

UNIVERZITA KARLOVA
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Bakalářská práce



Adam Kaše

Prevence syndromu vyhoření krátkodobých pěstounů
Preventing burnout syndrome of short-term foster carers

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D.

Praha 2023

Poděkování:

Zde bych rád poděkoval vedoucí své bakalářské práce Mgr. Ing. Olga Angelovské, Ph.D. za cenné rady, připomínky a ochotu, kterou mi prokazovala během konzultací. Dále bych rád poděkoval svým respondentům a svému okolí, které mi poskytlo inspiraci, pomoc a podporu. Vedle svých respondentů jsem nesmírně vděčný zakladatelce a metodičce pro pěstounskou péči na přechodnou dobu Alžbětě Skleničkové, která svými cennými radami přispěla k finální podobě výzkumu.

Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem *Prevence syndromu vyhoření krátkodobých pěstounů* napsal samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.*

Adam Kaše

V Praze dne

Abstrakt

Syndrom vyhoření je fenoménem zkoumaným od 70. let 20. století se stále větší razancí a zájmem. Tento jev, charakteristický zejména psychickým i fyzickým vyčerpáním, negativními pocity spojenými s pracovní náplní a prostředím či celkovou apatií, je asociován primárně s pracovníky pomáhajících profesí. Dosud však neproběhl jediný výzkum zaměřený na syndrom vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu. Empirická část práce proto představeným výzkumem cílí zkušenosti této ohrožené skupiny v České republice, mapuje současný stav, rizikové faktory i možnou prevenci syndromu vyhoření. Výzkum využívá kvalitativní design a metodu polostrukturovaných rozhovorů. Navzdory metodologickým limitům studie výsledky poukazují na skutečnost, že navzdory drobným odchylkám v osobních názorech panuje mezi respondenty spíše shoda, co se týče vnímaných rizik syndromu vyhoření. Z toho plyne, že syndrom vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu je slibným prostorem pro další výzkum a tématem pro podnětnou diskuzi.

Klíčová slova: syndrom vyhoření; náhradní rodinná péče; pěstounská péče na přechodnou dobu

Abstract

Burnout syndrome is a topic studied since the 1970s with increasing vigour and interest. This phenomenon, characterised in particular by mental and physical exhaustion, negative feelings related to the workload and environment, or general apathy, is primarily associated with workers in the helping professions. However, to date, there has not been a single research study on burnout in short-term foster carers. Therefore, the empirical part of the thesis presents research targeting the experiences of this vulnerable group in the Czech Republic, mapping the current status, risk factors and possible prevention of burnout syndrome. The research uses a qualitative design and the method of semi-structured interviews. Despite the methodological limitations of the study, the results show that despite minor variations in personal opinions, there is rather a consensus among the respondents regarding the perceived risks of burnout syndrome. This suggests that burnout syndrome in transient foster carers is a promising area for further research and a topic for stimulating discussion.

Key words: burnout syndrome; foster family care; short-term foster carers

Obsah

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST	9
1. SYSTÉM NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	9
1.1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY	9
1.2. HISTORIE	11
1.3. PODOBY NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE	12
1.3.1. OSVOJENÍ.....	13
1.3.2. PĚSTOUNSKÁ PÉČE	13
1.3.2.1. PĚSTOUNSKÁ PÉČE DLOUHODOBÁ.....	14
1.3.2.2. PĚSTOUNSKÁ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU.....	15
1.3.3. PORUČENSTVÍ.....	16
1.3.4. OPATROVNICTVÍ.....	16
2. SYNDROM VYHOŘENÍ	17
2.1. ÚVOD DO PROBLEMATIKY	17
2.2. HISTORIE	18
2.3. STRES	18
2.4. DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	19
2.5. SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	20
2.6. PRŮBĚH A FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	20
2.7. RIZIKOVÉ FAKTORY	21
2.8. SYNDROM VYHOŘENÍ U POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.....	23
2.9. DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	23
2.10. PREVENCE A LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ	24
2.10.1. PREVENCE.....	24
2.10.2. LÉČBA	24
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	26
3. VÝZKUMNÝ ZÁMĚR A OTÁZKY.....	26
4. METODIKA.....	27
4.1. KVALITATIVNÍ VÝZKUM, POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR	27
4.2. METODA SBĚRU DAT.....	28
4.3. VÝZKUMNÝ SOUBOR/VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	29
4.4. POPIS PARTICIPANTŮ A PARTICIPANTEK	29
4.5. METODA ANALÝZY DAT.....	29
5. ETIKA VÝZKUMU	32
6. VÝSLEDKY	33
6.1. VNÍMÁNÍ RIZIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ	33
6.2. ZKUŠENOST S PREVENCÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ.....	34
6.3. VNÍMANÉ POTŘEBY BĚHEM POSKYTOVÁNÍ PĚSTOUNSKÉ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU	34
6.4. RIZIKOVÉ, ZÁTĚŽOVÉ FAKTORY PĚSTOUNSKÉ PÉČE NA PŘECHODNOU DOBU	36
6.5. PROVEDENÁ ANALÝZA.....	36
7. DISKUSE.....	37
8. ZÁVĚR.....	38
SEZNAM LITERATURY	39
SEZNAM PŘÍLOH	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘÍLOHA 1.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘÍLOHA 2.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘÍLOHA 3.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘÍLOHA 4.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.
PŘÍLOHA 5.....	CHYBA! ZÁLOŽKA NENÍ DEFINOVÁNA.

Seznam zkratk

NRP = náhradní rodinná péče

ZDVOP = zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc

OSPOD = orgán sociálně-právní ochrany dětí

MBI = Maslach Burnout Inventory

MKN-10 = mezinárodní klasifikace nemocí

Úvod

Tématem této bakalářské práce je prevence syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu.

Pěstounská péče na přechodnou dobu je jednou z forem náhradní rodinné péče v České republice a představuje její velmi cenné doplnění. Pěstouni poskytující tento typ péče jsou vystaveni velké psychické zátěži, neboť se – mimo jiné – musejí vyrovnat s předem danou skutečností, že děti jsou jim svěřeny do opatrování pouze dočasně.

Syndrom vyhoření obecně pokládám za vysoce rizikový faktor u všech pomáhajících profesí. Vzhledem k tomu, že u nás dosud nebyl proveden výzkum zaměřený na homogenní skupinu pěstounů na přechodnou dobu, rozhodl jsem se právě pro ně. K mému rozhodnutí blíže zkoumat tuto problematiku přispěla také osobní známost se zakladatelkou jedné z doprovázejících organizací v České republice.

Práce je rozdělena do dvou částí – první část je zaměřena na teoretické zakotvení zvolené problematiky, z níž vychází uskutečněný výzkum. V teoretické části jsou proto představeny formy náhradní rodinné péče a nastíněna jejich historie – pěstounská péče na přechodnou dobu je tak zasazena do odpovídajícího kontextu. Je zde rovněž stručně popsán syndrom vyhoření, jeho fáze, příčiny, následky a možnosti prevence.

Cílem výzkumu, jenž je obsahem druhé, empirické části, je zmapování rizik a prevence syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu. Zkoumaná data jsou získána prostřednictvím rozhovorů a zpracována pomocí tematické analýzy.

I. Teoretická část

1. Systém náhradní rodinné péče v České republice

1.1. Úvod do problematiky

Členové rodiny jsou lidé, kteří jsou k sobě připoutáni pokrevním příbuzenstvím, případně právním svazkem (sňatek, partnerství, adopce). Matoušek považuje za rodinu i skupinu lidí, která se rodinou prohlásí na základě náklonnosti (Matoušek, 2008). Rodina jako pojem zažila velmi specifický vývoj. Tento vývoj chápeme jako přechod od feudální rodiny, která byla především posvěcena církví a mohla být zrušena či zakázána vrchností, až k moderní podobě rodiny, která je značně odlišná. Důvody pro založení rodiny v současné době spočívají spíše v citových potřebách partnerů. Rozdílnou optikou je nyní nahlíženo i na narození dětí. Nejde už o Boží dar, jak tomu bylo v minulosti, jde především o citový vklad. Matoušek dodává, že *„rodina je unikátní a nenahraditelnou institucí proto, že optimálně spojuje osobní zaujetí dospělých na prospěchu partnerů i dětí a univerzálním zájmem společnosti na stabilizovaném soužití mužů a žen i na socializaci ‚řádných občanů‘“* (Matoušek, 2008).

Dítě se rodí do rodiny, která představuje jeho primární prostředí a v níž má zpravidla příležitost pro primární socializaci. Rodina by na obecné rovině měla podle odborníků plnit celou řadu funkcí. Podle Krause můžeme mezi základní funkce rodiny zařadit biologicko-reprodukční, sociálně-ekonomickou, ochrannou, socializačně-výchovnou, emocionální a rekreační funkci (Kraus, 2008). První část výše uvedených funkcí je charakteristická tím, že jsou stěžejní primárně pro rodinu a její soudržnost, druhá část funkcí je důležitá pro společnost jako takovou, neboť rodiny tvoří společnost. Některé z funkcí splývají, a jsou tudíž důležité jak pro společnost, tak pro konkrétní rodinu.

Matoušek přikládá základní ukazatele funkcí rodiny, které tvoří:

- *„kulturní a hodnotová orientace rodiny;*
- *nasycení základních potřeb jednotlivých členů rodiny;*
- *stav domácnosti z hlediska potřeb členů rodiny;*
- *funkčnost rodičovského systému;*
- *ohraňování rodičovského systému vůči dětem;*
- *hodnocení vývoje dětí;*
- *funkčnost manželského systému;*
- *vztahy členů rodiny k širšímu příbuzenstvu;*
- *vztahy k institucím pro rodinu významným;*
- *jiné významné sociální vazby členů rodiny;*

- *zaměstnání rodičů, jeho perspektiva, pracovní spokojenost;*
- *materiální zdroje, které má rodina k dispozici, a způsob rozhodování o nich;*
- *styl komunikace“ (Matoušek, 2008).*

Z funkcí rodiny jako takových a z výše jmenovaných základních ukazatelů funkcí rodiny vyplývá, že je mnoho rodinných funkcí, které mohou selhat. Pokud se tak stane, dodávají Kraus s Poláčkovou, jde o situaci, kdy rodina přestává poskytovat dostatečně podnětné prostředí

pro své členy, především děti, případně nezajišťuje dostatečnou míru porozumění, lásky, přijetí či jistoty, což může vést k narušení osobnosti dítěte či jeho socializace (Kraus & Poláčková, 2001).

Řešením je sanace rodiny, jejímž základním východiskem je podpora dítěte. Sanaci rodiny podle Oldřicha Matouška představují postupy, které mají za cíl podporu fungování rodiny (Matoušek, 2008). Jestliže sanace rodiny nevyústí v řešení problematiky uvnitř samotné rodiny, dalším krokem se stává hledání řešení mimo rodinu. Pokud jde o umístování dítěte vně rodiny, může být dítě umístěno krátkodobě v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc (ZDVOP) nebo v pěstounské rodině na přechodnou dobu. V případě umístování dětí na delší dobu se volí mezi ústavní péčí a náhradní rodinnou péčí (Sobotková & Očenášková, 2014).

Ústavní péče, první forma dlouhodobé péče o děti, sestává z péče kojeneckých ústavů, dětských domovů, diagnostických ústavů a ústavů sociální péče. Druhou formou dlouhodobé péče o děti je náhradní rodinná péče, která je preferovaná před trvalou ústavní formou (Sobotková & Očenášková, 2014).

Právní úprava náhradní rodinné péče v České republice se opírá o dva pilíře: občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb., v platném znění) a zákon o sociální ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb., v platném znění). Náhradní rodinná péče legislativně spadá do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky. Podle Sobotkové a Očenáškové je důležité, že dítě může být umístěno do kterékoliv formy náhradní rodinné péče vždy jen na základě rozhodnutí soudu, který jedná v rámci zásady zájmu, prospěchu a blaha dítěte (Krausová & Novotná, 2006).

Soud má k dispozici celou řadu forem náhradní rodinné péče. Jedinou a zcela jedinečnou formou náhradní rodinné péče, při níž se dítě stane vlastním dítětem nebiologického rodiče, je osvojení (adopce), protože osvojitelé získávají práva identická právům vlastního rodiče (Krausová & Novotná) (více viz kapitola 1.3.1 Osvojení).

Stát může zasáhnout do vztahu dítěte a jeho rodiče v situacích, kdy dítě nemůže dále vyrůstat ve své původní rodině. V těchto situacích rodiče nejsou schopni či ochotni pokračovat

dále ve výchově dítěte – nechtějí mít dítě u sebe, nebo jsou neschopní mu vytvořit příznivé rodinné prostředí. V případě selhání sanace rodiny je poslední instancí odebrání dítěte z rodiny. Přesně pro tento typ úkonů existují sociální pracovníci, kteří mají na starosti státem garantovanou sociálně-právní ochranu dětí (Veselá, 2003).

Právní prameny systému náhradní rodinné péče spočívají v ústavním pořádku České republiky. Článek 10 Listiny základních práv a svobod doplněný článkem 32 zdůrazňuje ochranu rodiny a rodičovství, garantuje zvláštní ochranu dětí a mladistvých. Úmluva o právech dítěte, přijatá v roce 1989 jakožto mezinárodní dokument, je dalším právním pramenem, k němuž se Česká republika zavázala. Tento dokument zdůrazňuje nárok dětí na potřebnou ochranu a typ pomoci k úspěšnému plnění svých funkcí. Zavazuje smluvní státy ke dbaní na zájem a blaho dítěte. Úpravou rodinné péče se zabývají především:

- zákon o rodině (zákon č. 94/1963 Sb., v platném znění),
- zákon o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb., v platném znění),
- zákon o státní sociální podpoře (zákon č. 117/1995 Sb., v platném znění).

V uvedených zákonech se nachází formulace zásad a pravidel zprostředkovávání náhradní rodinné péče.

1.2. Historie

Již v Chammurapiho zákoníku najdeme zmínku o trestu za usmrcení potomka – tento trest spočíval v povinnosti držet mrtvolu dítěte tři dny a tři noci ve svém náručí. Historicky prvním nalezcem se stal institut v Miláně, který byl založen roku 787 n.l. v domě a z pohnutky milánského arcibiskupa. Předchůdcem moderního baby boxu by mohla být zvláštní vytápěná krabice pro odložení nechtěného novorozence (Klíma, 1951).

Již ve starověku se začínáme setkávat s takzvanými kojnými. Právě z instituce kojných se později vyvinula pěstounská péče. Tato forma kojných podlela značné kritice Marie Červinkové-Riegrové et al. (1887), kteří upozorňovali na problémy, které podle nich vedly k vysoké úmrtnosti dětí. Za největší problém pokládá skutečnost, že děti byly odesílány pěstounkám bez ohledu na roční dobu a délku cesty. Dále tyto pěstounky nebyly kontrolovány a péče byla hrazena pouze do věku šesti let dítěte (Červinková-Riegrová et al., 1887).

U nás je za první nalezcem považován Vlašský špitál ze začátku 16. století, který byl založen Italy, kteří se tehdy zdržovali v Praze. Tento špitál zápolil s výraznými finančními problémy a byl zcela odkázaný na dobročinnost. Další pokus pochází až z roku 1762, kdy podobnou státní instituci zřídila Marie Terezie. Marie Terezie, a především její syn

a následovník Josef II. byli stoupenci kolektivní výchovy sirotek ústavní formou (Bubleová, 2000).

Za první republiky se vyskytovala řada forem náhradní rodinné péče. Nejčastěji šlo o tzv. nalezeneckou pěstounskou péči. Následovala soukromá pěstounská péče, která byla postavena na základě dohody mezi rodiči a pěstouny bez asistence soudu. Tato forma náhradní rodinné péče přetrvala až do poloviny 70. let 20. století. Pro zajímavost zmiňuji atypickou formu pěstounské péče, kterou byly tzv. pěstounské kolonie (Zezulová, 2012). Profesor Matějček k nim dodává: „*Rodinné kolonie byly zakládány v určité obci, v několika sousedních obcích, v okrese, kde sociální pracovníci vyhledali 15–20 vhodných rodin a svěřili jim děti do pěstounské péče.*“ (Matějček et al., 1999).

Náhradní rodinná péče v době socialismu zažila od 50. let významné změny. Většina forem pěstounské péče byla zrušena, což znamenalo přesun dětí z pěstounských rodin zpět do ústavní péče, a to v duchu ideálu kolektivní výchovy dětí. Již zmíněný Zdeněk Matějček a Josef Langmeier se zasadili o revitalizaci pěstounské péče v roce 1973. Právě Matějček a Langmaier jsou autory teorie psychické deprivace a psychických potřeb dětí. Podle nich deprivace vzniká, jestliže člověk nemá uspokojovány základní potřeby v dostačující míře po dosti dlouhou dobu (Langmeier & Matějček, 1963). Na tyto autory navázala další významná osobnost – Jarmila Koluchová, která se zabývala především reparabilitou psychické deprivace u dětí (Koluchová, 1992).

Dnešní podoba náhradní rodinné péče vychází především z novely zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb., o rodině), která byla vydána v roce 1999. Tato novela ukotvuje přednost náhradní rodinné péče před jinými formami péče a přednost příbuzenské péče před nepříbuzenskou (Sobotková & Očenášková, 2014). Pazlarová doplňuje, že novela zákona z roku 2013 dále upravuje dohody o výkonu pěstounské péče s OSPOD, povinné vzdělávání pěstounů a pěstounskou péči na přechodnou dobu (Pazlarová, 2016).

V této kapitole jsem se snažil nastínit historii a poukázat na důležité vývojové mezníky, jimiž náhradní rodinná péče prošla a z nichž vychází její dnešní podoba. Nyní bych se rád přesunul do současnosti a podíval se na základní pojmy, podoby a východiska náhradní rodinné péče.

1.3. Podoby náhradní rodinné péče

Náhradní rodinná péče má hned řadu podob: osvojení (adopce), svěřenectví (péče o dítě jinou osobou), pěstounská péče, pěstounská péče na přechodnou dobu, poručenství, poručenství s osobní péčí a opatrovnictví (Vyskočil, 2014).

Celý systém náhradní rodinné péče, který je provozovaný v České republice, nabízí několik možností, jak zajistit osiřelým dětem, týraným dětem, dětem, které se nacházejí v nevhodném sociálním prostředí, či jakkoliv znevýhodněným dětem nápravu jejich situace. Prvním způsobem náhradní rodinné péče je podle občanského zákoníku „svěření do péče jiné fyzické osoby než rodiče“ (§ 953 – § 957 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník). Dalším podobou je tzv. poručenství, u kterého až na výjimky chybí vyživovací povinnost (Bubleová, 2012).

Ve své práci se zaměřuji na pěstounskou péči na přechodnou dobu, neboť z důvodu zachování homogenity vzorku zkoumám syndrom vyhoření právě na krátkodobých pěstounech.

1.3.1. Osvojení

Osvojení je zdaleka nejdokonalejší formou náhradní rodinné péče. Osvojením neboli adoptí vznikají mezi dítětem (osvojeným) a rodičem (osvojitelem) opravdové, plnohodnotné příbuzenské vztahy. Právně jde o dosažení stejné úrovně vztahů jako u biologických rodičů. Tímto postupem vznikají novým rodičům identická práva a povinnosti jako vlastním rodičům. Osvojitelé jsou zapsáni do rodného listu dítěte, které tím získává jejich příjmení (Hovorka, 2006). Vyskočil dodává, že po uplynutí tří let od úspěšného osvojení se osvojení stává nezrušitelným, a to ani ze závažných důvodů (Vyskočil, 2014).

Podmínkou pro to, aby se člověk stal osvojitelem, je plnoletost, která podle Vyskočila „... zaručuje osobními vlastnostmi a způsobem svého života, jakož i důvody a pohnutkami, které ji vedou k osvojení, že bude pro osvojované dítě dobrým rodičem“ (Vyskočil, 2014). Osvojení, až na výjimky, může dosáhnout pouze manželský pár. Důležitou podmínkou je minimální věkový rozdíl mezi dítětem a osvojitelem, který je definován jako 16 let a více. Žádost je posuzována na základě zdravotní a majetkové vhodnosti, dále bezúhonnosti obou žadatelů a připravenosti k výchově dítěte. Mezi státem požadované povinnosti žadatelů patří mimo jiné i absolvování přípravných kurzů k přijetí dítěte do rodiny (Meese, 2009)

Tato forma náhradní rodinné péče je určena především pro děti, které již nikdy nebudou moci být vychovávány v původní rodině.

1.3.2. Pěstounská péče

Pěstounská péče je zákonem zakotvena jako forma náhradní rodinné péče. Vychází z pěstounovy povinnosti pečovat a odpovědnosti za výchovu dítěte. Z právního hlediska však mezi pěstounem a dítětem nevzniká podobný vztah, jaký je mezi biologickým rodičem a dítětem, případně mezi osvojitelem a dítětem. Pěstounovo právo vůči dítěti spočívá v jeho

zastupování a spravování jeho záležitostí. Zajímavostí však je, že pěstoun nemá vůči dítěti vyživovací povinnost. Pro výkon mimořádných záležitostí je povinen požádat o souhlas zákonného zástupce dítěte či soud (Zuklínová et al., 2016).

V rámci pěstounské péče je možný kontakt mezi dítětem a jeho biologickou rodinou. Vychází-li tento kontakt ze zájmů dítěte, je na něj brán ohled a je mu napomáháno, případně je rozvíjen (Matějček, 1999). Bubleová et al. upozorňuje na povinnost pěstounů udržovat, prohlubovat a rozvíjet soudružnost s biologickými rodiči a dovolit kontakt mezi dítětem a rodičem (Bubleová et al., 2013).

1.3.2.1. Pěstounská péče dlouhodobá

Do roku 2006 byla jedinou možností pěstounské péče právě dlouhodobá forma náhradní rodinné péče, která vycházela ze zákona o sociálně-právní ochraně dětí (zákon č. 359/1999 Sb., o rodině). Podle Králíčkové je tato péče charakterizována jako „*forma státem zprostředkovaná, řízené a kontrolované náhradní výchovy v rodině nebo prostředí připomínajícím, zabezpečována též z jeho strany hmotnou podporou*“ (Králíčková, 2001).

Za hlavní myšlenku pěstounské péče dlouhodobé lze považovat osobní péči o dítě, která je velmi podobná péči o vlastní dítě. Legislativní vymezení pěstounské péče vychází ze zákona č. 91/1998 Sb., o rodině který výrazně změnil rodinné právo. Matějček dodává následující definici pěstounské péče: „*Pěstounská péče je zvláštní formou státem řízené a kontrolované náhradní rodinné výchovy, která zajišťuje dostatečné hmotné zabezpečení dítěte i přiměřenou odměnu těm, kteří se ho ujali*“ (Matějček, 1994).

Do pěstounské péče vstupují děti, které z nějakého důvodu nejsou „uvolněny“ – ve smyslu uvolnění pro osvojení. Příčinou může být, že se biologičtí rodiče těchto dětí zatím nechtějí vzdát odpovědnosti, eventuálně že tyto děti nejsou dostatečně atraktivní pro osvojení, například kvůli svému vyššímu věku nebo výchovným problémům, které jsou s věkem spojené (Králíčková, 2001).

Dlouhodobá pěstounská péče – jak vyplývá již z názvu – je založená na stabilitě a dlouhodobém opatření pro děti, které nemohou vyrůstat ve vlastní rodině, případně nemohou jít do adopce. Pozitivního efektu je dosaženo tím, že tyto děti získávají rodinné zázemí, a především pocit jistoty a bezpečí (Sobotková & Očenášková, 2013). Je důležité zmínit, že tato forma péče zaniká dovršením 18 let věku dítěte. Často se však stává, že dítě v pěstounské rodině zůstane déle, například do doby, než dostuduje, najde si zaměstnání a postaví se na vlastní nohy (Pazlarová, 2016).

Práva a povinnosti dlouhodobých pěstounů jsou zakotveny v zákoně č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, v zákoně č. 117/1995 Sb., o státní podpoře (zde je stanovena výše dávky pěstounské péče), a v zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

1.3.2.2. Pěstounská péče na přechodnou dobu

Pro teoretické zakotvení této práce jsou informace o pěstounské péči na přechodnou dobu zcela klíčové. Tato forma náhradní rodinné péče je založená na poskytování okamžité pomoci ohroženým dětem, s cílem poskytnout jim rychlejší a komfortnější cestu do náhradní rodiny, nebo zpět do rodiny původní. Jedná se o formu péče, která je velmi náročná především pro pěstouny, neboť se musejí vypořádat s předem danou skutečností, že péče o svěřené dítě je pouze dočasná (Zezulová, 2012)

Krajské úřady mají k dispozici databázi osob, které jsou schopné a způsobilé pěstounskou péči na přechodnou dobu vykonávat. Tyto osoby mají povinnost přijmout do své péče dítě a za tuto péči mají nárok na měsíční odměnu. Základem je rozhodnutí soudu, kterému orgán sociálně-právní ochrany dětí navrhne svěřením dítěte do pěstounské péče na přechodnou dobu. Tato doba překlene období, během kterého se rodič nemůže dítěti věnovat (například ze zdravotních důvodů, z důvodu výkonu trestu odnětí svobody apod.), nebo po jehož uplynutí lze dát souhlas rodiče s osvojením, případně dokud soud nerozhodne o tom, že souhlas rodičů s osvojením není potřeba (Bubleová et al., 2013).

Základní myšlenka a smysl pěstounské péče na přechodnou dobu spočívá v tom, že dítě dostane šanci strávit období, kdy se jeho situace řeší, v rodinném prostředí. Jde o poskytnutí času a příležitosti rodičům, aby vyřešili svoji situaci tak, aby mohli převzít dítě zpět. Tato forma náhradní rodinné péče se využívá především ve třech typech případů: Poměrně častý je případ novorozence, kterého jeho biologičtí rodiče nechtějí převzít do péče, ovšem nedali zatím souhlas s jeho osvojením, případně soud dosud nerozhodl o uvolnění dítěte k adopci bez souhlasu rodičů. Druhým typem případu je novorozenec, kterého jeho biologičtí rodiče nejsou schopni převzít do péče ze zdravotních, psychických, sociálních či jiných důvodů. Dále se uvádí, že často jde o rodiče drogově závislé, potažmo matky se špatným psychickým stavem. Třetím typem jsou starší děti, o které se rodiče nemohou či nechtějí starat. Jde však pouze o přechodnou situaci – je pravděpodobné, že po překlenutí tohoto období budou rodiče opět schopni či ochotni převzít dítě do své péče (Pazlarová, 2016).

Za všech okolností je rozhodnutí soudu pouze předběžné. Soud je povinen každé tři měsíce prošetřit, zda se situace jakkoliv nezměnila. Situace by se měla vyřešit do jednoho roku, existují však i výjimky, které mohou tuto dobu prodloužit. Z dat vyplývá, že nejčastěji děti

pobývají v přechodném pěstounství od tří do pěti měsíců, ovšem poměrně často jsou pobyty delší (Bubleová et al., 2013).

1.3.3. Poručenství

Poručníkovi jsou svěřovány děti, které z jakéhokoliv důvodu nebyly osvojeny. Poručník přijímá odpovědnost za výchovu dítěte a spravuje jeho jmění (Tomek, 2014)

Poručník je stanoven na základě rozhodnutí soudu, k němuž obvykle dochází v případech, kdy rodiče dítěte zemřeli, byli zbaveni rodičovské odpovědnosti, došlo k pozastavení jejich výkonu rodičovské odpovědnosti nebo byli shledáni nezpůsobilými k právním úkonům v plném rozsahu. Poručníkem se může stát i orgán sociálně-právní ochrany dětí, jestliže jím nemůže být žádná fyzická osoba, například v případě nalezení dítěte a zajištění ochrany jeho práv a zájmů (Bubleová et al., 2013)

Podobu poručenství upravuje novela č. 91/1998 Sb., o rodině, z níž poručenství také vychází.

Od roku 1963 do roku 1998 poručenství fungovalo na základě § 78 zákona o rodině a neslo název „stálé opatrovnictví občanem“. Poručnictví je hrazeno jako služba, a to státem. Poručník je povinen podávat soudu pravidelné zprávy o poručenci, obvykle alespoň jednou ročně. Soud však stále rozhoduje o mimořádných opatřeních. Podobně jako u pěstounství se v poručenství uzavírá Dohoda o výkonu pěstounské péče s příslušným krajským úřadem, případně se tak děje s pověřenou osobou (Bubleová et al., 2013).

1.3.4. Opatrovnictví

Opatrovnictví reprezentuje poslední formu náhradní rodinné péče, jejíž názvosloví je poněkud zavádějící vzhledem ke „stálému opatrovnictví občanem“, které dříve fungovalo namísto poručenství (viz výše). Jedním z aspektů rodičovské zodpovědnosti je zastupování dítěte v právních úkonech, k nimž jsou zatím nezpůsobilé. Tento aspekt je zakotven v § 36 zákona o rodině. V případě, že hrozí střet zájmů mezi dítětem a rodičem nebo mezi dětmi jednoho rodiče, ustanoví soud dítěti opatrovníka. Opatrovníkem se zpravidla stává fyzická osoba; nemůže-li soud stanovit fyzickou osobu, je opatrovníkem určen orgán sociálně-právní ochrany dětí, tedy jeho pracovník. Opatrovník je často označován jako kolizní opatrovník či pracovník (Bubleová et al. 2013).

Pro institut opatrovnictví se soud obvykle rozhoduje v případě ohrožení majetkových zájmů dítěte ve prospěch ochrany jeho jmění, při omezení rodičovské odpovědnosti nebo v rámci řízení o osvojení dítěte (Tomek, 2014)

2. Syndrom vyhoření

2.1. Úvod do problematiky

Syndrom vyhoření, známý u nás i v zahraničí také jako burnout syndrom, je jedním z nejznámějších a nejskloňovanějších syndromů na světě. Velký rozmach zažívá především v posledních několika dekádách. Tento jev byl známý ještě před tím, než dostal své jméno, ale pojmenován byl v 70. letech 20. století. Německý psychoanalytik Herbert J. Freudenberger, autor pojmu, se zasloužil o to, aby se tento syndrom stal důležitým tématem odborníků na mnoho let.

Velký zájem, který tento jev vyvolal, je příčinou vzniku nemalého množství definic, úhlů pohledu na jeho možný vznik, ale i metod léčby a prevence. Již Freudenberger popsal možné skličující a ničivé důsledky syndromu vyhoření jak pro osobu člověka, tak následně pro celou společnost skrze sociální a hospodářský úpadek. Sám autor ve svém díle přiznává, že syndromem vyhoření jistou dobu trpěl, což ho zřejmě inspirovalo k bádání v této oblasti. Freudenberger tento fenomén definuje jako jev vyskytující se u lidí, kteří zpravidla pracují v pomáhajících profesích, ve velké zátěži, ale i s velkým nadšením, přičemž tato kombinace faktorů způsobuje jejich celkové vyčerpání (Freudenberger, 1974).

Podle Honzáka (2015) je probíhající debata o syndromu vyhoření stále živější a aktuálnější, jelikož se kontinuálně zvyšuje jeho výskyt – moderní doba jeho vzniku značně nahrává. K jeho rozvoji přispívají zvyšující se nároky na rychlost životního tempa i na pracovní výkonnost, a současně tradičně malé uznání v určitých profesích; rovněž hodnotová orientace na peníze, úspěch a kariéerní růst, které vyžadují velkou míru nasazení, ovšem přinášejí neadekvátní míru uspokojení z jejich dosažení. Následkem těchto vlivů pak může nastat situace, kdy požadavky na jedince přesáhnou únosnou hranici a vedou k tak silnému pocitu frustrace a vyčerpání, že práce ztratí svoji smysluplnost a dosavadní pozitivní konotace.

Tento fenomén je na obecné úrovni jevem sociálním, který přechází do psychického rozpoložení a naopak. Problémem zůstává, že syndrom vyhoření není klasifikován jako samostatné onemocnění – jedná se pouze o určitou kombinaci symptomů. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10) Světové zdravotnické organizace nezahrnuje syndrom vyhoření jako takový – zařazuje ho pouze částečně do kategorie doplňkových diagnóz (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992). Do určité míry se překrývá s nemocí neurastenie, ale tento překryv je pouze částečný (Stock, 2010). Lze zvažovat souvislost se skupinou F 43 Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, avšak

pouze ve smyslu chronicky působícího stresu v souvislosti s pracovním prostředím (viz níže) (Mezinárodní klasifikace nemocí, 1992).

2.2. Historie

První zmínky o syndromu vyhoření pocházejí z Ameriky z 60. let 20. století, kdy se váhalo mezi termíny vyhaslost a vyhaslý plamen (Kebza & Šolcová, 2003). Jak už bylo řečeno, pojem zavedl až H. J. Freudenberger v roce 1974. Nejdříve se termín vyhoření používal pro označení stavu u lidí, kteří se stali závislími na alkoholu a o vše ostatní ztratili zájem. Dále byl tímto pojmem označován také stav u lidí, kteří se stali drogově závislími a nic kromě drog je nezajímalo. Až posléze byl termín vyhoření používán u lidí, kteří zcela propadli své práci a nic jiného nebylo v jejich zorném poli. Stále častěji používaným označením pro poslední zmíněnou skupinu lidí je termín „workoholici“ – vzhledem k podobnosti se stavem, který vzniká u alkoholiků (Křivohlavý, 1998).

V. Kebza a I. Šolcová dodávají, že největší pozornost se zaměřila na tento fenomén na přelomu 70. a 80. let 20. století. V centru zájmu se nacházely především pomáhající profese, u nichž lze očekávat přítomnost syndromu vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003). Nejprve tedy šlo primárně o pracovní prostředí a situace, kdy lidé poskytovali péči o osoby, které to vyžadovaly a dále kdy pomáhajících pracovníků byl významný nedostatek (Maroon, 2012).

Samotná definice syndromu vyhoření není jednoduchá – jednak kvůli velkému množství různých pohledů na tuto problematiku, jednak kvůli tomu, že syndrom vyhoření není uznáván jako nemoc, jak už bylo řečeno výše. V literatuře nacházíme početné pokusy o definici tohoto pojmu a popis jeho průběhu, příčin a následků. Jednotná definice bohužel neexistuje, různé definice se vždy částečně překrývají a alespoň částečně spolu kolidují. V následujících kapitolách se pokusím nastínit několik málo definic a modelů, které jsou pro účely této práce užitečné.

2.3. Stres

Syndrom vyhoření označuje stav, který vzniká v důsledku dlouhodobé pracovní zátěže – jde o efekt dlouhodobého působení, nikoliv o stav, který je následkem jednodenní zátěže (Freudenberger, 1974). Definice se často shodují v tom, že tato pracovní zátěž souvisí mimo jiné s prací s lidmi. Za příčinu syndromu vyhoření tedy můžeme označit chronický stres, kdežto akutní stres k jeho vzniku pouze přispívá (Selye, 1998).

Jako stres chápeme přirozenou, evolučně prospěšnou reakci organismu na ohrožující situaci či podnět (Winnette, 2019). Za normálních okolností se jedná o přechodný stav, nicméně

lidský organismus se do jisté míry dokáže adaptovat i na déletrvající působení stresu (viz teorie generalizované reakce na stres [GAS] níže). V případě neodeznívajícího stresu však hrozí řada negativních dopadů, které se mohou projevit i jako v podstatě nezvratné narušení neuronálního vývoje, které znemožní normální fungování v průběhu dalšího života (Gunnar & Quevedo, 2007).

Dosavadní výzkum na poli neurovědních oborů ukazuje, že stres je jedním z předních rizikových faktorů pro vznik a rozvoj řady somatických onemocnění včetně rakoviny, kardiovaskulárních nemocí či duševních poruch, jako je například deprese (Cohen et al., 2007). Přestože přesný mechanismus fyziologického působení psychického stresu na zdraví člověka zůstává doposud nevyjasněn, v dnešní době není pochyb o tom, že jeho vliv ve zmíněných oblastech nelze opomenout (Muscatell & Eisenberger, 2012). Existující studie poukazují vztah mezi zvýšenou aktivitou sympatického nervového systému v souvislosti se stresem a aktivací hypothalamo-hypofyzární osy s nežádoucími zánětlivými procesy a souvisejícím urychleným stárnutím a předčasnou smrtí (Miller et al., 2009).

Dopady stresu se odvíjejí především od délky jeho působení, podle níž můžeme stres rozdělit do tří úrovní: Prvním typem je stres, který se objevuje jako přirozená součást života, působí krátkodobě a lze ho zvládnout běžnými copingovými strategiemi. Druhým stupněm je tzv. stres v rámci tolerance, přicházející pouze ve výjimečných situacích, které jedinec dokáže zvládnout s podporou druhých. Posledním, škodlivým typem stresu je stres toxický, který je příliš intenzivní, přetrvává nadměrně dlouho nebo přichází opakovaně. Jeho příčinou často bývají určité děsivé události, obvykle v souvislosti se vztahy s blízkými osobami nebo se situacemi, které nemají žádné dostupné řešení (National Scientific Council on the Developing Child, 2005/2014).

2.4. Definice syndromu vyhoření

V zahraničí jsou používány definice velikánů, jako jsou E. Kyriacou, E. Aronson a A. Pines, Ch. Maslachová, zakladatel H. J. Freundberger, B. Farber a další. V české literatuře jsou nejčastěji zastoupeni J. Vymětal, J. Křivohlavý, V. Kebza, I. Šolcová, A. Hladký, K. Kopřiva, T. Tošnerová a další (Křivohlavý, 1998). Profesor Jaro Křivohlavý ve své knize uvádí řadu definic, charakteristik a modelů, z nichž vybírám ty nejzajímavější. H. J. Freudenberger definuje syndrom vyhoření takto: „*Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení, svůj entusiasmus a svou motivaci (své vlastní hnací síly)*“ (Freudenberger, 1974).

A. Pines a E. Aronson doplňují:

„Burnout je formálně definován a subjektivně prožíván jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým zabýváním se situacemi, které jsou emocionálně těžké (náročné). Tyto emocionální požadavky jsou nejčastěji způsobeny kombinací dvou věcí: velkým očekáváním a chronickými situačními stresy.“ (Pines & Aronson, 1998)

2.5. Symptomy syndromu vyhoření

Podle Stocka (2010) jsou třemi hlavními příznaky syndromu vyhoření vyčerpání (fyzické i emoční), odcizení a pokles výkonnosti. Mezi další výrazné projevy řadíme emociální vypětí, emociální a fyzické vyčerpání, únavu, popudlivost, ztrátu důvěry, depresivitu spojenou s negativním až cynickým postojem alespoň k části aspektů života (Tošner & Tošnerová, 2006).

Kebza a Šolcová (1998) uvádějí, že příznaky lze celkově dělit na projevy vyskytující se na úrovni fyzické, psychické a sociální. Psychicky osoba prožívá ztrátu motivace, pokles kreativity, pocit zmařené energie a času. Často se objevují depresivní a smutné nálady, frustrace a přesvědčení o vlastní méněcennosti. Osoba ztrácí zájem o témata spojená s profesí, propadá se do sebelítosti a zaujímá negativistický postoj. Po fyzické stránce pozorujeme celkovou únavu až apatii, mohou se vyskytovat i obtíže spojené s fungováním srdeční činnosti, dýcháním a zažíváním. Obvyklé jsou poruchy spánku a bolesti hlavy. V sociální oblasti hovoříme o omezování mezilidského kontaktu, pokles empatie a častější sklon k vyvolávání konfliktů.

2.6. Průběh a fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření se neobjevuje ani náhodou, ani náhle. Jedná se o multidimenzionální syndrom, který vzniká vlivem vnitřních a vnějších faktorů člověka a který je charakteristický svou individualitou – jeho vývoj a průběh je u každého člověka jiný. Stock (2010) mapuje rozdělení na fáze průběhu u jednotlivých faktorů v rozsahu tři až dvanáct. Část autorů řadí jednotlivá stadia hierarchicky, část autorů je řadí cyklicky (Halbesleben & Bowler, 2007).

Mnoho autorů dělí vývoj syndromu vyhoření do tří až pěti fází. Například Priebové model (2015) zahrnuje poplachovou fázi, fázi odporu, fázi vyčerpání (začátek vyhoření) a fázi ústupu. Stock (2010) používá rozdělení na stadium idealistického nadšení, stadium stagnace, stadium frustrace a výsledné stadium apatie.

Edelwich a Brodsky nabízí své dělení průběhu a jednotlivých fází syndromu vyhoření v tomto znění:

- *„nadšení,*
- *stagnace,*
- *frustrace,*
- *apatie,*

- *intervence*“ (Edelwich & Brodsky in Křivohlavý, 1998).

Další dělením je dělení dle Ch. Maslachové, které sestává z:

- „*nadšení*
- *psychické a částečně i fyzické vyčerpání*
- *počátky dehumanizované percepce*
- *totální vyčerpání*“ (Maslachová in Křivohlavý, 1998).

Oproti několikafázovým modelům přichází Honzák (2015) s komplexnějším pojetím, které zahrnuje celkem dvanáct fází. Přitom platí, že zmíněné fáze se nemusejí všechny nutně projevit u každého člověka a mohou se objevovat v jiném než popsaném pořadí. Honzák jednotlivé fáze pojmenovává jako nutkavou snahu po sebepoznání, vyšší a tvrdší pracovní tempo, přehlížení potřeb druhých osob, přesouvání konfliktu, změnu hodnot, popírání problémů, stažení se do sebe, výrazné změny v chování, depersonalizaci, vnitřní prázdnotu, depresi a samotný syndrom vyhoření.

Specifický pohled nabízí Hans Selye, jenž za syndrom vyhoření označuje poslední fázi tzv. GAS, který podle něj představuje přirozený průběh vyrovnávání se s těžkostmi. Selye předpokládal, že stresová reakce je snahou organismu o adaptaci na změnu podmínek, a můžeme ho tedy přirovnat k takovým obranným mechanismům těla, jako je například zánět. Stresovou reakci dělí do tří po sobě jdoucích fází: První fází v GAS je bezprostřední reakce na působení stresoru, která je charakteristická aktivací sympatické větve autonomního vegetativního systému, vyplavením stresových hormonů (tedy adrenalinu a noradrenalinu) a připraveností organismu na vrozenou reakci „útok nebo útek“. Ve druhé fázi dochází k určitému zvýšení obranyschopnosti člověka, tělo se vypořádává s šokovou reakcí a přizpůsobuje se dlouhodobému působení stresu. V poslední fázi se však jeho rezervní síly vyčerpají, pokud nedošlo k vyřešení situace v předcházejících stadiích, a objevuje se řada psychosomatických onemocnění – od nespavosti přes depresi až po stav vyhoření (Selye, 1998).

2.7. Rizikové faktory

Kallwass se ve své publikaci z roku 2007 zabývá jednotlivými faktory vzniku, příznaky a fázemi syndromu vyhoření. Věnuje se rovněž prevenci a pomoci lidem, kteří tímto syndromem trpí. Problematiku přibližuje na příkladech lidí, kteří byli syndromem vyhoření postiženi. Kallwassova práce představuje důležitý mezník, neboť rozšiřuje oblast výskytu syndromu i mimo pomáhající profese – ohrožení jsou podle něj i lidé, kteří mají náročnou a vyčerpávající práci, stresovaní a přetěžovaní manažeři, izolované (alespoň pocitově) ženy, které poskytují péči dítěti či seniorovi atd. (Kallwass, 2007).

V rámci syndromu vyhoření hraje roli nesoulad mezi charakterem pracovníka a charakterem vykonávané činnosti. Stock předkládá řadu faktorů, které ke zmíněnému nesouladu přispívají:

- „zvýšená pracovní zátěž,
- špatný kolektiv,
- nedostatek samostatnosti, uznání,
- pocit nespravedlnosti,
- zvýšená míra kontroly,
- konflikt vlastních hodnot“ (Stock, 2010).

Tošner a Tošnerová dokládají, že výskyt syndromu vyhoření je čím dál tím častější. Upozorňují na fakt, že životní tempo je zvýšené, že ekonomické, sociální a emoční rezervy lidí jsou vyčerpávány, a především že společnost je spotřebně orientovaná (Tošner & Tošnerová, 2003). Dříve se věřilo, že původ vyhoření souvisí s prací s lidmi. K práci s lidmi se přidružuje vysoké pracovní tempo, nadstandartní pracovní výkon bez nároku na odpočinek a požadavky bezchybné, neomylné práce (Kebza & Šolcová, 2003).

Další příčinou vyhoření bývá extrémní stupeň svobody a vysoká kontrola. Obě dvě strany polarit extrémní svoboda / extrémní nesvoboda mají pro člověka negativní důsledky. Obdobně je tomu u kontroly, která může být neuvěřitelně svazující při přemíře, ovšem negativně zabarvená je i její absence (Křivohlavý, 1998).

H. Vollmerová uvádí, že vliv určité aktivity je velmi individuální a své tvrzení zdůvodňuje odkazem na odlišnosti našich osobností. Poukazuje na rozdílné způsoby pohledu na jakoukoliv problematiku, na rozdílné přístupy k řešení či absenci řešení, na motivaci, která je u každého člověka minimálně s drobnými nuancemi odlišná, a v poslední řadě na individuální pohled do budoucnosti. Poukazuje rovněž na to, že člověk své osobní preference a hodnoty mění. Ukazuje se, že existují rizikové osobnosti pro vznik syndromu vyhoření (Vollmerová, 1998).

S tím souhlasí i V. Kebza a I. Šolcová, kteří dodávají, že osobnost jedince tvoří vnitřní klíčový faktor, který působí na odolnost člověka vůči negativním účinkům stresu. Za vnější faktor pak označují sociální oporu, zasítování člověka, která člověka podporuje (Kebza & Šolcová, 2003).

K. Kopřiva uvádí tři důvody vzniku syndromu vyhoření, kterými jsou:

- 1) ztráta ideálů,
- 2) workaholismus,
- 3) „teror příležitostí“.

Ztráta ideálů pochází ze ztraceného počátečního nadšení, které postupně slábne vlivem přirozeně narůstajících potíží. Společně s tím dochází ke snížení či ztrátě sebedůvěry. Workaholismus představuje závislost na práci a vytváří v člověku obsesivní potřebu pracovat nepřiměřeně mnoho. Teror příležitostí je založený na nekonečnosti práce a neschopnosti odolávat lákavé šanci příležitostí využít. To vede od neschopnosti polevit až k syndromu vyhoření (Kopřiva, 1999).

2.8. Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí

Největší riziko vzniku syndromu vyhoření nacházíme v pomáhajících profesích. Za nejvíce ohrožené jsou považovány skupiny profesí vyžadující každodenní přímý kontakt s osobami, které potřebují naši pomoc, což působí jako forma chronického stresu, jehož příčinu nelze odstranit. Patří sem proto povolání zdravotního personálu, psychologů, sociálních pracovníků, učitelů a práce v komunikačním provozu, jakou vykonávají dispečeri či novináři. Syndrom vyhoření se však může objevit u kohokoliv, kdo se dlouhodobě věnuje určité činnosti bez ohledu na její povahu, tedy i u jiných profesí než zaměřených na pomoc druhým (Snopková, 2007).

Dlouhodobě zkoumaným fenoménem je syndrom vyhoření u zdravotních sester, které jsou vystaveny velkému pracovnímu vytížení a nesou značnou dávku zodpovědnosti, ovšem disponují pouze omezenou autoritou. Nároky práce, která nezřídka vyžaduje rozhodnutí přesahující kompetenci povolání, v kombinaci s osobnostními faktory a faktory prostředí řadíme mezi přední aspekty syndromu vyhoření u zdravotních sester (Erlen & Sereika, 1997). Zásadní jsou především navazující zjištění, že syndrom vyhoření je asociován nejen s poklesem well-beingu u zdravotních sester, ale také se sníženou kvalitou poskytované péče a finančními ztrátami, které mají nezanedbatelný dopad na fungování zdravotnických zařízení (Iglesias et al., 2010). Lze proto shrnout, že syndrom vyhoření u profesionálů pomáhajících profesí má ve svém důsledku vážný dopad na osobní život, zdraví a rodinné fungování pracovníka, ale také zásadně ovlivňuje kvalitu poskytované péče (Schaufeli & Buun, 1996).

2.9. Diagnostika syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření vykazuje značné podobnosti s řadou jiných onemocnění, přičemž nejčastěji je zaměňován s depresí kvůli ztrátě energie, amotivaci, přítomnosti melancholické nálady a pocitům vlastní bezcennosti (Maroon, 2012). V rámci diagnostiky je proto zásadní diagnostika diferenciální. Klíčovým bodem je skutečnost, že syndrom vyhoření úzce souvisí s pracovním prostředím. Na rozdíl od deprese nepodléhá sezónním výkyvům a pro jeho léčbu

jsou voleny téměř výlučně psychoterapeutické metody, farmakologický přístup zde není využíván (Kebza & Šolcová, 2003).

Obvyklou psychodiagnostickou metodou pro stanovení syndromu vyhoření je dotazník s posuzovacími škálami. Nejvyžívanějším nástrojem je Maslach Burnout Inventory (MBI) (Křivohlavý, 1998). Mezi další osvědčené nástroje patří například Škála znechucení (Tedium scale). Syndrom vyhoření stanoví ošetřující lékař po rozhovoru s klientem, případně s využitím zmíněných dotazníkových metod (Maroon, 2012).

2.10. Prevence a léčba syndromu vyhoření

2.10.1. Prevence

Kromě teoretického rámce syndromu vyhoření obsahuje literatura i celou řadu doporučení a rad sloužících jako vodítko pro překonání, a především pro prevenci syndromu vyhoření. Stejně jako vnitřní a vnější faktory, které k syndromu vyhoření vedou, jsou i obranné faktory a prevence obecně proměnlivou záležitostí.

Prevenci chápeme jako „*soubor opatření, jejichž cílem je zabránit vzniku nějakého jevu, situace, například určité nemoci*“ (Linkos, 2023). Mezi nepostradatelné faktory, které jsou obranou před vznikem a rozvojem syndromu vyhoření, patří podle Priebové především poznání vlastní osoby. Jde o udržení si vlastní identity v rámci přijímání kompromisů. Na obecné úrovni se jedná o schopnost být sám sebou i partnerem druhým v jedné osobě (Priebová, 2015).

Ochranným prvkem, který se v literatuře vyskytuje nejčastěji, je tzv. sociální opora daného člověka. Sociální oporu lze rozdělit na tři úrovně. První úroveň je makroúroveň, která souvisí s interakcí v komunitní rovině. Další úroveň je meziúroveň, která je charakteristická specifickými vztahy v rovině jednotlivce. Poslední úroveň představuje mikroúroveň, která se zaměřuje na kvalitu vztahů daného jednotlivce (Jeklová & Reitmayerová, 2006).

Křivohlavý rozlišuje vlivy stresorů a salutorů. Stresory stojí za zátěží, salutory představují schopnost zvládat specifické situace (Křivohlavý, 1998). Schmidbauer ve své publikaci souhlasí a přikládá seznam doporučení, které pomáhají ochránit organismus před vyhořením. Akcentuje správnou životosprávu, potřebu pohybu a cvičení a nutnost naučit se „vypnout“, potažmo relaxovat (Schmidbauer, 2008).

2.10.2. Léčba

Syndromu vyhoření je snazší předcházet nežli napravovat jeho důsledky. Proto je kladen důraz zejména na preventivní opatření (Stock, 2010). Léčba syndromu vyhoření je poměrně náročná

a individuální, lze ji chápat jako určité kontinuum mezi dovolenou přes psychotherapeutickou pomoc až po hospitalizaci. Čím dříve je léčba zahájena, tím snazší a rychlejší jsou její výsledky, nicméně u značného množství lidí se k léčbě přistupuje až v krajních případech těžké apatie a frustrace. Pokud dojde situace až takto daleko, může se stát, že se člověk už nebude moci vrátit na stejné pracovní místo jako předtím (Honzák, 2015).

Těžiště léčby nalézáme zpravidla v psychotherapeutické pomoci. V rámci sezení pomáhá psychotherapeut klientovi zorientovat se v příčinách jeho potíží, podporuje ho v postupném získávání kontroly nad situací a vede ho k nalezení vhodných řešení. Primárním cílem je osvojení zdravějšího přístupu k práci, životní náplni i k sobě samému. Účinným doplňkem psychotherapeutické léčby může být nácvik relaxace, eventuálně medikace pro zmírnění symptomů spojených s depresivním laděním či poruchami spánku (Kalina, 2013).

II. Empirická část

3. Výzkumný záměr a otázky

Většina dosavadních výzkumů týkajících se syndromu vyhoření, případně jeho prevence, se soustřeďovala na pomáhající profese na obecné úrovni – neexistoval žádný výzkum, který by se týkal konkrétně pěstounské péče na přechodnou dobu. Co se týče českého prostředí, zatím zcela chybí jakákoliv výzkumná činnost, která by se zaměřovala na pěstounskou péči na přechodnou dobu v kombinaci s prevencí syndromu vyhoření u jejích poskytovatelů.

Cílem empirické části mé práce proto bylo zjistit možná rizika syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu a v ideálním případě také nastínit možnou prevenci. Kromě individuálního vnímání problematiky jsem se zaměřil i na konkrétní vnímání a zkušenosti s rizikem syndromu vyhoření. Vycházel jsem z předpokladu, že pohled pěstounů se bude ve většině vnímaných rizik shodovat či podobat. Domníval jsem se rovněž, že zkušenosti každého z respondentů s prevencí syndromu vyhoření se budou mírně odlišovat.

S cílem vyhnout se výzkumnému zkreslení jsem provedl předvýzkum, který se ukázal jako velmi nápomocný. V rámci předvýzkumu jsem pokládal otevřené otázky a obecně jsem měl témata více otevřená. Na základě tohoto šetření jsem mohl následně vytvořit scénář polostrukturovaného rozhovoru, který splňoval požadavky výzkumu i moje očekávání.

V rámci výzkumu jsem položil následující otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jaké je vnímání rizika syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu?

Výzkumná otázka č. 2: Jaké jsou zkušenosti pěstounů na přechodnou dobu s prevencí syndromu vyhoření?

Dílní výzkumná otázka č. 1: Jaké jsou potřeby pěstounů na přechodnou dobu?

4. Metodika

4.1. Kvalitativní výzkum, polostrukturovaný rozhovor

Kvalitativní výzkumná metoda, kterou jsem zvolil, je založena na podrobnějším zkoumání zvolené problematiky. Tato metoda umožňuje bádání do větší hloubky a získání detailnějších informací, které by se kvantitativní metodou získávaly velmi těžko.

Rozhodl jsem se na základě výhod, které skýtá použití kvalitativních metod. Strauss a Corbinová (1999) zdůrazňují dvě z nich, a to možnost získání dat, která kvantitativně získat nelze, a možnost zkoumání jevů, o nichž dosud nebylo shromážděno dostatečné množství dat.

Pracuji s jednou ze základních definic kvalitativního výzkumu, kterou uvádí Disman: „*nenumerické šetření a interpretace sociální reality, s cílem odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*“ (Disman, 2002).

Mezi kvalitativní metody bývají řazeny nestrukturované, polostrukturované a strukturované rozhovory. Na základě jejich definic a porovnání úskalí i výhod jsem se rozhodl pro polostrukturovaný rozhovor. Metoda polostrukturovaných rozhovorů otevírá výzkumníkovi nespočet výhod – ta nejdůležitější spočívá v tom, že jsem měl k dispozici seznam témat, kterého jsem se mohl držet, a zároveň i určitou volnost doptávat se na danou problematiku podrobněji. Strukturovaný rozhovor oproti rozhovoru polostrukturovanému, podle mého, svazuje respondenty návodnými dotazy a neposkytuje výzkumníkovi možnost zkoumat daný jev více do hloubky (nepokládám ho za dostatečně flexibilní). Právě tento aspekt vedl k mnohem bohatším výsledkům analýzy jednotlivých témat. Hendl srovnává oba zmíněné druhy rozhovoru, přičemž polostrukturovaný rozhovor charakterizuje slovy: „*Tento typ rozhovoru se používá, když je nutné minimalizovat variaci otázek kladených dotazovanému. Redukuje se tak pravděpodobnost, že se data získaná v jednotlivých rozhovorech budou výrazně lišit*“ (Hendl, 2005).

Pro zjednodušení práce jsem otázky rozdělil do následujících okruhů:

- 1) Úvod, zmapování minulosti, motivace
- 2) Zkušenosti se syndromem vyhoření
- 3) Vnímání rizika syndromu vyhoření
- 4) Zkušenosti a vnímání prevence syndromu vyhoření

Toto rozdělení bylo základem pro tvorbu celého scénáře v přípravné fázi výzkumu.

Přikládám finální verzi scénáře, který tvořil kostru mého polostrukturovaného rozhovoru:

- 1) Jaké byly/jsou Vaše potřeby v rámci pěstounů na přechodnou dobu? (Co si myslíte, že je zátěžové?)
- 2) Daří se Vám tyto potřeby v průběhu péče naplňovat
- 3) Jaké jsou nejčastější věci, kvůli kterým byste uvažovali o přerušení či ukončení PPPD?
- 4) Co můžete udělat Vy v případě přetížení?
- 5) V případě čehokoliv zátěžového, myslíte si, že by toto (zátěžové) mohla být nějaká forma vyhoření?
- 6) Jak vnímáte riziko syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu?
- 7) Jakou máte zkušenost s prevencí vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu?
- 8) Co Vás na té práci baví/bavilo? (nadšení?)
- 9) Myslíte si, že dobrá komunikace s OSPOD může být prevencí syndromu vyhoření?
Co byste potřebovali od OSPOD, soudu abyste se cítili bezpečně?
- 10) Jakou máte zkušenost s prevencí syndromu vyhoření?
- 11) Co podle Vás může být prevencí syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu?
- 12) Jak vnímáte prevenci syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu?

4.2. Metoda sběru dat

Jak už bylo řečeno, za metodu sběru dat jsem zvolil polostrukturovaný rozhovor a postupoval jsem podle předem připravených otázek.

Časy nahrávek jednotlivých rozhovorů (h:m:s) jsou: 1) 54:21, 2) 39:14, 3) 28:19, 4) 34:16.

Termíny uskutečnění rozhovorů byly: 1) 1. 2. 2023, 15. 3. 2023, 3) 10. 4. 2023, 4) 20. 4. 2023.

Při tvorbě otázek polostrukturovaného rozhovoru a celé struktury výzkumu jsem se inspiroval u Mgr. Michala Kašpara (2021), který užíval kvalitativní design s polostrukturovaným rozhovorem ve svém výzkumu při rigorózní práci na téma Životní spokojenost a osobní charakteristiky římskokatolických kněží v České republice. S cílem orientačně zmapovat jednotlivá témata jsem před zahájením výzkumu uskutečnil rozhovory s odborníky, díky nimž jsem mohl zdokonalit finální podobu scénáře polostrukturovaných rozhovorů, které se staly pilířem získávání dat pro můj výzkum.

První rozhovor, který jsem uskutečnil, jsem následně přepsal a důkladně zpracoval. Následné vyhodnocení a mé otázky mi byly zodpovězeny vyučujícími na Katedře sociální a pastorační práce ETF UK, na Katedře psychologie PVŠPS a na Katedře sociologie, andragogiky a kulturní antropologie UPOL. Po zhodnocení jsem provedl sebereflexi, díky níž

jsem zaznamenal několik problémů, na které jsem v roli výzkumníka narazil. Zkratkovitě uvádím ty, které pokládám za nejdůležitější: přílišné až úzkostlivé lpění na otázkách a neschopnost uvolnit se při nesprávné formulaci otázek, zbytečné přeformulování a vysvětlování pojmů, odbíhání od otázek a v neposlední řadě mé zbytečné hodnocení odpovědí během rozhovoru. Tyto poznámky jsou pro mě inspirací, jak tyto chyby již neopakovat.

4.3. Výzkumný soubor/výběr respondentů

Respondenty mého výzkumu byly osoby žijící v České republice, přičemž rozhovory probíhaly v období od 1. února do 20. dubna 2023. Výběr vycházel z předvýzkumu, který jsem uskutečnil před vlastními rozhovory. Tento předvýzkum sestával z nestrukturovaných a polostrukturovaných rozhovorů, na jejichž základě jsem pak vytvořil finální verzi scénáře polostrukturovaných rozhovorů. Také kontakty jsem získal z tohoto předvýzkumu.

Na začátku, když jsem přemýšlel o samotném designu výzkumu, jsem na základě četných konzultací se členy akademické obce dospěl k závěru, že je potřeba provést výzkum smíšený. Hlavní myšlenka propojení kvalitativní a kvantitativní metody vycházela z mé snahy o zvýšení reliability a validity výzkumu. Z důvodu omezeného rozsahu této práce – po konzultaci se svou školitelkou – se však soustředím na výzkum pouze kvalitativně.

Pro představu v následující kapitole krátce představuji jednotlivé respondenty.

4.4. Popis participantů a participantek

Výzkumu se účastnily 4 osoby, výhradně ženy, a to od věku od 36 do 62 let (průměrný věk činil 50 let). Všechny participantky měly v době realizace rozhovorů zkušenost s poskytováním pěstounské péče na přechodnou dobu. Pseudonymy jsou zvoleny náhodně, ovšem s přihlédnutím k abecednímu pořadí: rozhovor s probandkou od písmene A proběhl jako první, rozhovor s respondentkou B jako druhý atd. Pro lepší představu:

Alice – pěstounka

Barbora – pěstounka

Carmen – pěstounka

Daniela – pěstounka

4.5. Metoda analýzy dat

Ve svém výzkumu jsem zvolil metodu tematické analýzy, kterou pokládám za nejvhodnější pro analýzu těchto konkrétních dat. Braun a Clarke popisují metodu tematické analýzy jako „metodu identifikace, analýzy a odkazování ke vzorkům (tématům) v datech“ (Braun & Clarke,

2006). Autoři dále vyzdvihují především flexibilní použitelnost této metody. Na základě konzultace se svými školiteli jsem byl odkázán primárně na zahraniční literaturu. Mým cílem bylo analyzovat data metodou tematické analýzy za předpokladu správného a úspěšného oddělení jednotlivých témat respondentů.

Mou další pohnutkou bylo získání odstupů od průběhu celého výzkumu. Snažil jsem se podchytit odchylky v mém vlastním prožívání a názorech a odpovědi jednotlivých respondentů. Strauss a Corbinová upozorňují na validitu výzkumníkovy prožívání. Upozorňují na tuto problematiku nejen jakožto dílčí záležitost, ale týká se celého procesu výzkumu (Strauss & Corbin, 2008).

Braun a Clarke pro zdárný účinek tematické analýzy doporučují postupovat v šesti konkrétních krocích, které jsou podle nich naprosto stěžejních a procesně přesných. Jsou výjimečné, protože fungují, ovšem je důležité, aby se k nim výzkumník opakovaně vracel. Těchto šest kroků lze popsat následovně:

1. seznámení se s daty

Vedle samotného se seznamování se s daty jde v tomto kroku o opakované pročitání, případně poslouchání jednotlivých rozhovorů. V rámci tohoto kroku jde o identifikaci a samotné rozlišení důležitých částí těchto dat.

2. generování počátečních kódů

Přistupujeme nyní k samotnému kódování, jde o velmi jednoduché kódy, a to právě z částí, které výzkumníci považují za významné. Dochází k nalezení rysů, vzorců a úseků, které si jsou něčím podobné a které se v datech opakují.

3. identifikace témat

Třetím krokem je kontrola a ověření vygenerovaných kódů. V této fázi vznikají první funkce a témata. Poté vytváříme vrstvy a tvary z konkrétních témat, která jsou kategorizována pod obecnější témata. V této fázi se doporučuje připravit myšlenkové mapy a používat tabulky, kde lze informace třídit.

4. přezkoumávání témat

Čtvrtá fáze je založena na zpětné vazbě, která zahrnuje přehodnocení a revizi jednotlivých textů rozhovorů nebo jejich další naslouchání. Definuje rozdíly mezi jednotlivými subjekty a ověřuje, zda jsou jednotlivé kódy správně definovány. Často se v této fázi jednotlivé předměty slučují nebo se jeden předmět rozdělí na dva nebo více.

5. definování a pojmenování témat

Tato fáze spočívá v tom, že se výzkumník snaží zjistit základní principy jednotlivých témat. Předměty se zabývá samostatně a postupně je spojuje a spojuje mezi nimi souvislosti

6. podání zprávy

Posledním krokem je ústní a písemná závěrečná zpráva obsahující rozbor vybraných témat (Braun & Clarke, 2006).

5. Etika výzkumu

Etické aspekty výzkumu vyvstávají ze samotné podstaty zkoumaných témat. Jednotlivé kazuistiky jsou citlivé a zasluhují si tu nejlaskavější a nejšetrnější péči v manipulaci. Jednotliví respondenti byli na základě žádosti části respondentů a na základě konzultace s vedoucí své bakalářské práce anonymizováni tak, aby neexistovala žádná spojitost mezi pseudonymy, pod kterými v mém výzkumu vystupují a jejich totožností.

Na základě přidružené žádosti respondentů a následné konzultace s uznávaným odborníkem jsem se rozhodl, že částečné kazuistiky z přiložených rozhovorů vyjmu. Sloužily totiž pouze jako přiblížení dané problematiky a nejsou pro výzkum této bakalářské práce podstatné. Uvědomuji si následky svého rozhodnutí a dále se k němu vracím v rámci reflexe v diskusi a dále v analýze dat.

I přes všechna uskutečněná opatření hrozilo nebezpečí, že autor výzkumu zkreslí výsledky výzkumu, a to jak záměrně, tak nevědomou chybou. Kvalitativní zkoumání je v tomto ohledu mnohem rizikovější. Tomuto nebezpečí jsem čelil vyzbrojen konzultacemi a opakovaným návratem k dílčím částem výzkumu.

6. Výsledky

V rozhovorech s probandy jsem pomocí tematické analýzy ustanovil 4 hlavní témata, pod která jsem zařadil i jednotlivě stanovená doprovázející témata. Tato témata jsou k dispozici v seznamu viz níže. Každému mnou identifikovanému tématu se podrobně věnuji v další kapitole a ke každému z nich přikládám výňatky z rozhovorů pro přesnější představu dané problematiky. Jde primárně o to, jak často se daná témata v jednotlivých rozhovorech vyskytovala.

Seznam témat:

- 1) Vnímání rizika syndromu vyhoření
- 2) Zkušenost s prevencí syndromu vyhoření
- 3) Vnímané potřeby během poskytování péstounské péče na přechodnou dobu
- 4) Rizikové, zátěžové faktory péstounské péče na přechodnou dobu

6.1. Vnímání rizika syndromu vyhoření

Každého z respondentů jsem se na toto klíčové téma ptal oddělenou otázkou. Alice k riziku syndromu vyhoření:

„Vnímám ho jako hodně palčivý téma, protože ta práce je extrémně náročná extrémně, vlastně se tam vytváří mnoho různých tlaků na osoby, které vykonávají péstounskou péči na přechodnou dobu a umět tomu čelit těm tlakům ještě ve chvíli, kdy třeba ten péstoun buď má novorozeně nebo malinkatý dítě, u kterého vzniká spánkový deficit nebo starší dítě s velmi nestandardními projevy chování je opravdu hodně náročný.“ (Alice, řádek 8)

Barbora upozorňuje na důležitost délky vykonávání této činnosti jako rizikový faktor, který graduje. Ona riziko syndromu vyhoření vnímá:

„Tak já si myslím, že rozhodně to riziko je řekla bych větší, čím delší dobu člověk péstounem je. A samozřejmě je také, záleží na tom, do jakých situací a jaké případy řeší. Takže řekla bych, že to je velmi ovlivněno zaprvé tím, jestli má kolem sebe nějakou podporu, které může využít, ať je to v podobě doprovázející organizace nebo dejme tomu rodiny, či nějaké další osoby, osob kamarádů, přátel, dejme tomu nebo další, kdyžtak potažmo řeknu dobrovolníků, kteří mu pomůžou a jako zaprvé. A na 2 straně je je ještě pro něj určitě důležité ta podpora jakoby od těch úřadů a od těch všech co vlastně se podílejí na tom na tom případu, který právě ten péstoun řeší. Ačkoli je ze strany sociálních pracovníků, úřadů, případně soud, soudců.“ (Barbora, řádek 91)

Carmen srovnává další péstounky, u kterých to je dle ní vidět. Daniela k tomu dodává, že: *„Já si občas u některých kolegyně myslím, že jsou skutečně jako na hranici toho jo anebo*

jsem zažila kolegyni, která takhle na takový hranici jakoby stála a naštěstí teda právě došlo k tomu, že vlastně onemocněla a velmi dlouho tím pádem přerušila.“ (Daniela, řádek 118)

Samotné riziko syndromu vyhoření rozpracovává ve svém svědectví i zhodnocením kontraproduktivních rozhodnutí, které mohou k syndromu vyhoření vést.

„Některý ty holky se neumí jakoby bránit, jo tam ne každý kraj má takový jakoby osvícený postoj jako má tedy pražský magistrát, který to velmi dobře chápe, že když nebudeme odpočatý a nebudeme plnit vůči nim, tak jsme dost k ničemu, nebo když nás přetíž, tak ono se to děje, pak ty lidi onemocní ukončí vlastně to pěstounství.“ (Daniela, řádek 122)

6.2. Zkušenost s prevencí syndromu vyhoření

Ukazuje se, že téma zkušenosti s prevencí syndromu vyhoření je u některých pěstounů velmi rozdílné. Na jedné straně jde o zkušenost velmi konkrétní skrze konkrétní semináře s metodičkou Dobré rodiny a na druhé straně pouhé doporučení, aby se pěstounka setkala s psychologem.

Zachycení konkrétní zkušenosti pochází od Daniely, která říká: *„Neustále nás vedla k tomu abysme odpočívali, regenerovali, abysme, naplňovali ty svoje potřeby jo a musím říct, teda z vlastní zkušenosti, a protože teď to pozoruju totiž u holek, který teďkon to dělaj krátce.“ (Daniela, řádek 137)*

Konkrétní zkušenost popisuje Alice, která říká: *„Myslím si, že nejvíc vlastně nejdřív jako vůbec si sednout a v klidu si vydefinovat na co říkám ano a na co říkám ne.“ (Alice, řádek 102)* Dodává konkrétní způsob toho, jak se dá tohoto požadovaného účinku dosáhnout: *„Strávit ten čas tím, že si tam zkusej vlastně tyhle ty, rozhovory, aby se člověk opravdu úplně s úsměvem a s lehkostí naučil vlastně říkat ne.“ (Alice, řádek 107)*

Barbora vytváří přemostění mezi tímto tématem a tématem svých potřeb: *„Svůj volný čas a trávili jsme svůj volný čas věci a s lidmi, které jsme měli rádi, a aktivitami, které jsme měli rádi.“ (Barbora, řádek 121)*

Zkušenost Carmen je založená na doporučení doprovázející rodině, aby se setkala s psychologem: *„dobrovolná organizace mi doporučili vždycky psychologický pohovor nebo abych si s někým promluvila, tak asi tak no. Jako no teď jsem to nevyužila, jako si říkám, že jsou lidi, který tam určitě potřebujou víc než než já.“ (Carmen, řádek 61)*

6.3. Vnímané potřeby během poskytování pěstounské péče na přechodnou dobu

Všechny respondentky se shodly na tom, že existuje několik potřeb pěstounů na přechodnou dobu, které se nesmí opomíjet. Toto téma skvěle uvádí Barbora, která kromě potřeby přijatých

děti, které jsou jistě také důležité přidává i: „*potřeby své rodiny a svých dětí, ale také potřeby své vlastní.*“ (Barbora, řádek 101)

Fantasticky podtrhává snahu: „*snažila jsem se, aby ten můj život se vlastně potom v tomto stala pěstounkou jakoby nezměnil v tom smyslu, že bych zapomněla na sebe a že bych si vlastně nedělala radostí a nežila bych tak, jak jsme žili doposavad.*“ (Barbora, řádek 102)

Všechny pěstounky se shodly na tom, že je nesmírně důležité, aby byla vytvořena síť lidí, kteří s péčí pomáhají. Barbora toto uvádí: „*Najít si i někoho, kdo mě dokáže vystřídat, abych mohla já sama na sebe myslet a trávit čas věcmi, které potřebuju, a s projekty, které nemůžu vlastně vykonávat v rámci pěstounství.*“ (Barbora, řádek 109)

Shodují se v tomto všechny, Carmen uvádí prozatím nevyužitě doporučení: „*Moje dobrovolná organizace mi doporučili vždycky psychologický pohovor nebo abych si s někým promluvila.*“ (Carmen, řádek 61)

Doprovodnou organizaci zmiňuje i Daniela a zaměřuje se na odlišnost svého pohledu předtím, než tuto problematiku začala sledovat u svých kolegyň: „*Člověk na začátku je plnej sil, plnej optimismu, entuziazmu prostě tý chuti, do toho má vlastně ještě ten drajv a má pocit, že to takhle vlastně zůstane pořád a že pro to nic moc nemusí úplně dělat.*“ (Daniela, řádek 141)

Téma potřeb velmi silně souvisí s tím, jestli jsou tyto potřeby naplňovány. Ze zkušenosti jednotlivých pěstounek na přechodnou dobu vyplývá, že řada potřeb je vnímaných zpětně, a to právě na základě zpětného hodnocení, zda tyto potřeby byly naplňované.

Další důležitou potřebou, která z mého výzkumu vyplývá a na které se většina pěstounek shodla je potřeba sdílení. Carmen dodává:

„*Hlavně podpora opravdu jakoby ostatních. Nemyslím tím jenom podpůrnou organizaci, ale my máme takovej takovou partičku přechodných pěstounek, kde opravdu jako se můžeme za sebou radit a víme, že to zůstane jako u nás.*“ (Carmen, řádek 10)

Často padalo slovo odfrknutí ve smyslu nabírání sil. Toto skvěle podtrhává Daniele svými slovy:

„*Je to nesmírně náročný, co do výdeje energie nevyspíme se některý ty příběhy jsou nesmírně komplikovaný, tím pádem náročný, takže považuju za velmi potřebný abysme měli možnost vlastně trošku relaxace a zmiňuju to z toho důvodu, protože v tom našem věku ono to není úplně legrace.*“ (Daniela, řádek 5)

6.4. Rizikové, zátěžové faktory pěstounské péče na přechodnou dobu

Z jednotlivých rozhovorů vyplývá, že pěstounská péče na přechodnou dobu je velmi těžká. Všechny z respondentek se shodují, že jednotlivé rizikové faktory jsou mnohem vyšší, než tomu tak je u většiny zaměstnání.

Alice zátěžové faktory uvádí slovy, že pěstounská péče na přechodnou dobu je: „*práce extrémně náročná, vlastně se tam vytváří mnoho různých tlaků na osoby.*“ (Alice, řádek 9) Dále dodává, že: „*zátěžový jsou pak samotný náročný situace s dětma, když například dítě vám přestane dechat tak, nebo má třeba i období, kdy opravdu má jako závažný zdravotní problémy, kde se strachujete o jeho život a pořád váháte, jestli už je to na to je do špitálu.*“ (Alice, řádek 242)

Dalším z rizikových faktorů může být situace, kdy: „*péče o stárnoucího rodiče nebo dokonce jeho úmrtí.*“ (Alice, řádek 250)

Dalším subtématem, který se často v rozhovorech vyskytoval je zkušenost s orgánem sociálně-právní ochrany dětí a soudem. Tyto dvě instituce jsou potenciálním zdrojem zátěže, která je dle mého názoru zbytečná a velmi jednoduše se jí dá předcházet.

Jedna z pěstunek měla konkrétní zkušenost s OSPOD, který nekomunikoval, a právě komunikaci považuje za naprosto klíčovou.

6.5. Provedená analýza

Jako první krok jsem uskutečnil seznámení se s daty. Jednotlivé rozhovory jsem přepsal a pustil do pročitání, které jsem opakoval tak dlouho, než jsem byl schopný identifikovat jednotlivá témata. Snažil jsem se o hluboké porozumění jednotlivým odpovědím každého respondenta. Měl jsem k dispozici nahrávky rozhovorů a u části i nahrávky obrazu. Dále jsem si u všech rozhovorů zaznamenával poznámky obsahující vysvětlení atmosféry a ducha odpovědí. Uvědomil jsem si, jak některé drobné nuance lze určit jen pomocí znovuhlédnutí obrazové nahrávky. Přepsané rozhovory jsem stylisticky upravil a dále vytiskl. Na základě toho jsem s nimi mohl jednodušeji pracovat. Začal jsem s podtrháváním jednotlivých úseků, které mi přišly významné. Tyto úseky jsem následně mohl vybavit počátečními kódy. Tento proces jsem několikrát zopakoval, abych zkontroloval tabulku, do které jsem jednotlivé kódy zaznamenával.

7. Diskuse

V úvodu empirické části jsem se věnoval bližšímu představení specifík kvalitativního designu a metody polostrukturovaného rozhovoru, které tato práce využívá za účelem zkoumání syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu. V současné době neexistuje studie kladoucí si stejné výzkumné otázky, naprostá většina dosavadního výzkumu zkoumala syndrom vyhoření pouze na obecné úrovni u pomáhajících profesí.

Cílem výzkumu popsaného v empirické části bylo zjistit možná rizika syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu a ideálně nastínit možnosti jeho prevenci. Kromě individuálního vnímání problematiky jsem se zaměřil i na vnímání a konkrétní zkušenosti respondentů.

Vzhledem ke zvolenému designu doprovázela výzkum řada metodologických limitů. Jak vyplývá z předchozích kapitol, největším úskalím výzkumu je omezený rozsah, daný formátem bakalářské práce. Je zřejmé, že množství teoretických ani výzkumných nálezů zcela nenaplnuje svůj potenciál. Jelikož z důvodu rozsahu práce již nebylo možné zkoumaný vzorek rozšířit o další osoby, pokládám za vhodné navázat dalším, rozsáhlejším šetřením. Podnětem pro další badatelskou práci je rovněž rozšíření základny respondentů a zahrnutí rodinných příslušníků pěstounů na přechodnou dobu mezi dotazované. Jedním z důležitých výstupů výzkumu je vytipování jedné ze zátěžových situací, a to konkrétně úrovně komunikace s institucí OSPOD a soudem. Proto se domnívám, že zahrnout do výzkumu pracovníky OSPOD a soudu je logickým dalším krokem v mapování situace pěstounů na přechodnou dobu v České republice.

Během výzkumu jsem zaznamenal řadu úskalí, na které jsem v roli výzkumníka narazil. Z nahrávek je patrné, že jsem se až příliš úzkostlivě držel otázek. Zodpovědně jsem respondenty poslouchal a vnímal, jak na jednotlivé otázky odpovídají, bál jsem se však, že odpovědi nebudou validní, pokud konkrétní otázky nepoložím. Dále jsem zaznamenal, že jednotlivé odpovědi na položené otázky hodnotím a působím poněkud zavádějícím dojmem. Tato zkušenost vedla k integraci získaných dovedností a věřím, že právě z tohoto výzkumu budu v budoucnosti dále vycházet.

Přes zmíněné limity výzkumu věřím, že práce přispěla svým dílem k poznání týkajícímu se fenoménu syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu v České republice, což je problematika, která zůstává nadále jen málo probádaná a skýtá prostor pro rozsáhlý navazující výzkum. Provedená studie tak vytyčuje důležitý směr vědeckého zkoumání a poukazuje na nutnost diskuze na dané téma.

8. Závěr

Lze říci, že tato bakalářská práce – v mezích předepsaného rozsahu – splnila svůj účel. Cílem teoretické části bylo jednak uvést relevantní poznatky na téma současné situace náhradní péče v České republice, jednak nastínit problematiku syndromu vyhoření s důrazem na pomáhající profese. Na teoretickou část navázala empirická část představující provedení kvalitativní výzkum.

Cílem výzkumu bylo zmapovat rizika, především prevenci syndromu vyhoření, u pěstounů na přechodnou dobu. Všichni respondenti měli bohaté zkušenosti s poskytováním této formy pěstounské péče. Svého cíle jsem dosáhl pomocí tematické analýzy, kterou jsem provedl na základě dat získaných prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů.

Výsledky ukazují, že vnímání rizika syndromu vyhoření je velmi podobné u všech respondentů. Dochází sice k drobným odchýlkám, ovšem v základních myšlenkách panuje spíše shoda. Z této skutečnosti vyplývá, že rizika syndromu vyhoření u pěstounů na přechodnou dobu jsou ornou půdou pro další výzkum.

Jiným aspektem, na který jsem se ve svém výzkumu zaměřil, byly zkušenosti pěstounů s prevencí syndromu vyhoření. Ukazuje se, že zkušenosti jednotlivých respondentů jsou značně odlišné a rozhodně si zasluhují pozornost.

Jedním z mých cílů bylo obohatit práci s pěstouny na přechodnou dobu, a to konkrétně v oblasti prevence syndromu vyhoření. Přestože tato práce naráží na metodologické i další limity, které jsou popsány výše, nelze jí upřít, že poskytuje celou řadu podnětů pro další zkoumání a nastiňuje jeho možný vývoj.

Seznam literatury

Braun, V. & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.

Bubleová, V., Frantíková, J., & Vránová, L. (2013). *Základní informace o pěstounské péči a péči poručníka*. Středisko náhradní rodinné péče.

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., & Miller, G. E. (2007). *Psychological stress and disease*. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1685–1687.

Červinková-Riegrová, M., Vojáček, M., Velek, L., (eds.) (2009). *Zápisky*. Národní archiv.

Disman, M. (2000). *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Karolinum.

Erlen, J. A. & Sereika, S. M. (1997). *Critical care nurses, ethical decision-making and stress*. *J Adv Nurs*, ;26:953-61

Freudenberger, H. J. (1974). *Staff Burn-Out*. *Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>

Gunnar, M. & Quevedo, K. (2007). *The Neurobiology of Stress and Development*. *Annual Review of Psychology* 58(1), 145-173. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085605>

Halbesleben, J. & Bowler, W. (2007). *Emotional exhaustion and job performance: The mediating role of motivation*. *The Journal of applied psychology*. 92. 93-106. 10.1037/0021-9010.92.1.93.

Honzák, R. (2015). *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Vyšehrad.

Hovorka, D. (2006). *Některé aspekty sociálních služeb: pěstounská péče v proměnách času*. Veřejná správa.

Iglesias, M. E. L., de Bengoa Vallejo, R. B., & Fuentes, P. S. (2010). *The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey*. *Int J Nurs Stud*, 47:30-7

Jeklová, M. & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Vzdělávací institut ochrany dětí.

- Kalina, K. (2013). *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Grada.
- Kallwass, A. (2007). *Syndrom vyhoření v práci a v osobním životě*. Portál.
- Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření. 2., rozšířené a doplněné vyd.* SZÚ.
- Klíma, J. (1951). *Zákoník Chammurapiho. 1. Vyd.* Karlova universita v Praze.
- Koluchová, J. (1992). *Psychický vývoj dětí v pěstounské péči*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
- Kopřiva, K. (1999). *Lidský vztah jako součást profese. 3. vyd.* Portál.
- Králičková, Z. (2001). *Pěstounská péče a její místo v rámci institutů náhradní výchovy v právním řádu České republiky*. Právní obzor.
- Kraus, B. & Poláčková, E. (2001). *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Paido.
- Kraus, B. (2008). *Základy sociální pedagogiky*. Portál.
- Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení. 1. vyd.* Grada Publishing.
- Langmaier, J. & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Karolinum.
- Linkos. (2023). *Prevence*. <https://www.linkos.cz/slovnicek/prevence-1/>
- Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků*. Portál.
- Matějček, Z. (1994). *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Portál.
- Matoušek, O. (2008). *Metody a řízení sociální práce. Vyd. 2.* Portál.
- Meese, R. L. (2010). *Family Matters: Adoption and Foster Care in Children's Literature*. ABC-CLIO.
- Mezinárodní klasifikace nemocí: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10 (Vyd. 3.) (1992)*. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Miller, G. E., Chen, E., & Cole, S. W. (2009). *Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health*. *Annual Review of Psychology*, 60, 501– 524.

Muscatell, K. A. & Eisenberger, N. I. (2012). *A Social Neuroscience Perspective on Stress and Health*. *Social and Personality Psychology Compass*, 6(12), 890-904. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2012.00467.x>

National Scientific Council on the Developing Child (2005/2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3. Updated Edition*. www.developingchild.harvard.edu

Pazlarová, H. (ed.). (2016). *Pěstounská péče: manuál pro pomáhající profese*. Portál.

Prieß, M. (2015). *Jak zvládnout syndrom vyhoření. Najděte cestu zpátky k sobě*. Grada.

Selye, H. (1998). *A syndrome produced by diverse nocuous agents*. *Journal of neuropsychiatry and clinical neuroscience*, 10(2), 230a-231. <https://doi.org/10.1176/jnp.10.2.230a>

Schaufeli, W. B. & Buunk, A. (1996). Professional burnout. In M. J. Schabracq, J. A. M. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology* (pp. 311 - 346). Wiley.

Schmidbauer, W. (2008). *Syndrom pomocníka: podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích*. Portál.

Snopková, I. (2007). *Burn-out syndrom čili syndrom vyhoření*. *Sestra*. 17(7–8), 37–38.

Sobotková, I. & Otčenášková, V. (2013). *Pěstounská péče očima dospělých, kteří v ní vyrostli: trendy vs. zkušenosti*. Univerzita Palackého v Olomouci.

Stock, Ch. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada.

Strauss, A. L. & Corbin, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Sdružení Podané ruce.

Švaříček, R. & Šedřová, K. (2007). *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál.

Tošner, J. & Tošnerová, T. (2002). *Burn-Out Syndrom, Syndrom vyhoření*. Hestia.

Veselá, R. (2003). *Rodina a rodinné právo: historie, současnost a perspektivy*. Eurolex Bohemia.

Vollmerová, H. (1998). *Pryč s únavou*. 1. vyd. Motto.

Vyskočil, F. (2014). *Právní úprava náhradní rodinné péče v České republice*. Středisko náhradní rodinné péče.

Winnette, P. (2019). *Co to je ACE? Adverzní dětské zkušenosti (Adverse Childhood Experiences) a jejich vliv na sociální chování, psychické a celkové zdraví během života*. NATAMA Publishing.

Zezulová, D. (2012). *Pěstounská péče a adopce*. Praha: Portál.

Zuklínová, M. Dvořák, J., Švestka, J. (2016). *Občanské právo hmotné*. Rodinné právo.

Zákony:

89/2012 Sb. Občanský zákoník (nový). Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 28.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

91/1998 Sb. Zákon, kterým se mění a doplňuje zákon č. 94/1963 Sb., o rodině, ve znění pozdějších předpisů, a o z.... Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 28.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1998-91?text=zakon%2089%2F2012%20Sb>

94/1963 Sb. Zákon o rodině. Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 28.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1963-94>

117/1995 Sb. Zákon o státní sociální podpoře. Zákony pro lidi - Sběrka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 28.04.2023]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117?text=117%2F1995>