodoníně a dále ve firmách Wood & Paper, GEMMA systems a SUDOP Brno. Tyto firmy jsem si ve svém výzkumu nazvala jako kontrolní skupiny.

Zelený dům pohody v Hodoníně

Zařízení vzniklo v roce 1991 z iniciativy okresního výboru Sdružení pro pomoc mentálně postiženým v Hodoníně. K dispozici byl poskytnut objekt městských jeslí, který musel projít rozsáhlou rekonstrukcí. Byly vybudovány nové ložnice, upraveny denní místnosti a sociální zařízení. V září 1991 nastoupilo do týdenního pobytu Ústavu sociální péče pro mládež Hodonín 30 dětí, které byly dle věkové struktury a pohlaví rozděleny do tří samostatných oddělení. V té době fungovalo zařízení jako součást Okresního ústavu sociálních služeb v Hodoníně se sídlem v Kyjově. Od 1. 1. 1993 již působil jako samostatná organizace s právní subjektivitou, kterou zřizoval Okresní úřad v Hodoníně. Do funkce ředitelky byla jmenována Mgr. Ludmila Švachová, pod jejímž vedením se podařilo prosadit rozšíření stávajícího zařízení o provoz celoroční. Tento provoz měl být určen pro dospělé ženy. V roce 1999 - 2000 tedy proběhla přístavba a rekonstrukce objektu a v říjnu 2000 zde našlo domov 16 klientek. Dále se podařilo změnit skutečnost, že klienti týdenního pobytu mohli v zařízení zůstat pouze do svých 26 let. Toto omezení už tedy neplatí. Od 1. 1. 2003 je zřizovatelem zařízení Jihomoravský kraj. Od února 2005 jsou do celoročního pobytu zařazeni i chlapci.

Od roku 2007 došlo ke změně názvu. Z dosavadního Ústavu sociální péče pro mládež v Hodoníně se stal Zelený dům pohody. Zřizovatelem je Krajský úřad Jihomoravského kraje. Kapacita tohoto zařízení je 50 uživatelů. Zařízení má 39 zaměstnanců, z toho ve výchovném úseku 16 zaměstnanců.

Zámeček Střelice

Původní budovu ústavu si stavěl hrabě Albert Herberstein jako letní sídlo. Po 1. světové válce prodal budovu i s přílehlými pozemky kongregaci sester dominikánek. První chovanci sem přišli 23. dubna 1919 a dalších asi 50 dětí 8. května z ústavu z Brna. Provoz byl hrazen příspěvkem rodičů, pokud byli schopni přispívat, za nemajetné měla přispívat příslušná obec a na určitý počet přispíval zemský úřad. Toto financování ale nebylo dostatečné. Během 2. světové války byl ústav zabrán německými úřady. Chlapci z ústavu byli přemístěni do okolních ústavů a až po úpravách budovy po 2. světové válce byli převezeni nazpět. 21. dubna 1948 vyšel nový školský zákon o jednotném školství. Pomocná škola zatím působila beze změn, ale 9. září 1948 byla zestátněna. Ředitelem byl jmenován Karel Bauer, řídící obecné školy ve Střelících. Tři sestry učitelky byly přijaty do státní služby. Ve třídě nesmělo být víc jak 15 žáků. Přestal se používat název Pomocná škola, začal se používat název Zvláštní škola. Dne 25. října 1950 byl převzat zdejší ústav do státní správy s tím, že o veškeré potřeby se bude starat KNV. Sestry byly přijaty do státní služby. Ústav dostal název Zvláštní dětský domov. Správkyní ústavu byla ustanovena paní Josefa Vyskočilová. Dne 1. října 1957 byly sestry zaměstnané v ústavu překvapeně tříměsíční výpovědí ze zaměstnání ke dni 1. 1. 1958. Propuštění sester se stalo na příkaz ministerstva školství. Ústav ve Střelících byl poté určen pro děti nevzdělavatelné, imbecily a idioty. Ústav dostal název Ústav sociální péče pro děti duševně vadné, který se později pozměnil na Ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež. 1.1.1965 předává krajský úřad dle usnesení rady Jihomoravského kraje ústav Okresnímu úřadu sociálního zabezpečení pro Brno - venkov. Od 1.1.1970 přešla správa ústavu pod ředitelství Okresního ústavu sociálních služeb v Chrlicích. Generální představená sester dominikánek se sestry rozhodla k 30. červnu 1984 odvolat.

V současnosti je Domov pro osoby se zdravotním postižením ve Střelících u Brna příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Ředitelkou Zámečku Střelice je MUDr. Vladimíra Danihelková, MBA. Domov pro osoby se zdravotním postižením zajišťuje celoroční a týdenní péči pro osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Poskytuje služby sociální péče osobám s mentálním postižením ve věku od 3 let, které se v důsledku svého zdravotního postižení ocitli v nepříznivé životní situaci, kterou nejsou schopni překonat ve vlastním prostředí ani za pomoci jiných typů sociálních služeb a potřebují pravidelnou pomoc při zajištění svých potřeb. Kapacita zařízení je 112

míst. Celkový počet zaměstnanců je zde 85, z toho je 40 zaměstnanců ve výchovném úseku.

Kontrolní skupiny:

Wood & Paper a. s.

Wood & Paper je obchodní firma působící na trhu se surovým dřívím v České republice i v zahraničí. Obchoduje s dřívím – vlákninovým a brusným dřívím, pilařskou kulatinou, pilařskou štěpkou a biopalivy. Dále tato obchodní firma nabízí spediční služby – mezinárodní a tuzemskou přepravu surového dříví po železnici. Firma má své 2 pobočky v České republice – ve Štětí a na Hlíně u Brna. Firma zaměstnává 25 pracovníků. Svůj výzkum jsem prováděla na pobočce na Hlíně u Brna, která má 15 zaměstnanců.

GEMMA Systems spol. s. r. o.

Firma GEMMA Systems vznikla v roce 1994. Hlavní sídlo společnosti je v Brně, pobočky jsou na Kladně a v Plzni. Dceřiná společnost v Bratislavě dodává služby a zajišťuje podporu slovenských zákazníků od roku 1997. GEMMA Systems se specializuje na překlad a tvorbu lokalizace dodávaných aplikací, obchodní aktivity spojené s poskytováním licencí, na poskytování služeb souvisejících s implementací těchto produktů a jejich následnou podporou zákazníka. Postupně se specializovala především na výrobní podniky zejména ve strojírenství, elektrotechnice, na automobilový a letecký průmysl. V posledních letech se také firma věnuje specializovaným řešením systémů v oblasti výrobní sféry pro řízení vztahů se zákazníky CRM a pokročilým systémům pro plánování výroby APS. Sídlo firmy v Brně, ve kterém jsem prováděla svůj výzkum, má celkem 45 zaměstnanců.

SUDOP BRNO, spol. s. r. o.

SUDOP BRNO, spol. s. r. o. je projektová, inženýrská a dodavatelská společnost sídlící v Brně na Kounicově ulici. Společnost byla založena v prosinci 1991 a svoji činnost zahájila dne 1. ledna 1993. Hlavní činností společnosti je projektování staveb dopravních, inženýrských, bytových a občanských. Nabízí široké spektrum projektových prací v oborech železniční a silniční dopravy, městské a příměstské dopravy, v elektrotechnice, energetice, telekomunikacích, sdělovací a zabezpečovací techniky, ekonomice a v dalších oborech. Mimo tuto hlavní činnost nabízí plánografické práce, plotrové práce a skenovací práce.

Tato společnost se skládá z několika sekcí: pozemní stavby, železnice a silnice, mosty a tunely, geodézie, telekomunikace, zabezpečovací technika, elektrická trakce, elektroenergetika, životní prostředí, inženýrské sítě.

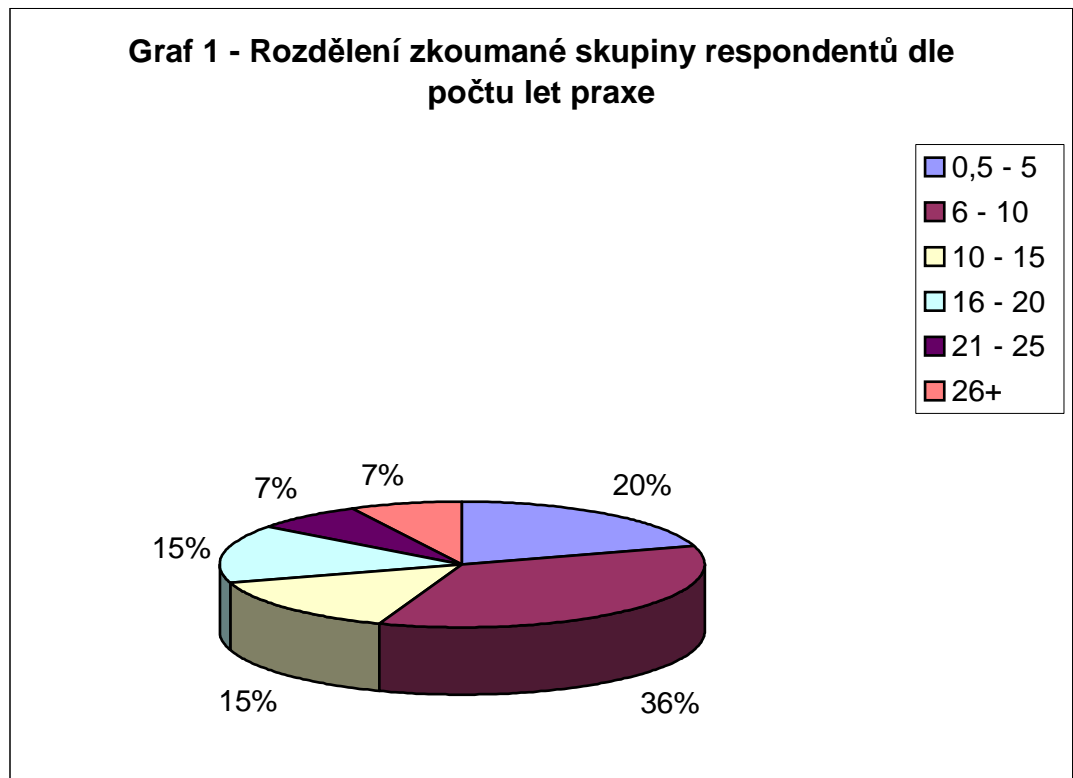
Svůj výzkum jsem prováděla v sekci mosty a tunely, která má celkem 15 zaměstnanců.

6.1 Struktura zkoumaného souboru respondentů

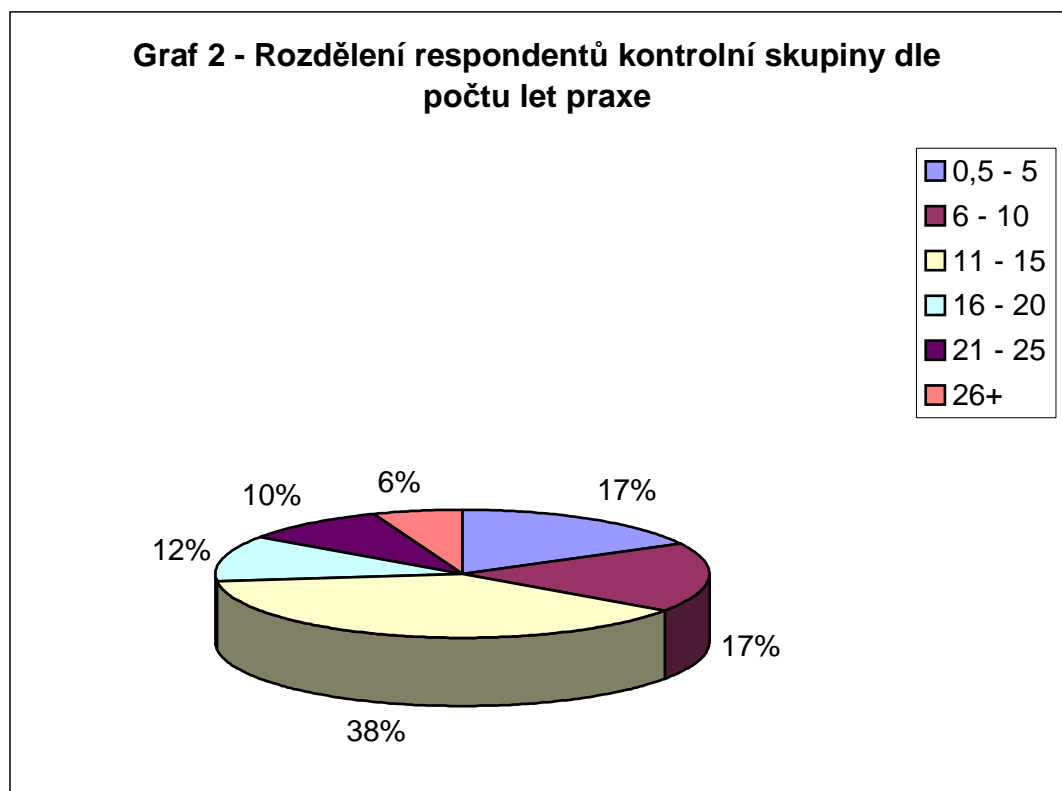
Zkoumaný soubor se skládal z celkem 54 pracovníků pracujících ve výchovném úseku v Domovech pro osoby s mentálním postižením. Z tohoto počtu bylo 6 mužů a 48 žen. U zkoumaných respondentů se délka praxe pohybovala v rozmezí od 0,5 roku do 33 let. Nejpočetněji byla zastoupena skupina v rozmezí délky praxe 6 – 10 let. Prostředí obou zařízení má srovnatelné podmínky pro práci svých zaměstnanců.

Kontrolní skupina se skládala z 52 zaměstnanců pracujících v obchodních firmách. Z tohoto počtu bylo 29 mužů a 23 žen. U zkoumaných respondentů se délka praxe pohybovala v rozmezí od 0,5 roku do 29 let. Nejpočetněji byla zastoupena skupina v rozmezí délky praxe 11 – 15 let.

Graf č. 1 Rozdělení zkoumané skupiny respondentů dle počtu let praxe



Graf č. 2 Rozdělení respondentů kontrolní skupiny dle počtu let praxe



7 METODOLOGIE VÝZKUMU

7.1 Popis vlastního výzkumu

Výzkum jsem zaměřila na osoby pracující s lidmi s mentálním postižením v Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Výzkum byl prováděn v těchto zařízeních:

- Zámeček Střelice
- Zelený dům pohody, Hodonín

Celkem jsem ve výzkumu zkoumala 54 osob pracujících s lidmi s mentálním postižením. Z tohoto počtu bylo 6 mužů a 48 žen. U zkoumaných respondentů se délka praxe pohybovala v rozmezí od 0,5 roku do 33 let.

Mé návštěvy jsem si vždy domluvila předem s ředitelkou daného zařízení. Ředitelku daného zařízení jsem vždy předem seznámila s cílem a metodami svého výzkumu. Po souhlasu paní ředitelky jsme se společně domluvily na podrobnostech ohledně vyplňování dotazníků, tedy o místě, času a formě vyplnění.

Uvedený výzkum byl anonymní, pracovníci odevzdávali vyplněné dotazníky na předem určené místo. Zaručení anonymity a dostatku času na vyplnění dotazníku bylo podmínkou, která zaručuje objektivitu dat. V obou dvou zařízeních jsme po společné domluvě s ředitelkou zařízení zvolili jako místo pro odevzdání dotazníků schránku na odevzdávání přání a stížností, která byla v obou zařízeních a jevila se nám jako nejlepší forma pro zachování absolutní anonymity.

Tabulka č. 1 Počet zkoumaných respondentů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením

Muži	Ženy	Celkem
6	48	54

Kontrolní výzkumná skupina se skládala celkem z 52 osob. Z tohoto počtu bylo 29 mužů a 23 žen.

Výzkum v kontrolních skupinách jsem prováděla v těchto obchodních firmách:

- Wood & Paper, Hlína u Brna
- GEMMA Systems, spol. s. r. o., Brno – Starý Lískovec
- SUDOP BRNO, spol. s. r. o., Brno

Schůzku z řediteli těchto firem jsem si vždy předem telefonicky domluvila. Během telefonátu jsem vždy vysvětlila účel své návštěvy. Při osobním setkání jsem vysvětlila cíl a metody mé práce. Po souhlasu ředitele s tímto výzkumem jsme se dohodli na termínu provedení výzkumu. Pro lepší srovnání ze zkoumaným souborem jsem také i u těchto pracovníků zjišťovala délku praxe. I u těchto pracovníků bylo důležité zachování anonymity z důvodu objektivnosti zjištěných dat. Po společné domluvě s ředitelem obchodní firmy jsme v každém v těchto zařízení zvolili pro odevzdávání dotazníků místnost, ve které se vždy konají porady. Tuto místnost jsme zvolili proto, že bývá během týdne obvykle prázdná.

Tabulka č. 2 Počet zkoumaných respondentů v kontrolní skupině

Obchodní firmy	Muži	Ženy	Celkem
Wood & Paper	3	10	13
GEMMA Systems	18	9	27
SUDOP BRNO	10	2	12

7.2 Metody zpracované práce

Na začátku svého výzkumu jsem nejdříve se zkoumanými navodila osobní kontakt a vysvětlila jsem jim účel své návštěvy. Zdůrazňovala jsem pracovníkům, že dotazník je opravdu anonymní a také jsem zdůraznila, že aby byl můj výzkum objektivní, ať opravdu vyplňují dotazník tak, jak to opravdu „cítí“. I přes navození přátelské atmosféry, pracovníci

brali vyplnění dotazníku jako další povinnost. Proto jsem raději zvolila další časový úsek pro vyplnění těchto dotazníků. Tento časový úsek trval 14 dní.

Pro svůj výzkum jsem použila kvantitativní výzkum – Dotazník BM Burnout Measure, jehož autory jsou Ayla Pines, PhD. a Elliot Aronson, PhD. Tato metoda je druhou nejpoužívanější metodou při zjišťování míry „psychického“ vyhoření. Skládá se z 21 položek posuzovaných na sedmibodové posuzovací škále typu „Jak často“ s rozpětím od „Nikdy“ (1) do „Vždy“ (7). (Kebza, Šolcová, 2006)

Dotazník BM je zaměřen na tři různé aspekty psychického jevu – celkového vyčerpání. Jde o tyto aspekty:

- Pocity fyzického (tělesného) vyčerpání – pocity únavy, celkové slabosti, oslabení atp.
- Pocity emocionálního (citového) vyčerpání – pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti atp.
- Pocity (psychického) duševního vyčerpání – pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty atp. (Křivohlavý, 1998)

„Dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci, vysokou míru shody při opakování (tzv. reliabilitu) po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. BM má i vysokou míru shody mezi údaji, kdy se člověk měří (hodnotí) sám a kdy ho měří (hodnotí) ten, kdo ho dobře zná – např. spolupracovník, člen rodiny atp.“ (Křivohlavý, 1998, s. 38)

Dotazník BM má dobrou míru shody s výsledky jiných psychologických vyšetření (Křivohlavý, 1998):

- a) Se spokojeností v práci, vlastním životem a sama sebou
- b) S fluktuací – se snahou odejít ze zaměstnání, se změnou zaměstnání, odchodem z daného zaměstnání
- c) S fyzickými zdravotními problémy – s bolestmi hlavy, s bolestmi v zádech, bolestmi břicha, se ztrátou chuti k jídlu, nervozity
- d) S množstvím vypitého alkoholu
- e) S pocity beznaděje

Způsob vyhodnocení Dotazníku BM

Nejprve se sečte položka (A) a to tak, že se sečtou hodnoty, které jsou uvedeny v otázkách č. 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.

Poté se vypočítá hodnota (B) a to tak, že se sečtou hodnoty, které jsou uvedeny u otázek č. 3, 6, 19 a 20.

Následně se vypočítává položka (C) a to tím, že od hodnoty 32 se odečte hodnota B, tj. $C = 32 - (B)$

Nyní se vypočítá hodnota (D) a to tím, že se sečtou hodnoty (A) a (C), tj. $D = (A) + (C)$

Nakonec se vypočítá celkové skóre (BQ) a to tím, že se (D) dělí číslem 21, tj. $BQ = (D) : 21$, což je hodnota psychického vyhoření. (Křivohlavý, 1998)

Interpretace výsledků Dotazníku BM

Je-li výsledná hodnota $BM = 2$ a nižší, výsledek je možno hodnotit jako *dobrý*.

Je-li $BM =$ až 3, výsledek je možno hodnotit jako *uspokojivý*.

Je-li výsledná hodnota BM mezi 3,0 a 4,0 pak se doporučuje zamyslet nad životem a prací. Doporučuje se *ujasnit si žebříček hodnot*.

Pokud je výsledná hodnota $BM = 4,0$ až 5,0 je možno považovat *přítomnost syndromu psychického vyčerpání za prokázanou*.

Je-li výsledek vyšší než $BM = 5,0$ je to třeba považovat za *havarijní signál*. (Křivohlavý, 1998)

Ke každému dotazníku jsem přikládala i průvodní dopis (viz. Příloha P II), kde jsem ještě jednou všechny zkoumané respondenty seznamovala s cílem mé diplomové práce, vysvětlovala jsem zde způsob vyplnění dotazníku a ubezpečovala o naprosté anonymitě pracovníků.

7.3 Statistické zpracování

Pro potvrzení hypotéz $H1$ a $H2$ jsem použila statistickou metodu Studentova t-testu.

„Studentův t-test je jedním z nejznámějších statistických testů významnosti pro metrická data. Pomocí studentova t-testu můžeme rozhodnout, zda dva soubory dat, získané měřeními ve dvou různých skupinách objektů (např. žáků), mají stejný aritmetický průměr.“ (Chráska, 1998, s. 122)

Nejdříve se stanoví nulová hypotéza. Nulovou hypotézu u Studentova t-testu testujeme pomocí kritéria t, které se vypočítává:

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

kde:

\bar{x}_1, \bar{x}_2 aritmetický průměr první skupiny (druhé skupiny)

s směrodatná odchylka

n_1, n_2 počet prvků v první skupině (druhé skupině)

Směrodatná odchylka s se vypočítává z hodnot získaných v obou skupinách, z tzv. nestranného odhadu rozptylu s^2 podle vzorců

$$s^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2} \left[\sum (x_{1i} - \bar{x}_1)^2 + \sum (x_{2j} - \bar{x}_2)^2 \right]$$

$$s = \sqrt{s^2}$$

kde:

x_{1i}, x_{2j} jednotlivé naměřené hodnoty v obou skupinách

Aritmetický průměr se vypočítává dle vzorce:

$$\bar{x} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n x_i$$

Vypočítanou hodnotu t srovnáváme s kritickou hodnotou testového kritéria pro zvolenou hladinu významnosti a příslušný počet stupňů volnosti.

Počet stupňů volnosti se určí podle vztahu:

$$f = n_1 + n_2 - 2$$

Pokud je vypočítaná hodnota menší než hodnota kritická, přijímá se nulová hypotéza. Nulovou hypotézu odmítáme v případě, že vypočítaná hodnota testového kritéria byla větší nebo rovna hodnotě kritické. V tomto případě přijímáme stanovenou hypotézu. (Chráška, 1998, s. 46, 122 – 124, 258)

8 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT A JEJICH INTERPRETACE

Cílem mého výzkumu bylo zjistit, zda je rozdíl mezi hodnotami syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením a u osob pracujících především v administrativě v obchodních firmách. Dále jsem se také ve své práci zabývala, zda je rozdíl mezi osobami pracujícími s lidmi s mentálním postižením méně jak 10 let a více jak 10 let.

Tabulka č. 3 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením

Pracovník	Hodnota syndromu vyhoření	$x_{1i} - \bar{x}_1$	$(x_{1i} - \bar{x}_1)^2$
1	1,9	- 0,82	0,672
2	3,3	0,58	0,336
3	2,5	- 0,22	0,048
4	4,7	1,98	3,920
5	3,5	0,78	0,608
6	4,5	1,78	3,168
7	2,6	- 0,12	0,014
8	3,3	0,58	0,336
9	3	0,28	0,078
10	2,9	0,18	0,032
11	2,7	- 0,02	0,001
12	2,2	- 0,52	0,270
13	3,04	0,32	0,102
14	2,9	0,18	0,032
15	2,8	0,08	0,006
16	2,5	- 0,22	0,048
17	3,1	0,38	0,144
18	2,9	0,18	0,032
19	2,4	- 0,32	0,102
20	1,6	- 1,12	1,254
21	2,6	- 0,12	0,014
22	1,8	- 0,92	0,846
23	2,1	- 0,62	0,384
24	2,6	- 0,12	0,014
25	3	0,28	0,078
26	2,7	- 0,02	0,001

27	2,1	- 0,62	0,384
28	2,9	0,18	0,032
29	2,4	- 0,32	0,102
30	2,1	- 0,62	0,384
31	3,04	0,32	0,102
32	2,9	0,18	0,032
33	2,8	0,08	0,006
34	2,3	- 0,42	0,176
35	2,4	- 0,32	0,102
36	6,9	4,18	17,472
37	2,4	- 0,32	0,102
38	3	0,28	0,078
39	3,4	0,68	0,462
40	1,7	- 1,02	1,040
41	2,4	- 0,32	0,102
42	2,4	- 0,32	0,102
43	2,4	- 0,32	0,102
44	2	- 0,72	0,518
45	2,2	- 0,52	0,270
46	2,3	- 0,42	0,176
47	2,8	0,08	0,006
48	1,8	- 0,92	0,846
49	2,2	- 0,52	0,270
50	2,9	0,18	0,032
51	2,8	0,08	0,006
52	2,4	- 0,32	0,102
53	2,2	- 0,52	0,270
54	2,4	- 0,32	0,102

$$\sum 2,72$$

$$\sum 0,665$$

Tabulka č. 4 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících v administrativě v obchodních firmách

Pracovník	Hodnota syndromu vyhoření	$x_{2j} - \bar{x}_2$	$(x_{2j} - \bar{x}_2)^2$
1	2,9	0,62	0,384
2	3,3	1,02	1,040
3	2,5	0,22	0,048
4	2,2	- 0,08	0,006
5	2,5	0,22	0,048

6	2,4	0,12	0,014
7	1,9	- 0,38	0,144
8	2,8	0,52	0,270
9	2,4	0,12	0,014
10	3,5	1,22	1,488
11	2,9	0,62	0,384
12	3,6	1,32	1,742
13	3,04	0,76	0,578
14	2,6	0,32	0,102
15	3,6	1,32	1,742
16	2	- 0,28	0,078
17	3	0,72	0,518
18	2,9	0,62	0,384
19	1,9	- 0,38	0,144
20	1,9	- 0,38	0,144
21	2,2	- 0,08	0,006
22	2	- 0,28	0,078
23	3	0,72	0,518
24	1,7	- 0,58	0,336
25	1,5	- 0,78	0,608
26	1,8	- 0,48	0,230
27	2	- 0,28	0,078
28	2,1	- 0,18	0,032
29	1,9	- 0,38	0,144
30	1,7	- 0,58	0,336
31	1,8	- 0,48	0,230
32	2,1	- 0,18	0,032
33	1,8	- 0,48	0,230
34	1,8	-0,48	0,230
35	1,7	- 0,58	0,336
36	2	- 0,28	0,078
37	2	- 0,28	0,078
38	1,9	- 0,38	0,144
39	1,8	- 0,48	0,230
40	2	- 0,28	0,078
41	1,9	- 0,38	0,144
42	1,9	- 0,38	0,144
43	1,7	- 0,58	0,336
44	1,6	- 0,68	0,462
45	1,8	- 0,48	0,230

46	2,1	- 0,18	0,032
47	1,9	- 0,38	0,144
48	1,7	- 0,58	0,336
49	2	- 0,28	0,078
50	2	- 0,28	0,078
51	1,8	- 0,48	0,230
52	1,7	- 0,58	0,336

$$\sum_{2,28} \sum_{0,305}$$

Tabulka č. 5 Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením a populace pracující v obchodních firmách – hodnocení statistické významnosti

Respondenti	n	\bar{x}	s	t	f	t(0,05)100
Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením	54	2,72	0,097	23,38	104	1,984
Populace pracující v obchodních firmách	52	2,28				

U hypotézy č. 1 předpokládám, že u populace pracující především v administrativě v obchodních firmách je identifikace syndromu vyhoření na základě Dotazníku BM – Burnout Measure nižší, než u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením.

Výsledky mého výzkumu prokázaly, že existuje rozdíl mezi syndromem vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením a u osob pracujících především v administrativě v obchodních firmách. Průměrná hodnota syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením byla 2,72 a u populace pracující v administrativě v obchodních firmách byla hodnota syndromu vyhoření 2,28. Vysvětlují si to tím, že osoby pracující s lidmi s mentálním postižením jsou v častém kontaktu s lidmi, navíc toto povolání má na pracovníka specifické nároky mezi něž například patří fyzická i psychická zdatnost, inteligence, důvěryhodnost, empatie a především emocionální zátěž je u těchto pracovníků vysoká. U osob pracujících s lidmi s mentálním postižením dochází

dříve k projevům syndromu vyhoření i proto, že u této práce nejsou často viditelné pokroky u jejich klientů, což může snadno vést ke ztrátě smyslu práce, což později může vést k projevům syndromu vyhoření. Tvrzení této hypotézy bylo potvrzeno v provedeném výzkumu. Přesný výpočet statistické metody je uveden v Příloze P I.

Tabulka č. 6 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let

Pracovník	Hodnota syndromu vyhoření	$x_{1i} - \bar{x}_1$	$(x_{1i} - \bar{x}_1)^2$
1	1,9	- 0,85	0,723
2	3,3	0,55	0,303
3	2,5	- 0,25	0,063
4	4,7	1,95	3,803
5	3,5	0,75	0,563
6	4,5	1,75	3,062
7	2,6	- 0,15	0,023
8	3,3	0,55	0,303
9	3	0,25	0,063
10	2,9	0,15	0,023
11	2,7	- 0,05	0,003
12	2,2	- 0,55	0,303
13	3,04	0,29	0,084
14	2,9	0,15	0,023
15	2,8	0,05	0,003
16	2,5	- 0,25	0,063
17	3,1	0,35	0,123
18	2,9	0,15	0,023
19	2,4	- 0,35	0,123
20	1,6	- 1,15	1,323
21	2,6	- 0,15	0,023
22	1,8	- 0,95	0,902
23	2,1	- 0,65	0,423
24	2,6	- 0,15	0,023
25	3	0,25	0,063
26	2,7	- 0,05	0,003
27	2,1	- 0,65	0,423
28	2,9	0,15	0,023
29	2,4	- 0,35	0,123

30	2,1	- 0,65	0,423
	Σ 2,75		Σ 0,448

Tabulka č. 7 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let

Pracovník	Hodnota syndromu vyhoření	$x_{2j} - \bar{x}_2$	$(x_{2j} - \bar{x}_2)^2$
1	3,04	0,37	0,137
2	2,9	0,23	0,053
3	2,8	0,15	0,023
4	2,3	- 0,35	0,123
5	2,4	- 0,25	0,063
6	6,9	4,25	18,063
7	2,4	- 0,25	0,063
8	3	0,35	0,123
9	3,4	0,75	0,563
10	1,7	- 0,95	0,902
11	2,4	- 0,25	0,063
12	2,4	- 0,25	0,063
13	2,4	- 0,25	0,063
14	2	- 0,65	0,423
15	2,2	- 0,45	0,203
16	2,3	- 0,35	0,123
17	2,8	0,15	0,023
18	1,8	- 0,85	0,723
19	2,2	- 0,45	0,203
20	2,9	0,23	0,053
21	2,8	0,15	0,023
22	2,4	- 0,25	0,063
23	2,2	- 0,45	0,203
24	2,4	- 0,25	0,063
	Σ 2,67		Σ 0,934

Tabulka č. 8 Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením do 10 let praxe a nad 10 let praxe – hodnocení statistické významnosti

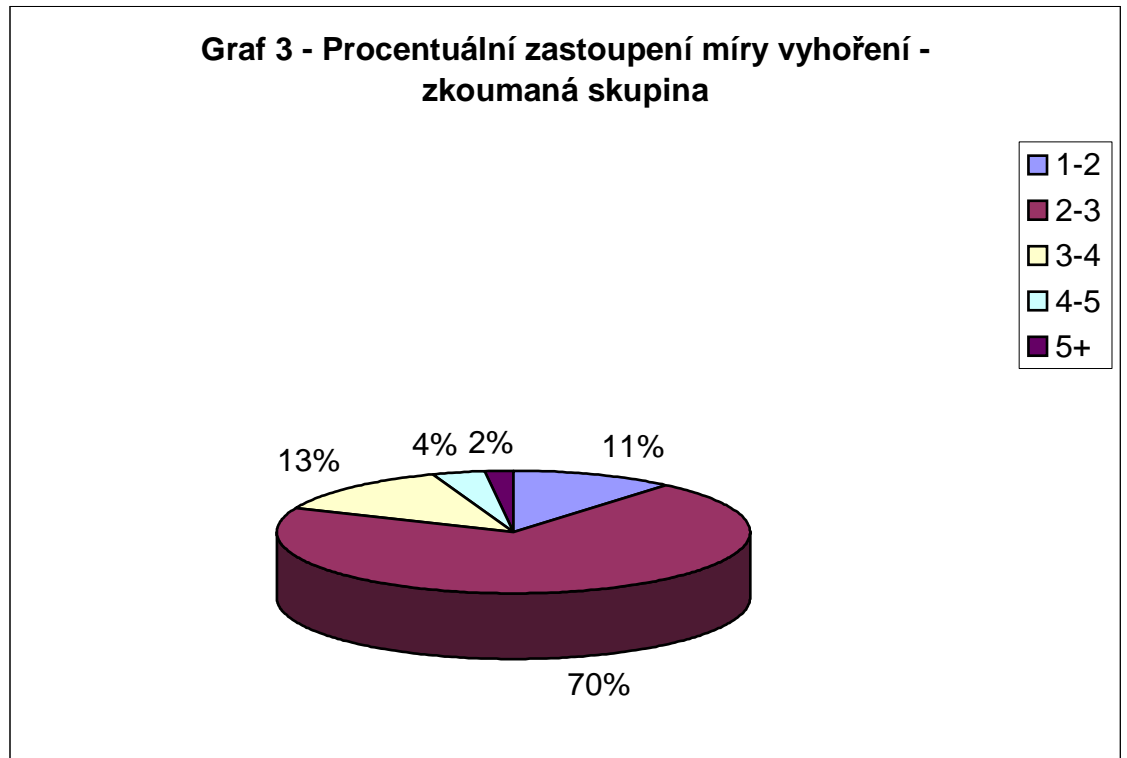
Respondenti	n	\bar{x}	s	t	f	t(0,05)50
Osoby s délkou praxe méně než 10 let	30	2,75	0,16	1,83	52	2,009
Osoby s délkou praxe více než 10 let	24	2,67				

U hypotézy č. 2 předpokládám, že syndrom vyhoření je vyšší u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let než u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let. Tato hypotéza se v mém výzkumu nepotvrdila. Výzkum nepotvrdil významný statistický rozdíl. Přesný výpočet statistické metody je uveden v Příloze P I.

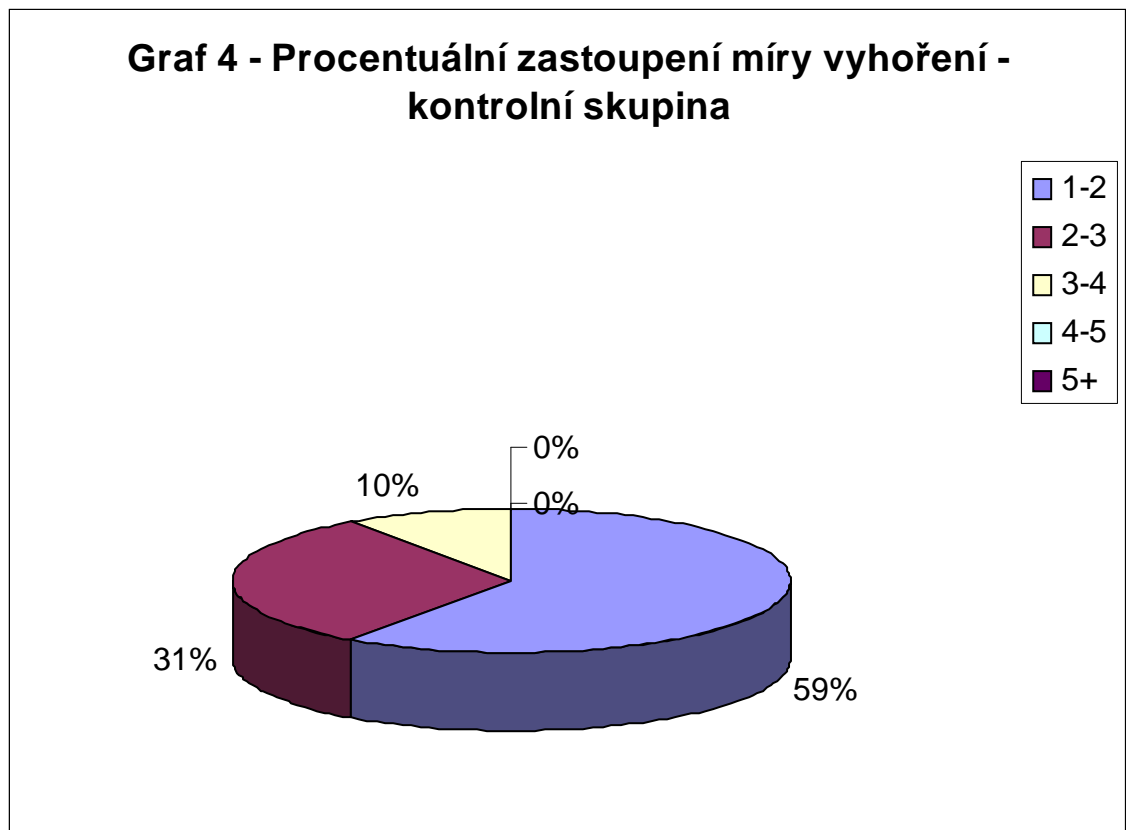
Průměrná hodnota syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let byla 2,75. Zatímco u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let byla průměrná hodnota syndromu vyhoření 2,67. Tedy nepatrně vyšší syndrom vyhoření měly osoby pracující s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let. Tento výsledek si vysvětluji tím, že lidé nastupují do zaměstnání plní ideálů a s velkým nadšením, jenže postupem času dochází ke zjištění, že realita je úplně jiná, než očekávali.

V mém výzkumu se také prokázal rozdíl mezi syndromem vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením v jednotlivých zařízeních. Průměrná hodnota syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením v Domově pro osoby se zdravotním postižením Zámeček Střelice je 2,85. U osob pracujících s lidmi s mentálním postižením v Zeleném domě pohody v Hodoníně je průměrná hodnota syndromu vyhoření 2,32. Vysvětluji si to tím, že Zelený dům pohody v Hodoníně je menší zařízení než Domov pro osoby se zdravotním postižením Zámeček Střelice a vládne zde více rodinná atmosféra a pracovníci jsou zde v užším kontaktu než v Zámečku Střelice.

Graf č. 3 Procentuální zastoupení míry vyhoření – zkoumaná skupina



Graf č. 4 Procentuální zastoupení míry vyhoření – kontrolní skupina



9 DISKUSE

V praktické části své diplomové práce jsem hned v úvodu nastínila výzkumný problém a představila jsem organizace, ve kterých jsem prováděla svůj výzkum. Můj výzkum jsem provedla v Zámečku Střelice a v Zeleném domě pohody v Hodoníně. Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením jsem porovnála s osobami pracujícími v obchodních firmách – tedy porovnála jsem jejich hodnotu syndromu vyhoření, zda je mezi nimi významný rozdíl. V mém výzkumu se potvrdila hypotéza, že identifikace syndromu vyhoření je u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením vyšší než u osob pracujících v obchodních firmách. Potvrzení této hypotézy jen potvrzuje fakt, že práce s mentálně postiženými klienty je velice náročná a to především po emocionální stránce. Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením často nevidí u svých klientů viditelný pokrok, což může vést snadno ke ztrátě smyslu své práce, což později může vést k syndromu vyhoření.

Ve druhé hypotéze jsem zjišťovala, zda existuje významný rozdíl mezi výsledky Dotazníku BM – Burnout Measure identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let a výsledky Dotazníku BM – Burnout Measur identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let. Ve své hypotéze jsem předpokládala, že syndrom vyhoření bude vyšší u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let. Tato hypotéza se nepotvrdila. Nepatrně vyšší syndrom vyhoření se prokázal u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let.

Jak jsem již uvedla v úvodu své diplomové práce, považuji za důležité, aby byl problém syndromu vyhoření zařazen již do profesní přípravy pomáhajícího pracovníka ve vysokoškolském vzdělání. Čím více informací bude mít pracovník o syndromu vyhoření, tím se zmenšuje pravděpodobnost propuknutí syndromu vyhoření. Tato vysokoškolská příprava by měla zahrnovat sociálně psychologický výcvik, praktické komunikační dovednosti a návyky.

V souvislosti se syndromem vyhoření je také důležitá prevence, prevence nejen ze strany pracovníka, ale i ze strany organizace. A tato prevence by měla nastupovat již při vstupu pracovníka do zaměstnání. Pracovník by měl důsledně oddělovat pracovní život od života osobního, nepřenášet své starosti ze zaměstnání do osobního života a naopak. Volný

čas by měl pracovník využívat tak, aby dostatečně zregeneroval své síly a přicházel do práce odpočinut a plný energie. Pro pracovníka je také důležité, aby měl na sebe realistické nároky a připustil si, že každý děláme chyby a připustil si svoji nedokonalost.

Prevence není důležitá ale jen ze strany pracovníka, ale i ze strany organizace. Syndrom vyhoření ovlivňuje pracovní výkon jedince a také jeho práci s klientem, proto by se měla prevence syndromu vyhoření stát důležitou součástí každé organizace. Příjemnou práci v organizaci už jen podpoří jasná definice poslání organizace a metody práce, s nimiž se nastupující pracovník seznámí. Důležité je také jasná definice role pracovníka a jeho náplně práce. V každé organizaci by dále měla být možnost využití profesionálního poradenství s odborníkem. Důležitá je i při prevenci syndromu vyhoření podpora dalšího vzdělávání pracovníků. V posledních letech se i jako dobrá volba prevence proti syndromu vyhoření ukazuje supervize. V současné době už i v České republice existuje spousta pracovníků, supervizorů, přímo proškolených pro tuto práci. V posledních letech ale bohužel také vzrůstá zátěž pro pracovníky ve formě administrativy. Pro prevenci syndromu vyhoření je důležité omezení této administrativní zátěže. Dalšími vhodnými prostředky prevence může být dále např. dodatkové dovolené, nabídka relaxačních a rekondičních pobytů, nabídka aktivit pro volný čas – sport a kultura.

Spousta zařízení také opomíjí pracovní prostředí, které má velký vliv na své pracovníky. Samozřejmostí by měla být v každém zařízení samostatná místnost, která slouží k odpočinku a relaxaci pracovníků. Pracovníci by měli mít také možnost své pracovní prostředí si vyzdobit takovým způsobem, aby se jim v něm lépe pracovalo.

A poslední opatření v rámci prevence syndromu vyhoření, které bych zde uvedla, je, že důležitou součástí prevence je i komunikace ředitele a vedoucích pracovníků zařízení se svými podřízenými. A to komunikace nejen v případě, když se vyskytne nějaký problém. Ředitelé či vedoucí pracovníci by měli se svými podřízenými hovořit např. o poslání a dlouhodobých cílech zařízení a to vše podporuje dobrou atmosféru na pracovišti.

ZÁVĚR

Tématem mé diplomové práce bylo Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením. Cílem mé diplomové práce bylo analyzování stavu syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením a u populace, která v pomáhajících profesích nepracuje.

Cílem mého výzkumu bylo zjištění, zda je rozdíl mezi syndromem vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením a syndromem vyhoření u osob pracujících především v administrativě v obchodních firmách. Dalším cílem mého výzkumu bylo zjištění, zda je rozdíl mezi syndromem vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let a syndromem vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let.

Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvantitativní výzkum a to zpracováním Dotazníku BM – Burnout Measure. Pro ověření hypotéz jsem použila statistickou metodu Studentův t-test.

Stanovila jsem si následující hypotézy:

Hypotéza č. 1 - U populace pracujících především v administrativě v obchodních firmách je identifikace syndromu vyhoření na základě dotazníku BM – Burnout Measure nižší než u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením.

Tato hypotéza se potvrdila. Průměrná hodnota syndromu vyhoření u osob pracujících především v administrativě v obchodních firmách je 2,28 a u osob pracujících s osobami s mentálním postižením je průměrná hodnota syndromu vyhoření 2,78.

Hypotéza č. 2 - U osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe více než 10 let je identifikace syndromu vyhoření na základě Dotazníku BM – Burnout Measure vyšší, než u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe méně než 10 let.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Neprokázal se významný statistický rozdíl. Průměrná hodnota syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou

praxe více než 10 let je 2,67 a u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe méně než 10 let je průměrná hodnota syndromu vyhoření 2,75.

Na základě výsledků výzkumu jsem stanovila tyto následující závěry:

1) Při mém výzkumu se potvrdila skutečnost, že osoby pracující s lidmi s mentálním postižením jsou více „psychicky“ vyhořelí než populace pracující především v administrativě v obchodních firmách. Průměrná míra syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením byla 2,72 a u osob pracujících především v administrativě v obchodních firmách byla 2,28. Tato skutečnost byla potvrzena statistickou metodou Studentův t-test. Je to dáno tím, že práce s mentálně postiženými klienty představuje pro pracovníky vysokou emocionální zátěž a toto povolání má navíc na pracovníka specifické nároky mezi něž patří fyzická i psychická zdatnost, inteligence, důvěryhodnost a empatie. U osob pracujících s lidmi s mentálním postižením dochází dříve k projevům syndromu vyhoření i proto, že u této práce nejsou často viditelné pokroky u jejich klientů, což často může vést ke ztrátě smyslu práce.

2) Při mém výzkumu se nepotvrdilo, že by existoval významný rozdíl mezi výsledky Dotazníku BM – Burnout Measure identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let a výsledky Dotazníku BM – Burnout Measure identifikující syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let. Průměrná míra syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe méně než 10 let byla 2,75 a průměrná míra syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s délkou praxe více než 10 let byla 2,67. Nepatrně vyšší syndrom vyhoření měly osoby pracující s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let. Statistická metoda Studentův t-test neprokázala významný statistický rozdíl. Nepatrně vyšší syndrom vyhoření měly osoby pracující s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let. Je to dáno tím, že lidé nastupují do zaměstnání plní ideálů a s velkým nadšením, jenže postupem času dochází ke zjištění, že realita je úplně jiná, než očekávali.

Syndrom vyhoření ovlivňuje pracovní výkon jedince a tím pádem i jeho práci s klientem, proto považuji za důležitou prevenci syndromu vyhoření, která by se měla stát důležitou součástí každé organizace. Stejně tak důležitá je již vysokoškolská příprava těchto pracovníků, která by měla zahrnovat sociálně psychologický výcvik, praktické

komunikativní dovednosti a návyky. Čím více informací bude mít pracovník o syndromu vyhoření, tím se zmenšuje pravděpodobnost propuknutí syndromu vyhoření.

Téma syndrom vyhoření je velice obsáhlé a složité. Přesto jsem přesvědčena o přínosu své diplomové práce, který analyzuje stav vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAREŠ, P. *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám*. Praha: VÚSPV, 2006. ISBN 80-87007-24-7
- [2] DOLANSKÝ, H. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-482-9
- [3] DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum 1978
- [4] GUGGENBÜHL-CRAIG, A. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4
- [5] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
- [6] HAWKINS, P., SHOHET, R. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9
- [7] CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1998. ISBN 80-7067-798-8
- [8] JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-71-1
- [9] KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. *Syndrom vyhoření (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti)*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2006. ISBN 80-7071-231-7
- [10] KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6
- [11] KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Sociální služby a příspěvek na péči 2007*. Olomouc: ANAG, 2007. ISBN 978-80-7263-405-7
- [12] KŘIVOHLAVÝ, J. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3
- [13] MALLOTOVÁ, K. Burn-out neboli syndrom vyhoření. *Psychologie dnes*, 2003, č.2
- [14] MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9

- [15] MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0
- [16] PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6
- [17] PRUCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995. ISBN 80-7178-029-4
- [18] PRUŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 2003. ISBN 80-86395-69-3
- [19] RUSH, M. D. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8
- [20] SCHMIDBAUER, W. *Psychická úskalí pomáhajících profesí*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-549-0
- [21] ŠÍŠKA, J. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4
- [22] ŠVINGALOVÁ, D. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2006. ISBN 80-7372-105-8
- [23] VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6
- [24] VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6
- [25] Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Graf č. 1 – Rozdělení zkoumané skupiny respondentů dle počtu praxe

Graf č. 2 – Rozdělení respondentů kontrolní skupiny dle počtu let praxe

Graf č. 3 – Procentuální zastoupení míry vyhoření – zkoumaná skupina

Graf č. 4 – Procentuální zastoupení míry vyhoření – kontrolní skupina

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 Počet zkoumaných respondentů v Domovech pro osoby se zdravotním postižením

Tabulka č. 2 Počet zkoumaných respondentů v kontrolní skupině

Tabulka č. 3 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením

Tabulka č. 4 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících v administrativě v obchodních firmách

Tabulka č. 5 Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením a populace pracující v obchodních firmách – hodnocení statistické významnosti

Tabulka č. 6 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením méně než 10 let

Tabulka č. 7 Výsledky syndromu vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením více než 10 let

Tabulka č. 8 Osoby pracující s lidmi s mentálním postižením do 10 let praxe a nad 10 let praxe – hodnocení statistické významnosti

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Výpočty statistického zpracování

Příloha P II: Průvodní dopis k dotazníku

**Příloha P III: Modifikovaný Dotazník BM - Burnout Measure pro interní potřeby
diplomové práce**

PŘÍLOHA P I: VÝPOČTY STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ

Pro ověření hypotézy č. 1 jsem použila statistickou metodu Studentův t – test a zde nyní uvádím výpočet této statistické metody:

$$s^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2} \left[\sum (x_{1i} - \bar{x}_1)^2 + \sum (x_{2j} - \bar{x}_2)^2 \right]$$

$$s^2 = \frac{1}{54 + 52 - 2} \left[0,305 + 0,665 \right] = 0,0093$$

$$s = 0,097$$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

$$t = \frac{2,72 - 2,28}{0,097} \cdot \sqrt{\frac{54 \cdot 52}{54 + 52}} = 4,54 \cdot 5,15 = 23,38$$

$$f = n_1 + n_2 - 2 = 54 + 52 - 2 = 104$$

$$t(0,05)100 = 1,984$$

Pro ověření hypotézy č. 2 jsem použila statistickou metodu Studentův t- test a zde nyní uvedu přesné výpočty této statistické metody:

$$s^2 = \frac{1}{n_1 + n_2 - 2} \left[\sum (x_{1i} - \bar{x}_1)^2 + \sum (x_{2j} - \bar{x}_2)^2 \right]$$

$$s^2 = \frac{1}{30 + 24 - 2} \left[0,448 + 0,934 \right] = 0,019 \times 1,382 = 0,026$$

$$s = 0,16$$

$$t = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{s} \sqrt{\frac{n_1 \cdot n_2}{n_1 + n_2}}$$

$$t = \frac{2,75 + 2,67}{0,16} \sqrt{\frac{30 \cdot 24}{30 + 24}} = 1,83$$

$$f = n_1 + n_2 - 2 = 30 + 24 - 2 = 52$$

$$t(0,05)50 = 2,009$$

PŘÍLOHA P II: PRŮVODNÍ DOPIS K DOTAZNÍKU

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Matušková, jsem studentkou 2. ročníku navazujícího magisterského kombinovaného studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a ráda bych Vás požádala o spolupráci na výzkumné části mé diplomové práce. Píši práci na téma Syndrom vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením a jeho součástí je dotazníkové šetření zjišťující míru „psychického“ vyhoření u těchto pracovníků. Ve svém výzkumu srovnávám míru „psychického“ vyhoření u osob pracujících s lidmi s mentálním postižením s osobami pracujícími v obchodních firmách, především v administrativě.

Dotazník, který Vám předkládám, se nazývá Burnout Measure a jeho autory jsou Ayala Pines, PhD a Eliot Aronson, PhD . Dotazník obsahuje 21 položek, které jsou posuzované na sedmibodové posuzovací škále. Škála je typu „Jak často“ a to s rozpětím od 1 = nikdy, do 7 = vždy. Dotazníky jsou koncipovány jako anonymní, proto prosím pište Vaše skutečné pocity a zkušenosti. Jenom tak bude mít dotazníkové šetření význam.

Děkuji Vám za spolupráci a přeji hodně úspěchů ve Vaší práci.

Bc. Lenka Matušková

PŘÍLOHA P III: MODIFIKOVANÝ DOTAZNÍK BM - BURNOUT MEASURE PRO INTERNÍ POTŘEBY DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název

zařízení:.....

Pohlaví:.....

Délka praxe:.....

Jak často máte tyto pocity a zkušenosti (ve svém zaměstnání)?

Použijte prosím tohoto vystupňování:

1.nikdy **2.**jednou za čas **3.**zřídka kdy **4.**někdy **5.**často **6.**obvykle
7.vždy

1.Byl(a) jsem unaven(á).

2.Byl(a) jsem v depresi (tísni).

3.Prožíval(a) jsem krásný den.

4.Byl(a) jsem tělesně vyčerpán(a).

5. Byl(a) jsem citově vyčerpán(a).
6. Byl(a) jsem šťastná (šťasten).
7. Cítil(a) jsem se vyřízen(á), zničen(á).
8. Nemohl(a) jsem se vzchopit a pokračovat dále.
9. Byl(a) jsem nešťastn(á).
10. Cítil(a) jsem se uhoněn(á) a utahan(á).
11. Cítí(a) jsem se jakoby uvězněn(á) v pasti.
12. Cítil(a) jsem se jako bezcenný(á).
13. Cítil(a) jsem se utrápen(á).
14. Tížily mne starosti.
15. Cítil(a) jsem se zklamán(a) a rozčarován(a).
16. Byl(a) jsem slab(a) a na nejlepší cestě k onemocnění.
17. Cítil(a) jsem se beznadějně.

18. Cítil(a) jsem se odmítnut(a) a odstrčen(a)

19. Cítil(a) jsem se pln(á) optimismu.

20. Cítil(a) jsem se pln(á) energie.

21. Byl(a) jsem pln(á) úzkosti a obav.