

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**Syndrom vyhoření a psychická odolnost
pracovníků nízkoprahových zařízení pro
uživatele drog**

Burnout Syndrome and Resilience of Employees
of Low-threshold Services for People Who Use Drugs



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. et Bc. Tereza Kovářová**

Vedoucí práce: **Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.**

Olomouc

2022

Poděkování

Děkuji své rodině a přátelům za jejich podporu a pochopení v průběhu celého studia. Současně bych ráda poděkovala vedoucímu magisterské diplomové práce Mgr. Miroslavu Charvátovi, Ph.D. za cenné rady a podporu. Velký dík patří i všem pracovníkům v nízkoprahových službách pro uživatele drog, zejména pak těm, které délka dotazníku neodradila a zúčastnili se výzkumu.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Syndrom vyhoření a psychická odolnost pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25.3.2022

Podpis

Bc. et Bc. Tereza Kovářová

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Stres a syndrom vyhoření.....	8
1.1 Úvod do problematiky stresu a vymezení souvisejících pojmů	8
1.2 Projevy a dopady stresu na lidské zdraví	11
1.3 Zvládání stresu	13
1.4 Definice syndromu vyhoření a vymezení souvisejících pojmů.....	15
1.5 Fáze a projevy syndromu vyhoření.....	16
1.6 Diagnostika syndromu vyhoření.....	18
1.7 Rizikové faktory.....	19
1.7.1 Faktory na straně jedince	20
1.7.2 Faktory na straně zaměstnání	20
1.8 Prevence vzniku syndromu vyhoření	21
2 Psychická odolnost.....	23
2.1 Definice psychické odolnosti a vymezení souvisejících pojmů.....	23
2.2 Koncepce psychické odolnosti	25
2.3 Faktory ovlivňující psychickou odolnost.....	28
2.3.1 Rizikové faktory.....	28
2.3.2 Protektivní faktory	29
2.4 Možnosti posílení psychické odolnosti.....	30
2.5 Výzkumy psychické odolnosti a syndromu vyhoření	32
3 Nízkoprahové služby pro uživatele drog.....	34
3.1 Definice nízkoprahových služeb pro uživatele drog.....	34
3.2 Terénní programy	36
3.3 Kontaktní centra	38
3.4 Specifika práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog.....	40
3.5 Syndrom vyhoření a psychická odolnost pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog.....	43
VÝZKUMNÁ ČÁST.....	45
4 Výzkumný problém	46
4.1 Cíl práce.....	47
4.2 Hypotézy a výzkumné otázky.....	47
5 Typ výzkumu a použité metody	49
5.1 Výzkumný design	49
5.2 Výzkumné metody	49
5.2.1 Maslach Burnout Inventory	50

5.2.2	Copenhagen Burnout Inventory	51
5.2.3	Dotazník obecné vlastní efektivity	51
5.2.4	Dotazník Sense of Coherence	52
5.2.5	Použité metody analýzy dat.....	53
6	Sběr dat a výzkumný soubor.....	54
6.1	Organizace výzkumu a sběr dat.....	54
6.2	Výběrový soubor.....	55
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	58
7	Analýza dat a její výsledky.....	60
7.1	Ověření statistických hypotéz.....	61
7.2	Výzkumné otázky	67
8	Diskuse	77
9	Závěr.....	83
10	Souhrn.....	85
LITERATURA.....		89
PŘÍLOHY		100

ÚVOD

V rámci diplomové práce se, jak již název napovídá, zabývám problematikou syndromu vyhoření a psychické odolnosti pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog. Pracovníci těchto zařízení prochází se svými klienty, nejčastěji aktivními uživateli návykových látek v prekontemplační fázi, poměrně pestrým pomáhajícím procesem, který mnohdy doprovází velký osobní vklad pracovníka. Osobní vklad je u pomáhajících profesí běžný, může se však stát zdrojem silné psychické zátěže vedoucí k syndromu vyhoření, který je s pomáhajícími profesemi, tedy i prací v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog, spojován. To, že se člověk věnuje pomáhající profesi, však automaticky neznamená, že u něj syndromu vyhoření vyskytne. Protektivně může působit například vhodný time management, ale i psychická odolnost, na kterou jsem se v rámci diplomové práce zaměřila (Kebza & Šolcová, 2003).

Cílem práce je zejména zmapování výskytu syndromu vyhoření mezi pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog a souvislosti tohoto jevu s konstrukty psychické odolnosti.

K zájmu o tuto problematiku mě motivovala stáž v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog v rámci studia adiktologie. Díky této zkušenosti jsem měla možnost alespoň částečně zažít, jak je práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog zajímavá a z mého pohledu nesmírně důležitá. Současně však může být i velmi náročná, nejen z důvodu práce s cílovou skupinou aktivních uživatelů drog, která je poměrně specifická. Pracovníci se mohou setkávat s nepochopením ze strany svých blízkých a široké veřejnosti, která leckdy na princip harm reduction nahlíží jako na aktivní podporování uživatelů návykových látek, pejorativně označovaných „feťáci“, v užívání. Dalším faktorem, který může hrát roli v náročnosti této profese, je z mého pohledu i nedostatečné finanční ohodnocení pracovníků či nízká prestiž nízkoprahových zařízení v rámci systému adiktologických služeb. Zmíněné faktory mě vedly k úvahám o psychické odolnosti a riziku syndromu vyhoření pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Dalším podnětem pro zpracování této práce je i nedostatek studií a výzkumů zabývajících se touto cílovou skupinou.

Cílové skupině pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog jsem se již věnovala i ve své bakalářské diplomové práci na 1.LF UK oboru Adiktologie, v rámci které jsem se zaměřila na problematiku copingových strategií těchto pracovníků (Kovářová, 2021). Sběr dat k bakalářské práci probíhal souběžně se sběrem dat k tomuto výzkumu, proto popisuji v obou kvalifikačních pracích stejný výzkumný soubor a podobné metodologické ukotvení výzkumu. Analyzována však byla jiná data. Současně jsem také v teoretické části práce zaměřené na nízkoprahové služby pro uživatele drog (kapitola 3) použila z velké části již publikovanou kapitolu v rámci zmíněné bakalářské diplomové práce. Kapitolu jsem pouze aktualizovala a rozšířila o poslední podkapitolu.

Kromě kapitoly zaměřené na nízkoprahové služby pro uživatele drog nabízí teoretická část práce seznámení s problematikou stresu, syndromu vyhoření a psychické odolnosti. Empirická část již seznamuje čtenáře s metodologickými aspekty výzkumu, charakteristikami respondentů a výsledky analýzy dat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ

Předmětem kapitoly je uvedení do problematiky stresu a syndromu vyhoření, které zahrnuje základní vymezení těchto pojmů a seznámení s jejich projevy a důsledky. Současně je prostor věnován i zvládnutí stresu, možnostem diagnostiky syndromu vyhoření či prevenci jeho vzniku.

1.1 Úvod do problematiky stresu a vymezení souvisejících pojmů

Stres je v dnešní době poměrně známým a místy nadužívaným pojmem, se kterým se můžeme setkat napříč různými sdělovacími prostředky. Pozornost je často věnována zejména negativnímu dopadu stresu na zdraví či různým způsobům, jak s ním pracovat. Toto běžné užívání slova stres v konverzaci může vést ke ztrátě jeho přesného významu. Zjednodušeně je však možné říct, že ke stresu dochází při zátěži a náročných situacích (Baštecká & Goldmann, 2001).

Stres byl nejprve popisován a zkoumán z hlediska biologie a neurofyzologie, teprve později bylo věnováno více prostoru psychologickému pojetí stresu. Z toho důvodu je nejprve zmíněn popis a koncepce stresu z pohledu představitelů biologického pojetí, mezi které patří například Walter Cannon, objevitel významu sympatoadrenálního systému při stresu. Cannon dále také rozvinul koncepci poplachové reakce, dle které je základní reakcí organismu na stres útok nebo útek (Křivohlavý, 2009).

Na Cannona navazuje autor první systematické teorie stresu a zakladatel kortikoidního pojetí stresu Hans Selye, který jej popisuje jako „stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému“ (Selye, 1966, str. 82). Tento specifický syndrom, který je dle Selyeho globální odpovědí na jakékoliv narušení homeostázy, pojmenoval obecný adaptační syndrom (General Adaptation Syndrome) (Paulík, 2017).

Obecný adaptační syndrom zahrnuje (Selye, 1950):

- **Stadium poplachové reakce** – aktivován autonomní nervový systém a dochází k vylučování adrenalinu, glukózy a dalších látek do krevního řečiště, tělo se připravuje na zátěž.
- **Stadium rezistence** – organismus se snaží adaptovat, zklidnit a zpřístupnit další energetické zdroje pro možnou další mobilizaci.
- **Stadium vyčerpání** – nastane v případě dlouhodobého působení stresu na organismus, který již nemá dostatečné zdroje pro adaptaci a může být nevratně poškozen. V souvislosti s poškozením je často zmiňován zejména chronický dlouhodobý stres. Dle Kebzy a Šolcové (2003) může být projevem stadia vyčerpání syndrom vyhoření, kterému je věnována druhá část této kapitoly.

Výše zmíněná koncepce obecného adaptačního syndromu je stále všeobecně přijímána, ukazuje se však, že se stresová odpověď může lišit v závislosti na emočním naladění či předchozí zkušenosti (Paulík, 2017). Čímž se dostáváme k vnímání stresu z pohledu psychologie.

Představitelem psychologického pojetí stresu je například Richard Lazarus, který rozpracoval koncept kognitivního hodnocení (Cognitive appraisal). Kognitivní hodnocení je rozděleno na hodnocení primární, při kterém vyhodnotíme, zda je situace ohrožující, a hodnocení sekundární, které následuje v případě vyhodnocení situace jako stresující či ohrožující. Termín sekundární hodnocení zahrnuje komplexní hodnotící proces možností jak situaci zvládnout (Lazarus & Folkman, 1984).

Kognitivní hodnocení je tedy velmi individuální a podílí se na něm nejen subjektivní vnímání kompetencí, ale i individuální zranitelnost a další kognitivní a emocionální aspekty. Situace je dle této koncepce stresující ve chvíli, kdy se jeví jako nezvladatelná z důvodu nedostatečných zdrojů potřebných k jejímu překonání a zvládnutí (Křivohlavý, 2009).

V odborné literatuře je možné dohledat řadu definic pojmu stres. Jednotlivé definice se liší například v závislosti na tom, zda se autor zaměřuje spíše na fyziologickou odpověď organismu při náročné situaci, či na celkový vnitřní stav, který zahrnuje psychický i fyzický aspekt. Poměrně komplexní definici nabízí například

Křivohlavý, který uvádí: „*Stresem se obvykle rozumí vnitřní stav člověka, který je buď přímo něčím ohrožován, nebo takové ohrožení očekává, a přitom se domnívá, že jeho obrana proti nepříznivým vlivům není dostatečně silná*“ (Křivohlavý, 1994, str. 10).

Současně je důležité zmínit, že kromě ohrožujícího a nepřiměřeného stresu, který je často nazýván distres, rozlišujeme z hlediska kvality i mobilizující a příjemný eustres. Nutno dodat, že obě tyto varianty stresu doprovází obdobná tělesná odpověď (Praško & Prašková, 2007).

Kromě výše zmíněného rozdělení se můžeme setkat i s dělením stresu podle délky trvání na:

- **Chronický stres** – působí týdny až roky, při kterých dochází k aktivaci hormonálních, imunologických i nervových pochodů (Orel, 2014). Tento druh stresu je jednou z hlavních příčin syndromu vyhoření, kterému je věnována druhá půlka této kapitoly (Kebza & Šolcová, 2003).
- **Intermitentní stres** – kolísavý stres, podobný stresu chronickému s přerušovaným průběhem. Organismus se na něj nejhůře adaptuje, což ho činí velmi ohrožujícím (Orel, 2014).
- **Akutní stres** – krátkodobý stres, který trvá minuty až hodiny. Tento krátkodobý stres zažíváme například v situacích, kdy čelíme nějaké výzvě (Křivohlavý, 2009). Výzva je současně dle Lazaruse a Folkmanové (1984) jedním z možných typů stresujícího podnětu, vycházejícího z primárního hodnocení. Kromě výzvy může být stresující podnět vyhodnocen i jako hrozba či ztráta.

Podnět či situace, na které reagujeme stresem, je označován pojmem stresor. Stresorem může být v podstatě jakákoliv situace či impuls narušující homeostázu organismu (Mravec, 2011).

Dle Paulíka (2017) můžeme rozlišovat stresory reálné, které jedince ohrožují aktuálně, a stresory potenciální, mezi které spadají situační faktory, které vedou k stresové reakci až při překročení určité intenzity či kumulaci, například hromadění pracovních úkolů. Na tom, zda se z potenciálního stresoru stane stresor reálný, se podílí subjektivní vyhodnocení situace, viz kognitivní hodnocení. Selye (1976) nabízí

rozdělení stresorů na stresory fyzikální, například úrazy, užívání návykových látek či vibrace, a stresory emocionální, kam patří úzkostnost, strach či zármutek.

Z výše uvedeného je zřejmé, že stresorem se může stát v podstatě jakýkoliv podnět. Může jím být i šťastná událost, jako je například svatba, která se umístila na sedmém místě na škále náročných životních událostí (Holmese & Rahe, 1967).

Protipólem stresorů jsou salutory, pozitivní ochranné faktory, které nás posilují v náročné situaci (Křivohlavý, 2009). Více prostoru je salutorům věnováno zejména ve druhé kapitole práce.

V souvislosti s tématem diplomové práce je důležité alespoň krátce zmínit psychosociální stres, který může být zdrojem různých obtíží, například syndromu vyhoření. Mezi faktory, které mohou hrát roli při rozvoji pracovního psychosociálního stresu, spadá například prostředí, ve kterém je práce vykonávána, profesní perspektiva či nároky související s obsahem práce (Kebza & Šolcová, 2003).

Pracovní prostředí terénních pracovníků s uživateli drog se odvíjí od prostředí, kde se tito klienti vyskytují, což může být leckdy ne úplně přátelské a příjemné místo. Současně některá kontaktní centra pro uživatele drog umožňují klientům kouřit uvnitř. V zimních měsících může být proto práce v zakouřeném prostředí poměrně náročná. Dále také pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog manipulují s potenciálně nebezpečným materiálem a mohou se vyskytovat v náročných, někdy i nebezpečných situacích (Hrdina & Korčíšová, 2003). Specifikům práce v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog je věnována zejména třetí kapitola. Již nyní je však zřejmé, že problematika pracovního psychosociálního stresu je pro tuto cílovou skupinu velmi aktuální.

1.2 Projevy a dopady stresu na lidské zdraví

Předchozí kapitola je věnována spíše stresu obecně, nyní však přejdeme ke konkrétním projevům stresu a jejich dopadům na zdravotní stav.

Projevy či příznaky stresu je možné zaregistrovat jak na úrovni fyziologické, tak i na úrovni našeho chování a prožívání. Konkrétně mezi tyto příznaky patří například dle Kryla (2004):

- **Tělesné příznaky** – tachykardie, pocení, bolesti hlavy, průjem, zácpa, únava, svalová únava, tremor, zvýšení krevního tlaku, bolesti břicha, enantém, svalové napětí či astenie. Dle Křivohlavého (1994) je možné tuto kategorii projevů označit pojmem fyziologické příznaky.
- **Psychické příznaky** – úzkost, pocit ohrožení, frustrace, deprese, snížené libido, zvýšený či snížený apetit, derealizace, nadměrná bdělost, depersonalizace či pocity bezmoci.
- **Behaviorální příznaky** – agresivita, výbušnost, zlostnost, agitovanost, sexuální excesy, netrpělivost, nadměrné užívání návykových látek, sexuální dysfunkce či přejídání.

Z výčtu jednotlivých projevů je zřejmý komplexní vliv stresu na lidský organismus, potažmo na řadu orgánových soustav. Tomuto zejména negativnímu vlivu stresu na zdraví se věnuje řada studií, které se nejčastěji zaměřují na vztah mezi stresem a kardiovaskulárním, onkologickým a autoimunitním onemocněním (Kryl, 2004).

Současně je však třeba připomenout, že na nemoci se podílí synergie mnoha faktorů. Rozlišujeme proto přímé a nepřímé působení stresu na zdravotní stav, přičemž přímé působení je často zmiňováno ve spojení s imunitním, endokrinním a nervovým systémem. Zatímco nepřímé působení je možné si představit ve formě změny životního stylu, například užíváním návykových látek či zhoršenou životosprávou, což má na zdravotní stav také vliv (Křivohlavý, 2009).

Zdravotní riziko představuje zejména chronický stres, který snižuje funkci imunitního systému, a tím zvyšuje četnost infekčních onemocnění. Na snížení imunity se podílí zejména hormon kortizol, který se při stresové reakci vyplavuje a má mimo jiné i vliv na pomalejší hojení ran. Kortizol se vyplavuje i u deprese, která sdílí některé projevy stresu a do určité míry má se stresem podobnou epidemiologii (Höschl & Horáček, 2016).

Snížená funkce imunitního systému má také vliv na progresi maligních onemocnění. Bujení rakovinových buněk není imunitním systémem dostatečně korigováno, což vede k nebezpečnému množení těchto buněk (Adam et al., 2019). Stresující životní události jsou dle autorů metaanalýzy longitudinálních studií spojeny

s vyšším výskytem a mortalitou rakoviny (Chida, Hamer, Wardle & Steptoe, 2008). Což výzkumně potvrzují i Sommershof a kol. (2017), dle kterých má chronický stres podíl na tvorbě a zrychleném růstu nádorů.

Kromě výše zmíněného se stres spolupodílí i na vředové chorobě gastroduodea, kardiovaskulární poruše, astmatu, migréně či diabetes mellitu apod. (Kryl, 2004; Křivohlavý, 2009). Důsledkem dlouhodobého, především pracovního stresu může být i syndrom vyhoření, který je předmětem této práce (Kebza & Šolcová, 2003).

Paleta příznaků a onemocnění spolupodmíněných stresem může být poměrně široká. V některých případech může na druhou stranu optimální hladina stresu mobilizovat a zvyšovat výkonnost našeho organismu. To však mluvíme hlavně o krátkodobém stresu (Večeřová – Procházková & Honzák, 2008).

1.3 Zvládání stresu

Předchozí kapitola zahrnuje popis příznaků a především negativních důsledků stresu. Jakým způsobem se však můžeme se stresem vypořádat?

Zvládání či vypořádání se se stresem je v odborné literatuře označováno pojmem coping, který označuje děj zvládání jako takový. Současně se můžeme setkat i s pojmem copingové strategie, které představují již konkrétní postupy zvládání (Paulík, 2017). S copingem je spojován již zmíněný autor kognitivního hodnocení Richard Lazarus, který jej se svou kolegyní Susan Folkman popsal jako *„neustále se měnící kognitivní a behaviorální úsilí zvládnout specifické vnitřní nebo vnější požadavky, které jsou hodnoceny jako ohrožující či překračující zdroje dané osoby“* (Lazarus & Folkman, 1984, str.225). Coping tedy považují za vědomý a dynamický proces. Zatímco dle autorů dotazníku Strategie zvládání stresu 78 (SVF 78), který umožňuje zachytit variabilitu způsobů zpracování a zvládání náročných situací, jsou způsoby zvládání považovány za relativně stabilní v čase (Janke & Erdmannová, 2003).

V odborné literatuře se můžeme setkat s celou řadou rozdělení copingových strategií. Jedno z nejznámějších je rozdělení na copingové strategie zaměřené na emoce, tedy aktivity, jejichž cílem je zamezení či minimalizace negativních emocí, například popření situace či vyjádření emocí. Druhou kategorií jsou copingové

strategie zaměřené na problém, které spočívají ve snaze měnit situaci a působit na stresor, například převzetí kontroly či analýza problému (Lazarus & Folkman, 1984).

Dle koncepce, na kterou navazuje již zmíněná metoda SVF 78, je možné zvládací strategie rozlišovat z hlediska jejich účinnosti na pozitivní, tedy stres snižující, a negativní, stres zesilující strategie (Janke & Erdmannová, 2003). Poškozující či nebezpečné strategie zvládání můžeme obecně označovat pojmem malcoping, kam dle Vašiny a Strnadové (2009) spadá například užívání návykových látek.

Soubor pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog, který se účastnil i výzkumu k této práci, volí dle výsledku dotazníku SVF 78 více pozitivní copingové strategie. Obecně nejvíce preferují strategii potřeba sociální opory, která není zařazena ani do jedné výše zmíněné kategorie a je charakterizována tendencí navazovat při stresující události kontakt s druhými (Kovářová, 2021).

Přestože zatím nepanuje konsenzus týkající se klasifikace či definice copingu, ukazuje se, že způsob vyrovnávání se se stresem může mít velký vliv na míru vnímané nepříznivosti situace, která může vést až k rozvoji tělesného či duševního onemocnění (Skinner, Edge, Altman & Sherwood, 2003).

Současně je však nutné rozlišovat rozdíl mezi copingem, kterým je označováno zvládání nadlimitní stresující situace, a adaptací související s běžnou a zvládnutelnou zátěží (Vašina & Strnadová, 2009).

Na zvládání stresu se podílí i obranné mechanismy, které jsou dle Paulíka (2017) popsány jako vnitřní nevědomé mechanismy, jejichž funkcí je zabránění narušení vnitřní integrity a rovnováhy. Ve srovnání s copingem jsou často pokládány za neplnohodnotné způsoby zvládání, které nám poskytují prostor pro objevení vhodnější strategie.

S obrannými mechanismy je úzce spojeno jméno Sigmunda Freuda a jeho dcery Anny, kteří popsali základní typy obranných mechanismů. Později se této problematice věnovala i řada dalších autorů, kteří rozšířili tento výčet o další mechanismy. Základním obranným mechanismem je například regrese, která představuje návrat do nižšího vývojového stadia, popření či projekce (Vašina & Strnadová, 2009).

Dle Vaillant (1971) je možné rozdělit obranné mechanismy na psychotické obrany (popření), nezralé mechanismy (projekce), neurotické mechanismy (represe) a na zralé obrany (humor), které jsou považovány za nejvíce adaptivní.

K zvládnutí stresu přispívají již výše zmíněné salutory, které zahrnují i řadu osobnostních charakteristik, jako je například nezdolnost, smysluplnost, optimismus, sebedůvěra či svědomitost. Protektivním faktorem může být i náboženská víra, která zřejmě souvisí se smysluplností (Křivohlavý, 2009).

Důležitým faktorem pomáhajícím snižovat míru stresu a zvyšovat schopnost adaptace na náročné životní situace je sociální opora, která se projevuje pocitem akceptace, jistoty, důvěry a porozumění ze strany blízkých (Paulík, 2017). Důležitost sociální opory potvrzují i výše uvedené výsledky dotazníku SVF 78.

Některé ze salutorů jsou nám do určité míry dány, lepší zvládnutí náročných situací však můžeme podpořit i různými relaxačními technikami (Křivohlavý, 2009).

1.4 Definice syndromu vyhoření a vymezení souvisejících pojmů

Na syndrom vyhoření či v překladu burnout / burn-out syndrome upozornil v 70. letech minulého století americký psycholog Herbert Freudenberger, na kterého poté navázala řada dalších autorů (Kebza & Šolcová, 2003). Dle Freudenbergera (1974) lze vyhoření popsat jako stav vyčerpání či selhání z důvodu nadměrných nároků na zdroje, sílu či energii jedince. Toto vyčerpání se může projevovat řadou příznaků, jako je například únava, časté bolesti hlavy či snadná iritabilita.

Maslach (2003), která je autorkou diagnostického dotazníku syndromu vyhoření, jej definuje jako syndrom emocionálního vyčerpání, sníženého osobního uspokojení či výkonu a depersonalizace, ke kterému nejčastěji dochází u lidí pracujících s lidmi (tzv. pomáhající profese). Je tedy spojen zejména s pracovním stresem, případně lze považovat i za typ pracovního stresu.

V odborné literatuře můžeme dohledat řadu různých vymezení syndromu vyhoření, které se mohou lišit na příklad v tom, zda přistupují k vyhoření jako k procesu, či jako ke konečnému stadiu. Křivohlavý (2012) v souvislosti s vyhořením

rozlišuje definice popisné, kam patří již výše zmíněný Fredenberger, či zralé, mezi které lze zařadit například definice Maslach.

Ačkoliv se mohou definice jednotlivých autorů vzájemně lišit, většina se dle Kebzy a Šolcové (2003) shoduje v následujícím:

- Jedná se zejména o psychický stav (prožitek vyčerpání).
- Syndrom vyhoření zahrnuje řadu symptomů, hlavně v oblasti psychické, ale z části i v oblasti sociální a fyzické.
- Vyskytuje se zejména u profesí obsahujících jako důležitou složku práci s jinými lidmi.
- Klíčovou složkou je kognitivní a emoční vyčerpání, celková únava a pocit opotřebení.
- Hlavní složky syndromu vyplývají z chronického stresu.

Syndrom vyhoření byl v minulosti často spojován s pomáhajícími profesemi. Tedy povoláními, jejichž pracovní náplň je založená na pomoci druhým lidem, přičemž pracovník do pomáhajícího procesu zapojuje vlastní osobnost (Géringová, 2011). Příkladem pomáhající profese je například pracovník v nízkoprahových službách pro uživatele drog, psycholog či učitel. Ukazuje se však, že syndrom vyhoření se může vyskytovat i u jiných profesí, nejen těch pomáhajících (Kebza & Šolcová, 2003).

Propojení syndromu vyhoření zejména s pracovní oblastí podporuje i Světová zdravotnická organizace, dle které se vyhoření týká jevů v profesním kontextu a nemělo by být používáno k popisu prožitků z jiných oblastí života. Současně popisuje syndrom vyhoření jako důsledek chronického pracovního stresu, který nebyl dostatečně zvládnut (WHO, 2019).

Přestože je syndrom vyhoření spojován spíše s pracovní oblastí, mohou se jeho příznaky promítnout do celkového emocionálního napětí a ovlivnit tak například oblast interpersonálních vztahů (Maroon, 2012).

1.5 Fáze a projevy syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření lze chápat jako stav, nebo postupně se vyvíjející proces, který lze rozdělit do několika fází. Jednotlivé koncepce se v počtu a popisu těchto fází různí, například Freudeberger popsal dvanáct etap, mezi které zařadil: potřebu prosadit se,

zvýšené nasazení a úsilí, opomíjení potřeb, zanedbávání potřeb a přehlížení vnitřních konfliktů, odlišné vnímání potřeb, popírání problému, stáhnutí se, nápadné změny v chování, depersonalizace, vnitřní prázdnota, deprese a vyčerpání syndromem vyhoření (Freudenberger & North, 1992 in Ponocny – Seliger & Winkler, 2014).

V současné době se častěji setkáváme s koncepcí pěti fází syndromu vyhoření dle Eldewiche a Brodskyho (1980 in Stock, 2010), která zahrnuje:

- **Fázi prvotního až idealistického nadšení** – v této fázi pracuje jedinec s nadprůměrným nadšením a očekáváním. Přeceňuje své síly. V kontextu nízkoprahových služeb by to mohla být ambice dovést většinu klientů k abstinenci.
- **Stagnaci** – pracovník se již seznámil s realitou a přehodnocuje své prvotní ideály. Práce pro něj není tak vzrušující jako na počátku a do popředí se dostávají věci, které považoval za nedůležité, např. možnosti kariérního růstu.
- **Frustraci** – pracovník si začíná uvědomovat své omezené možnosti a pochybuje o smyslu svého úsilí. Zažívá pocity bezmoci a zpochybňuje význam své práce a dosažených výsledků, vzrůstá zklamání. Objevují se problémy spojené s byrokracií a nedostatkem uznání ze strany klientů. Nedostatek uznání ze strany klientů i široké veřejnosti je v prostředí nízkoprahových služeb pro uživatele drog poměrně častý.
- **Apatii** – funguje jako obranná reakce proti frustraci. V případě, že nemá pracovník vyhlídky na změnu, dělá jen to, co je nutné, a snaží se vše vyřídit co nejrychleji. Omezuje kontakt s klienty a vyhýbá se náročným úkolům. Objevují se pocity rezignace a zoufalství.
- **Vyhoření** – poslední stadium.

Jednotlivé fáze mohou dle Peška a Praška (2016) trvat různě dlouho a nelze je přesně ohraničit. Současně se mohou střídat a opakovat, případně se některé fáze nemusí vyskytovat vůbec. Poschkamp (2013) zmiňuje plíživý průběh syndromu vyhoření, který popisuje jako klesající spirálu, směřující do stále hlubšího vyčerpání.

Projevy syndromu vyhoření jsou, stejně jako symptomy stresu, velmi komplexní a projevují se na různých úrovních. Jednotlivé příznaky lze pozorovat na:

- **Úrovní psychické** – výrazný je pocit celkového duševního vyčerpání, depresivní ladění, pocity smutku a frustrace, ztráta smyslu, cynismus, sebelítost, iritabilita, hostilita, útlum aktivity a kreativity, negativismus a přesvědčení o vlastní bezcennosti a postradatelnosti, které může hraničit až s mikromanickými bludy (Kebza & Šolcová, 2003; Jeklová & Reitmayerová, 2006).
- **Úrovní fyzické** – únava a rychlá unavitelnost, bolesti hlavy, celková tenze, poruchy spánku, ochablost, bolesti svalů, zažívací, dýchací a kardiovaskulární obtíže (Freudenberger, 1974; Kahill, 1988; Kebza & Šolcová, 2003).
- **Úrovní behaviorální** – stěžování si na práci, ztráta pracovního nadšení, snížená výkonnost, absence, rizikové chování, např. zvýšené užívání návykových látek, rozdmýchávání konfliktů, plačtivost, fluktuace pracovníků, sklon k úrazům (Freudenberger, 1974; Unger, 1980 in Maroon, 2012).
- **Úrovní sociálních vztahů** – snaha o redukování kontaktu s klienty či kolegy, nechuť k profesi a všemu, co s ní souvisí, narůstání konfliktů, nízká empatie a konkrétně operační styl myšlení (Kebza & Šolcová, 2003).

Z výše uvedeného výčtu příznaků je zjevné, že se symptomy syndromu vyhoření mohou manifestovat i jiné negativní duševní stavy, například deprese či chronický únavový syndrom. Diferenciální diagnostice je věnováno více prostoru v následující kapitole.

1.6 Diagnostika syndromu vyhoření

Při identifikaci syndromu vyhoření můžeme vycházet z pozorování výše zmíněných projevů na úrovni chování a prožitků u potenciálně zasažených osob, což vyžaduje jistou míru expertnosti. Pomoci si můžeme řadou psychologických metod, které jsou sestrojeny k diagnostice syndromu vyhoření. Nejčastěji se jedná o sebesposuzovací dotazníky (Kebza & Šolcová, 2003).

Mezi nejčastěji využívané metody k diagnostikování syndromu vyhoření patří:

- **Maslach Burnout Inventory (MBI)** – metoda vznikla na základě výzkumu Ch. Maslach a S. E Jackson (1981), v rámci kterého realizovaly rozhovory a průzkumy mezi různými profesionály. Na základě těchto rozhovorů

definovaly tři subškály dotazníku MBI identifikující vyhoření. Jedná se o emoční vyčerpání, depersonalizaci neboli odcizení a o osobní uspokojení. MBI má i několik dalších variant, například MBI-ES, který byl vyvinut speciálně pro cílovou skupinu vyučujících (Maslach, 1996). Více prostoru je této metodě věnováno v empirické části práce

- **Burnout Measure (MB)** – dotazník od autorů A. M. Pines a E. Aronson, sytící faktor celkového vyčerpání a jeho třech aspektů, fyzického vyčerpání, emocionálního vyčerpání a duševního vyčerpání (Křivohlavý, 2012).
- **Copenhagen Burnout Inventory (CBI)** – novější nástroj, jehož klíčovou komponentou je stejně jako u BM vyčerpání. Autoři metody rozlišují osobní vyhoření, pracovní vyhoření a vyhoření směrem ke klientovi (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005). Stejně jako MBI, je této metodě poskytnuto více prostoru v empirické části práce.

Kromě výše zmíněných metod je možné dohledat řadu dalších nástrojů zaměřených na zachycení syndromu vyhoření, což není vždy snadné. Syndrom vyhoření se totiž může projevovat podobně jako deprese. Dle některých autorů je syndrom vyhoření zvláštní formou deprese (Stock, 2010). Z hlediska diferenciální diagnostiky je důležité rozlišit depresivní ladění spojené se syndromem vyhoření, který je situačně specifický, od endogenní deprese, která postihuje řadu životních oblastí (Kebza & Šolcová, 2003).

Vyhoření se může podobat i alexithymie a chronický únavový syndrom, u kterého se na rozdíl od syndromu vyhoření kromě únavy objevuje i světloplachost, zvýšená teplota či bolesti kosterního svalstva (Kebza & Šolcová, 2003).

1.7 Rizikové faktory

Na to, zda se rozvine syndrom vyhoření, může mít vliv celá řada faktorů, mezi které patří určité osobnostní předpoklady na straně jedince i pracovní prostředí a nároky vykonávané profese.

1.7.1 Faktory na straně jedince

Mezi osobností charakteristiky a predispozice souvisejících se syndromem vyhoření lze zařadit (Kebza & Šolcová, 2003; Stock, 2010; Křivohlavý, 2012; Pešek & Praško, 2016):

- Chování typu A – projevuje se netrpělivostí, soutěživostí, smyslem pro povinnost, perfekcionismem a vznětlivostí (Friedmann, 1996).
- Střední a vysoká senzitivita
- Nízká psychická odolnost
- Vysoký perfekcionismus
- Nízká asertivita
- Vysoká empatie
- Neschopnost relaxace
- Depresivní ladění a úzkostné rysy
- Nestabilní sebehodnocení a sebepojetí

1.7.2 Faktory na straně zaměstnání

V oblasti pracovního života můžeme rozlišit šest klíčových oblastí, v rámci kterých se mohou objevovat rizikové situace a faktory podněcující vznik syndromu vyhoření. Klíčové oblasti pracovního života zahrnují:

- Pracovní zátěž – rizikem je zejména zvýšená pracovní zátěž spojená s nadměrným množstvím práce a vysokými požadavky na výkon. Velmi zatěžující může být i monotonie a nesmyslnost práce (Kebza & Šolcová, 2003; Pešek & Praško, 2016). Příkladem v nízkoprahových službách pro uživatele drog může být zvyšující se počet klientů a s tím spojená administrativa.
- Kontrola – riziková je nízká míra autonomie a samostatnosti a malý vliv na uskutečnění změny v organizaci (Kebza & Šolcová, 2003; Pešek & Praško, 2016)
- Odměny – roli hraje nejen stránka finanční, tedy nedostatečné finanční ohodnocení, ale i nedostatek ocenění ze strany kolegů, nadřízených či klientů (Pešek & Praško, 2016).
- Komunita – to, jak se cítíme v pracovním kolektivu má vliv na pracovní výkonnost. Pokud se v týmu necítíme dobře a panuje v něm nevraživá

atmosféra, může se snížit naše výkonnost. Na špatné atmosféře se může podílet i absence kvalitní supervize, což je další rizikový faktor (Stock, 2010; Pešek & Praško, 2016).

- Spravedlnost – rizikové jsou zejména nespravedlivé poměry, vedoucí k napjaté atmosféře v týmu (Stock, 2010).
- Hodnoty – v případě, že jsou hodnoty organizace v rozporu s individuálními hodnotami, může dojít k vnitřnímu konfliktu, který může vést až k vyhoření (Stock, 2010).

Kromě již zmíněných faktorů lze dle Kebzy a Šolcové (2003) za potenciálně rizikové profese považovat tzv. pomáhající profese či profese, jejichž velkou část pracovní náplně tvoří kontakt s lidmi. Riziková je i nedostatečná společenská prestiž, nedostatek zážitků úspěchu, nároční klienti, absence profesního růstu a dalšího vzdělávání či špatné fyzikální charakteristiky pracoviště (Pešek & Praško, 2016). V kontextu práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog lze považovat rizikové faktory zmíněné v tomto odstavci za velmi aktuální.

Nejasným, potenciálně rizikovým faktorem, který je například dle Kebzy a Šolcové (2003) považován jako neutrální, je délka praxe v oboru. Můžeme se však setkat i s názory, že ohroženější syndromem vyhoření jsou tzv. začátečníci s kratší dobou praxe (Takeda et al., 2015). Smetáčková, Vondrová a Topková (2017) naopak považují více rizikovou k vzniku vyhoření rostoucí délku praxe, spojenou s rutinou či hromadícím se tlakem.

1.8 Prevence vzniku syndromu vyhoření

V odborné i běžné literatuře můžeme nalézt řadu publikací věnujících se preventivním opatřením syndromu vyhoření. Obecným doporučením je dodržování zásad duševní hygieny, mezi které patří například dostatek aktivního i pasivního odpočinku, správná životospráva, time management, vyjadřování svých emocí a dodržování rovnováhy mezi pracovním a osobním životem (Vávrová, 2014).

Důležitou oblast prevence zahrnují různé seberozvojové a relaxační techniky, zaměřené například na rozvoj všímavosti, která je čím dál více populární. V kontextu profese sociálního pracovníka má všímavost dle Kaczora (2018) velký potenciál být

nástrojem transformace hrozby stresu na výzvu vedoucí k efektivnímu zpracování stresové situace. Nápomocné může být i osvojení si mentálních hygienických rituálů, jako je například sprcha, převléknutí se z pracovního oblečení či vědomé zanechávání pracovních záležitostí při opuštění pracoviště (Gillernová a Krejčová, 2012)

Tošner a Tošnerová (2002) v rámci předcházení syndromu vyhoření doporučují vyjadřovat své pocity, stanovit si priority a naučit se říkat ne, doplňovat zdroje energie, vyhledávat zdroje emocionální i věcné opory a přijímat nabídky pomoci.

Organizace či zaměstnavatelé se v rámci prevence vzniku syndromu vyhoření mohou zaměřit na výše uvedené klíčové pracovní oblasti a zaměřit se například na zapojení pracovníků do procesu rozhodování a snažit se o vytvoření příjemného a otevřeného pracovního prostředí (Kebza & Šolcová, 2003). Zapojení pracovníků neboli budování angažovanosti je dle Malsach (2011) nejlepším přístupem k prevenci syndromu vyhoření. Doporučuje vést pracovníky k tomu, aby se spíše než na problémy zaměřovali na pozitivní konec kontinua, tedy jak dělat věci lépe.

Současně je ze strany zaměstnavatele důležité řádné proškolení a možnost osobního rozvoje a vzdělávání (Hrdina & Koršičová, 2003). Povinné vzdělávání u sociálního pracovníka upravuje Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, momentálně se jedná o 24 hodin za rok.

Důležitým nástrojem prevence syndromu vyhoření je supervize, která dle výsledků longitudinální studie potencionálně zmírňuje záměry fluktuace a příznaky vyhoření (Fukui, Wu & Salyers, 2019). V rámci zlepšení vztahů na pracovišti lze také využít intervize, při kterých si kolegové sdílí a pomáhají vzájemně (Habr, Hájková & Vaníčková, 2015). Potřeba pravidelných supervizí a intervizí v nízkoprahových službách pro uživatele drog je ukotvena ve Standardech odborné způsobilosti adiktologických služeb.

Preventivně či protektivně působí i již výše zmíněné salutory, mezi které patří i psychická odolnost, která je předmětem následující kapitoly.

2 PSYCHICKÁ ODOLNOST

Předmětem kapitoly je uvedení do problematiky psychické odolnosti, zahrnující základní vymezení, seznámení s vybranými koncepcemi odolnosti a faktory, které mohou psychickou odolnost ovlivnit. Součástí je i nastínění možností posílení psychické odolnosti a prezentace výsledků studií zabývajících se vztahem mezi psychickou odolností a syndromem vyhoření.

2.1 Definice psychické odolnosti a vymezení souvisejících pojmů

Odolnost je dle psychologického slovníku definována jako: „*schopnost vyrovnávat se s životními situacemi společensky přiměřeně, bez patologických reakcí*“ (Hartl & Hartlová, 2015, str. 367). Současně lze na psychickou odolnost pohlížet jako na psychickou kvalitu, charakterizovanou schopností čelit zátěžové situaci, obnovit ztracené síly a využít zvládnutí zátěže v další adaptaci (Kebza & Šolcová, 2008; Paulík, 2017).

Výše uvedená definice je poměrně široká, přehled jednotlivých schopností nabízí Paulík (2017), dle kterého odolnost zahrnuje schopnost:

- Odolat tlakům a klást odpor bez výraznějšího narušení psychického systému.
- Využití získaných zkušeností či nových poznatků ke změně systému.
- Pružné a rychlé regenerace systému, rychlý návrat do původního stavu.
- Přijímat své negativní i pozitivní pocity a prožitky bez nutnosti se jimi nechat strhnout, či je za každou cenu kontrolovat. Tuto schopnost můžeme pojmenovat souhrnně flexibilita, což je současně i jedna z novějších koncepcí psychické odolnosti (Kebza & Šolcová, 2015).
- Využít své vnitřní i vnější zdroje pro zvládnutí zátěže.

Psychickou odolnost lze chápat a nahlížet na ni z různých úhlů pohledu. Jedním z nich je vnímání odolnosti jako osobnostního rysu, který je získanou či vrozenou relativně stabilní a individuální charakteristikou, pro kterou je typický adaptivní způsob zvládnutí náročných situací (Paulík, 2017). Tento pohled je často spojován

s prvním obdobím zájmu o problematiku odolnosti (Hošek, 1999). Na odolnost lze však nahlížet i z procesuálního pohledu, kdy je odolnost chápána jako adaptační dynamický proces, na kterém se aktivně podílí osobnostní předpoklady, nároky i vnější podmínky (Paulík, 2019).

Paulík (2019, str. 156) nabízí poměrně komplexní definici, dle které popisuje psychickou odolnost jako: *„vícerozměrný, mnohostranně podmíněný, komplexní dispoziční jev, umocňující adaptaci a osobnostní rozvoj i za nepříznivých podmínek.“*

Podobně definují Kebza a Šolcová (2008;2015) pojem resilience, který je v jejich publikacích používán jako synonymum odolnosti. S použitím pojmu resilience jako synonyma k odolnosti se můžeme setkat u více autorů, například Sobotková (2007) považuje odolnost či pružnost jako český ekvivalent anglického slova resiliency. Na resilienci lze však pohlížet i jako na specifický typ odolnosti (Baštěcká & Goldman, 2001). V rámci následujícího textu jsou tyto dva pojmy používány jako synonyma.

Kebza (2005) uvádí dvě formy resilience, formu autentickou, která je založena na skutečných sociálních a intrapersonálních dispozicích a předpokladech, či tzv. pseudoresilienci demonstrovanou účelovým chováním spojeným s projevováním vlastností, které jsou v sociokulturním kontextu vnímány jako žádoucí, například mužnost či udatnost.

V kontextu zaměření na pracovní oblast můžeme zmínit i kariérní resilienci, kterou Mishra a McDonald (2017) charakterizují jako proces vyrovnávání se se změnami, výzvami a neúspěchy, adaptování se a prosperování v profesním životě, který je kultivován v průběhu celého profesního života.

Současně je důležité zmínit i protipól odolnosti, kterým je vulnerabilita neboli zranitelnost, projevující se zvýšenou křehkostí, citlivostí a sníženou tolerancí k zátěži. Vulnerabilita může být příčinou i důsledkem narušení adaptace či selhání. Co se týče osobnostního nastavení, je vyšší zranitelnost spojována například s neuroticismem (Paulík, 2019). Vulnerabilita je zároveň, jak již bylo výše zmíněno, rizikovým faktorem vzniku syndromu vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003).

2.2 Koncepce psychické odolnosti

V rámci psychologie zdraví a salutogeneze začali odborníci přemýšlet nad otázkou, jak je možné, že někdo zůstává zdravý navzdory nepříznivým podmínkám, zatímco někdo jiný ve stejných podmínkách onemocní. Jednou z možných odpovědí na tuto otázku může být psychická odolnost, která je do dnešní doby předmětem řady výzkumů, na jejichž základě vznikají různé koncepce psychické odolnosti (Baštecká & Goldman, 2001). Cílem této kapitoly je seznámení s některými z těchto koncepcí.

Hardiness

Pojem hardiness, překládaný jako nezdolnost či tuhost, představuje koncepci odolnosti S.C. Kobassové a jejích kolegů, kteří na základě výzkumu vysoce postavených úředníků, kteří navzdory velkému tlaku vykazovali vysokou odolnost vůči nemocím, označili trs osobnostních rysů tvořící koncepci hardiness (Baštecká & Goldman, 2001).

Mezi základní složky hardiness patří (Kobasa 1979; Kobassa, Maddi & Kahn, 1982):

- **Oddanost (commitment)** – sklon zapojovat se či angažovat se do všeho, co jedinec vykonává, současně je však věrný svým zásadám a sobě.
- **Výzva (challenge)** – schopnost vnímat změny jako příležitosti a pobídky k růstu namísto hrozeb. Díky této schopnosti je zátěž spíše stimulující než stresující, což umožňuje přizpůsobení se situaci.
- **Kontrola (control)** – schopnost udržet situaci pod kontrolou, necítit se bezmocný a důvěřovat své schopnosti vývoj situace ovlivnit.

Koncepce svým úsilím o autentický život, rozvoj a identifikaci individuálních osobnostních předpokladů navazuje na humanistickou a existenciální psychologii. K diagnostice hardiness vytvořili autoři koncepce sebesuzující dotazník Personal Views Survey (PVS) (Kebza & Šolcová, 2008).

Locus of Control

Neboli místo kontroly či řízení je koncepcí J.B. Rottera, který vycházel z teorie sociálního učení a zaměřil se na rozdílné přístupy řešení problémů (Křivohlavý, 2009). Rotter (1966) charakterizuje místo kontroly jako přesvědčení jedince o míře kontroly nad událostmi, které se mu dějí, přičemž míru tohoto přesvědčení popisuje jako

kontinuum mezi pólem externí a interní místo kontroly. Locus of Control je dle Rottera (1966) relativně stabilní osobnostní charakteristika, je však možné ji v průběhu života ovlivnit.

Dle této koncepce mají jedinci s vyšším externím místem kontroly tendenci připisovat své úspěchy externím činitelům, přenechávat řešení různých situací na svém okolí a zpochybňovat svou roli v možném řešení a ovlivnění situace. Naopak jedinci s interním místem kontroly věří, že jsou strůjci svého osudu, jsou iniciativní a aktivně řeší své problémy (Slezáčková, 2012). Můžeme si povšimnout, že interní místo kontroly nápadně připomíná složku kontroly v předchozí koncepci hardiness.

Koncepce Locus of Control je předmětem řady výzkumů, které poukazují na vliv interního místa kontroly na vyšší odolnost jedinců vůči stresu, duševním zdravím a lepší zvládání zátěžových situací (Marks, 1998; Hošek, 2003). Což potvrzují i výsledky longitudinální studie 2 052 žen, zahrnující respondentky bez diagnózy a s diagnózou úzkostné či depresivní poruchy, dle kterých externí místo kontroly předpovídá vyšší závažnost úzkosti a deprese (Hovenkamp-Hermelink at al., 2019).

Sense of Coherence

Autorem koncepce Sense of Coherence, která bývá do češtiny překládána například jako smysl pro soudržnost, je A. Antonovsky, který při tvorbě koncepce vycházel ze svých poznatků týkajících se osob vězněných v koncentračních táborech. Zaměřil se zejména na rozdíly ve schopnosti zvládat extrémní podmínky v koncentračních táborech, na základě rozdílů definoval tři složky či dimenze smyslu pro soudržnost (Kebza & Šolcová, 2008).

Mezi dimenze smyslu pro soudržnost patří (Antonovsky, 1987; Křivohlavý, 2009):

- **Srozumitelnost (comprehensibility)** – kognitivní složka vyjadřující dispozici vnímat svět a své místo v něm jako srozumitelné. Kladný pól srozumitelnosti představuje jedinec, který rozumí svému místu ve světě, vnímá svět jako konzistentní, smysluplně uspořádaný celek, na který se může spolehnout a důvěřovat mu. Naopak při nedostatku smysluplnosti vnímá jedinec svět jako chaotické místo, které je pro něj nepřehledné a nemůže se na něj spolehnout.

- **Zvládnutelnost (manageability)** – zahrnuje motivační stránku, pro kterou je typické přesvědčení o schopnosti situaci zvládnout. Při nedostatku zvládnutelnosti je jedinec přesvědčen, že sám nedokáže situaci úspěšně překonat, což může vést k poklesu iniciativy a pocitu úzkosti či deprese.
- **Smysluplnost (meaningfulness)** – emotivní složka zahrnující dispozici vnímat svůj život jako smysluplný a důvěra v to, že vynaložené úsilí přinese výsledky.

Tyto tři dimenze určují celkový smysl pro soudržnost, který lze chápat jako osobnostní charakteristiku, zahrnující soudržnost a jednotnost osobnosti i pospolitost v sociálním slova smyslu. Člověk vykazující tuto osobnostní charakteristiku lépe vzdoruje životním těžkostem. (Antonovsky, 1987; Křivohlavý, 2009).

Pro určení míry smyslu pro soudržnost je možné využít například Antonovského škálu Sense of Coherence, která je blíže popsána v empirické části práce. Koncepte smyslu pro soudržnost byla pro řadu autorů natolik inspirující, že na ni navázali vlastní koncepty (Kebza & Šolcová, 2008). Antonovsky mimo jiné výrazně přispěl k zájmu o oblast psychologie zdraví a salutogenezi (Baštěcká & Goldman, 2001).

Self-efficacy

Self-efficacy lze dle autora této koncepce A. Bandury (1997) charakterizovat jako subjektivní přesvědčení o vlastní schopnosti a zdatnosti dosáhnout vytyčených cílů. V české literatuře se můžeme setkat s překladem pojmu self-efficacy jako sebeuplatnění (Janoušek, 1992) či vnímaná osobní zdatnost či účinnost (Křivohlavý, 2001).

Vnímaná osobní účinnost se dle Bandury (1997) podílí na motivaci zapojit se do aktivit a naplnit své cíle. Míra self-efficacy se současně podílí i na tom, zda na situaci nahlížíme jako na hrozbu, či jako na výzvu. Na míře vnímané osobní účinnosti se podílí předchozí vlastní či zprostředkované zkušenosti, důležitým zdrojem je zejména zkušenost a zážitek úspěchu, který self-efficacy zvyšuje (Bandura, 1997).

V odborné literatuře můžeme dohledat několik dotazníků měřících self-efficacy, například Children's Self-efficacy Scale či často používaný General Self-efficacy scale od autorů M. Schwarzera a R. Jerusalem, který u nás přeložil J. Křivohlavý jako dotazník

obecné vlastní efektivity (DOVE) (Hoskocová, 2006). Dotazník obecné vlastní efektivity je blíže popsán v empirické části práce.

Flourishing

Neboli koncepce osobního rozkvětu je dle Kebzy a Šolcové (2015) jednou z novějších koncepcí psychické odolnosti. Podstatu rozkvětu tvoří laskavost, dobrota, osobní rozvoj a psychická odolnost, přičemž v rámci pocitu osobní pohody by měl být tento fenomén rozvíjen a podporován v průběhu celoživotního vývoje. Rozkvět úzce souvisí s osobní pohodou a štěstím, což má vliv na psychickou odolnost. Opakem rozkvětu je pojem languishing neboli strádání či soužení (Kebza & Šolcová, 2015; Paulík, 2017).

Předmětem této kapitoly je krátké seznámení s vybranými koncepcemi psychické odolnosti, u kterých si můžeme povšimnout vzájemné provázanosti. Kromě výše zmíněných koncepcí se však můžeme setkat i s dalšími, mezi které patří například koncepce optimální zkušenosti, flexibility či optimismu a humoru (Baštecká & Goldmann, 2001; Kebza & Šolcová, 2008).

2.3 Faktory ovlivňující psychickou odolnost

Psychická odolnost je podmíněna celou řadou faktorů, které jsou do velké míry individuální. Přesto se však několik odborníků, u nás například Z. Matějček a Z. Dytrych, zaměřilo na faktory podílejících se na rozvoji, či naopak oslabení odolnosti (Novotný, 2010). Poznatky týkající se těchto faktorů se ve většině případů vztahují k období dětství a dospívání, která jsou při formování psychické odolnosti významná (Paulík, 2017).

Níže uvádíme některé rizikové a protektivní faktory, které mohou odolnost ovlivnit. Současně je však potřeba připomenout rozmanitost psychické odolnosti, na které se podílí nejen individuální osobnostní rysy, ale i konkrétní situace a okamžik (Rutter, 1987).

2.3.1 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory, zvyšující pravděpodobnost zhoršené adaptace a snížené odolnosti, můžeme zařadit například chudobu, traumatické události, rodinné konflikty, násilí v rodině či rodiče s duševním onemocněním nebo závislostí. (Šolcová, 2009).

Tyto rizikové faktory či okolnosti je možné zařadit do skupiny vnějších faktorů, kam je dle Matějčka (1998) možné zahrnout i zanedbávání, rozvod, šikanu či onemocnění dítěte. Podobné faktory popisuje i Werner (1996), která dále zmiňuje absenci primární péče v prvním roce života dítěte, narození sourozence dříve, než jsou dítěti dva roky, či změnu bydliště a školy.

Kromě vnějších rizikových faktorů lze také rozlišovat faktory vnitřní, kam lze zařadit například sníženou inteligenci, impulzivnost, plačtivost, nezdrženlivost či obecně temperament dítěte, který může být rizikový obzvláště v případě, kdy ho jeho blízcí obtížně přijímají (Horáková Hoskovcová & Suchochlebová Ryntová, 2009). Setkat se můžeme i s rozdělením rizikových faktorů na proximální, tedy přímo působící na jedince, a faktory distální, které jsou zprostředkovány prostřednictvím proximálních faktorů, například vyrůstání v oblasti s vyšší kriminalitou (Jenkins, 2008 in Šolcová, 2009).

Rizika však mohou mít i pozitivní potenciál, který může vést k posílení odolnosti. Puncová (2003) tento mechanismus připodobňuje k principu očkování.

2.3.2 Protektivní faktory

Cenná data v oblasti protektivních faktorů nabízí rozsáhlá longitudinální studie již zmíněné Werner, která se zaměřila na kohortu 698 dětí narozených na ostrově Kauai (Šolcová, 2009). Na základě získaných informací určily Werner a Smith (1992) tři oblasti faktorů, ve kterých se děti s nízkou a vysokou resiliencí navzájem lišily, a popsaly je jako protektivní. Mezi tyto protektivní oblasti zařadily (Werner & Smith, 1992):

- Vřelé a laskavé vztahy s dospělými, díky kterým se u dětí vyvinula iniciativa, autonomie a důvěra, a jsou pozitivními vzory.
- Dispozice k sociabilnímu chování a dostatečné kognitivní dovednosti.
- Kontakt se školním prostředím a dalšími mimoškolními volnočasovými organizacemi, o které se mohou opřít.

Na poslední oblast navazuje i Matějček a Dytrych (1998), dle kterých působí podpůrně, pokud je dítěti umožněno ve škole uplatnit své intelektové schopnosti

a může využít své individuální dovednosti a schopnosti mezi vrstevníky, například formou volnočasových aktivit.

Podpůrně může působit i asertivita, smysl pro humor, empatie, smysluplné vztahy, sociální opora, pozitivní vzor či mentor, vyvinuté sociální kompetence, rodičovství odpovídající potřebám dítěte, vyšší socioekonomický status, tolerantní prostředí či identifikace s kulturou, ve které žiji (Ungar, 2006).

V odborné literatuře se můžeme setkat i s dalšími protektivními faktory, Šolcová (2009) například zmiňuje domácí zvíře, které může do jisté míry suplovat chybějící vztahy. V souvislosti s protektivními faktory je však potřeba si uvědomit, že jejich výskyt nemusí nutně vést k odolnosti. Pokud jsou negativní vlivy příliš silné, mohou tyto faktory působit jako podpůrné zdroje procesu adaptace, snižující individuální zranitelnost jedince (Matějček & Dytrych, 1998).

2.4 Možnosti posílení psychické odolnosti

Psychickou odolnost můžeme ovlivnit prostřednictvím posílení zdrojů odolnosti, mezi které patří například sociální opora (Šolcová, 2009). To, že se máme na koho obrátit, nám může pomoci k hlubšímu porozumění situace, získání jiného úhlu pohledu či dalších informací. Současně však může sociální opora kladně ovlivnit sebevědomí a subjektivní vnímání vlastních kompetencí či již výše zmíněnou vnímanou vlastní účinnost (Křivohlavý, 2001). Na nás je poté využít potenciálu sociální opory a naučit se ji používat (Kebza, 2005). Sociální opora se samozřejmě vztahuje i k pracovnímu prostředí, ve kterém může být rozvíjena supervizemi, intervizemi či teambuildingem, jak již bylo zmíněno v kapitole věnované prevenci syndromu vyhoření, ke které se v této kapitole z důvodu vzájemné provázanosti často vracíme.

Psychickou odolnost je možné podpořit i (Kebza, 2005; Paulík, 2017):

- **Relaxačními technikami a fyzickou aktivitou** – například meditace, imaginace, dechová cvičení či jiné relaxační techniky, otužování, jóga či jiný sport, jak již bylo zmíněno v kapitole věnované prevenci syndromu vyhoření.
- **Humorem a optimismem** – humor může být prostředkem odreagování a příjemným uvolněním od náročné situace. Bývá provázen pozitivními emocemi a smíchem, který také moderuje míru prožívaného stresu.

V souvislosti s předchozím bodem můžeme zmínit například jógu smíchu, kterou u nás propaguje například K. Nešpor. K optimismu zmíníme koncepci naučeného optimismu M. Seligmana, které zjednodušeně spočívá v tom, že lze postupnými kroky najít něco nadějnějšího a pozitivního i na negativním prožitku, což může vést k větší duševní pohodě (Seligman, 2013).

- **Osvojením si principů asertivity** – v souvislosti s asertivitou je často zmiňováno asertivní desatero, mezi které patří například vědomí, že mám nárok změnit svůj názor, říct ne, nenabízet omluvy a vysvětlení za své chování či říct, že něčemu nerozumím. Mezi zásady asertivity lze zařadit jasné vyjadřování svých pocitů a názorů, respektování práv a stanovisek druhého, nést odpovědnost za své chování a kontrolovat své emoce (Horáková, 2017).
- **Osvojením si technik zaměřených na zvládnutí negativních emocí** – negativní emoce se mohou objevit přirozeně v důsledku únavy či frustrace. V rámci zvládnutí vlastních emocí, například vzteku, se doporučuje mapovat a rozpoznat signály přicházející emoce a následně použít některou z technik, například odvedení pozornosti či pozastavení se. Současně je důležité mít na paměti rizikové faktory, jako jsou například hlad či únava, podílející se na snazší ztrátě kontroly, a snažit se je minimalizovat.
- **Sebepoznáním a seberozvojem** – díky sebepoznání znám své silné stránky, schopnosti a dovednosti, na které se mohu spolehnout či si na ně dát pozor. Sebepoznání podléhá subjektivnímu zkreslení, nápomocné nám mohou být například informace od okolí.
- **Time managementem a režimem práce a odpočinku** – plánování využití času a určení si priorit a rozfázování dílčích aktivit napomáhá nejen ke zlepšení organizace a plnění pracovních úkolů a povinností, ale i k pocitu kontroly nad situací. Při práci je také doporučováno respektovat biorytmy a dopřát si dostatek pasivního odpočinku ve formě spánku. Obecně se při duševní aktivitě doporučuje zařadit pětiminutovou přestávku po každé hodině práce a po třech hodinách tuto přestávku prodloužit alespoň na patnáct minut.

Můžeme se setkat i s komplexními programy a intervencemi zaměřenými na posílení resilience. Reich (2006 in Šolcová, 2009) například v souvislosti s posílením odolnosti osob postižených živelnými katastrofami stanovil 3 základní principy, tzv.

3 C, na které by měly být zaměřené intervence. Mezi 3 C patří: pocit soudržnosti a propojenosti (coherence, connectedness), s čímž souvisí již výše zmíněná sociální opora a budování pocitu kontroly nad situací (control). Můžeme se setkat i s dalšími programy, přičemž dle výsledků metanalýzy 111 recenzovaných článků, 437 citací a 17 studií věnujících se intervencím navrženým k zlepšení individuální odolnosti se ukazuje, že pozitivní dopad na individuální odolnost mají zejména intervence a programy založené na technikách kognitivně behaviorální terapie a všímavosti (Joyce, S. et al., 2018).

Konkrétní techniky a cvičení k rozvoji psychické odolnosti uvádí ve své knize například Berg (2017), která nabízí 50 cvičení zaměřených na práci s přijetím, optimismem, spiritualitou, orientací na řešení či schopností odpoutat se a zaměřit se na něco jiného.

2.5 Výzkumy psychické odolnosti a syndromu vyhoření

Vztahem mezi různými koncepcemi psychické odolnosti a syndromem vyhoření se zabývala řada autorů, cílem kapitoly je seznámení s výsledky vybraných studií.

Vztahem syndromu vyhoření a smyslu pro soudržnost se zabýval například Gilbar (1998), který čerpal z výsledků dotazníku MBI a škály Sense of Coherence (dále jen SOC) od 102 zdravotně sociálních pracovníků. Výsledky studie poukazují na negativní korelaci jednotlivých škál SOC se škálou emočního vyčerpání MBI, současně však smysl pro soudržnost předpovídal pouze 0,09 % rozptylu emočního vyčerpání.

Podobné výsledky zmiňují i novější studie napříč různými cílovými skupinami. Negativní korelace mezi SOC a škálou emočního vyčerpání ($r = -0,41, p < 0,01$) je i jedním z výsledků studie, které se účastnilo 271 italských logopedů. Kromě emočního vyčerpání vykazovali logopedi s nízkou mírou SOC vyšší cynismus a nižší pracovní účinnost (Galletta et al., 2019). Což podporují i výsledky regresní analýzy v rámci studie zaměřené na osoby pracující v pečovatelských domovech v období pandemie Covid-19, dle kterých SOC negativně predikuje emoční vyčerpání a depersonalizaci. Dle autorů studie je kromě SOC ochranným faktorem proti vyhoření i vnímaná sociální opora, která se SOC pozitivně koreluje (Navarro Prados, Jiménez García-Tizón & Meléndez, 2021).

Negativně se syndromem vyhoření koreluje i self-efficacy, které dle výsledků studie zaměřené na cílovou skupinu učitelů koreluje záporně i s vnímaným pracovním stresem vedoucím k syndromu vyhoření (Yu et al., 2015).

Negativní korelaci self-efficacy i SOC se syndromem vyhoření podporují i Trap, Reijkjær a Hansen (2015), dle kterých spolu tyto konstrukty pozitivně korelují a intervence zaměřené na pozměnění jednoho z konstruktů paralelně mění i druhý.

Obecně lze na základě zmíněných výsledků říci, že psychická odolnost má spolu s dalšími salutory protektivní vliv na vznik vyhoření. V rámci prevence syndromu vyhoření mohou být proto intervence zaměřené na rozvoj psychické odolnosti velmi prospěšné.

3 NÍZKOPRAHOVÉ SLUŽBY PRO UŽIVATELE DROG

Cílem kapitoly je uvedení do problematiky nízkoprahových služeb pro uživatele drog, které zahrnuje seznámení se základními principy, vymezení a popis jednotlivých služeb a přiblížení specifik práce v těchto zařízeních.

3.1 Definice nízkoprahových služeb pro uživatele drog

Princip nízkoprahovosti, a tedy i nízkoprahových služeb, spočívá v zajištění co největší dostupnosti služby pro vybranou cílovou skupinu. Dostupností je myšlena zejména přístupnost časová, místní a finanční. Nízkoprahová služba by tedy měla fungovat bezplatně či za symbolickou částku, vyskytovat se v místech, ve kterých se cílová skupina přirozeně pohybuje, a být klientům k dispozici tehdy, kdy ji potřebují (Hrdina & Korčíšová, 2003; Klíma & Jedlička, 2009).

V případě uživatelů drog lze za nízkoprahové považovat služby a zařízení, která se zaměřují zejména na tuto cílovou skupinu, nevyžadují od svých klientů abstinenci a snaží se omezit překážky, které by klientům mohly znesnadňovat přístup ke službě. Díky splnění těchto kritérií nejsou uživatelé drog diskriminováni, nabízené aktivity a služby jsou jim přizpůsobeny. Služba usnadňuje přístup i hůře dostupné populaci, díky čemuž jsou nízkoprahové služby často místem prvního kontaktu s uživateli (Mofizul Islam et al., 2013).

V České republice tvoří síť nízkoprahových služeb pro uživatele drog terénní programy a kontaktní centra. V roce 2019 do této sítě patřilo celkem 107 nízkoprahových programů, se kterými bylo v kontaktu 39,7 tisíc uživatelů drog. Současně byl v roce 2019 provozován jeden automat na injekční materiál (Mravčík et al., 2020). Novější data nabízí výstupní zpráva ze sčítání adiktologických služeb v roce 2020, dle které bylo v tomto roce podpořeno z dotačního řízení Úřadu vlády ČR 105 programů nízkoprahových služeb pro uživatele drog, se kterými bylo v kontaktu 36 821 klientů (Janíková & Nechanská, 2021).

Kontaktní centra a terénní programy jsou blíže popsány zejména v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen Zákon o sociálních službách) a ve Standardech odborné způsobilosti adiktologických služeb (dále jen Standardy), které zahrnují komplexní popis požadavků pro splnění dostatečné kvality služby (Janíková, 2015). Více prostoru je těmto službám věnováno v následujících podkapitolách.

Důležitou součástí nízkoprahových služeb pro uživatele drog je přístup harm reduction, který je organizací Harm Reduction International (HRI) definován jako: *„koncepce, programy a činnosti směřující primárně k minimalizaci nepříznivých zdravotních, sociálních a ekonomických dopadů užívání legálních a nelegálních psychoaktivních látek, aniž by nutně docházelo k snižování jejich spotřeby. Harm reduction je prospěšná pro uživatele drog, pro jejich rodiny a pro celou společnost“* (HRI, 2021, str. 2).

Harm reduction (dále jen HR) neboli minimalizace rizik nahlíží na drogovou problematiku z hlediska ochrany veřejného zdraví a lidských práv a zaměřuje se na konkrétní škody a rizika spojená s užíváním psychoaktivních látek. Ukázkou HR intervencí je například výměnný program injekčního materiálu, distribuce alkotesterů, vaporizace či distribuce naloxonu (Janíková, 2015).

V nových Standardech platných od prosince 2021 jsou již nízkoprahové služby pro uživatele drog vedeny pod názvem adiktologické služby minimalizace rizik. Mezi hlavní charakteristiky a cíle těchto služeb patří (Adameček et al., 2021):

- Realizace kontaktní práce, minimalizace dopadů a rizik spojených se závislostním chováním a ochrana veřejného zdraví.
- Cílem je minimalizace sociálních, zdravotních, ekonomických dopadů a rizik závislostního chování.
- Monitoring prostředí a aktuálních vzorců závislostního chování cílové skupiny a následné vytváření odpovídajících účinných strategií pomoci.
- Poskytování základního poradenství v oblasti snižování rizik a motivování klientů k využití návazné odborné pomoci a změně životního stylu.

Minimalizace rizik je také jednou ze čtyř hlavních oblastí Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 (dále jen

NSZ 2019–2027), na kterou navazuje Akční plán realizace NSZ 2019–2027. Součástí tohoto akčního plánu je například zajištění dostatečné kapacity nízkoprahových harm reduction programů pro problémové uživatele pervitinu a opioidů či zvýšení množství distribuovaného harm reduction materiálu pro uživatele drog (aktivity 2.6 a 2.13) (Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky, 2019).

3.2 Terénní programy

Terénní programy fungují prostřednictvím terénní práce, která spočívá v aktivním vyhledávání, kontaktování a poskytování informací a intervencí cílové skupině v jejím přirozeném prostředí. Místo pojmu terénní práce se také můžeme setkat s označením streetwork (Rhodes, 1999).

Obecně jsou terénní programy zakotveny zejména v Zákoně o sociálních službách v § 69, dle kterého jsou terénní služby poskytovány osobám, které jsou ohroženy rizikovým způsobem života či takový život přímo vedou. Cílovou skupinou tedy nejsou pouze uživatelé návykových nebo omamných psychotropních látek, ale i například osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách, osoby bez přístřeší či jiné sociálně ohrožené skupiny. Služba by měla výše popsaným osobám zprostředkovávat kontakt se společenským prostředím, aktivně je vyhledávat a pomáhat jim při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Sbírka zákonů Česká republika)¹.

Dle starších Standardů jsou terénní programy definovány jako: „*Služba aktivního vyhledávání, prvního kontaktu, kontaktní práce, poradenství, zdravotní péče a sociální práce v přirozeném a vlastním prostředí uživatelů drog*“ (Libra, Adameček & Šedivá, 2015, str. 81). V nových Standardech již není věnováno tolik prostoru popisu jednotlivým formám nízkoprahových služeb, je v nich pouze uvedeno, že terénní forma „*je klientům dostupná v jejich běžném životním prostoru a čase a je poskytována s ohledem na možnosti všech zúčastněných*“ (Adameček et al., 2021, str. 115).

Terénní pracovníci neboli také streetworkeři se setkávají s uživateli z tzv. skryté populace, kteří nemají příliš velkou motivaci službu vyhledat a řešit své zdravotní,

¹ Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

sociální či psychické problémy. Mezi tuto skrytou populaci můžeme zařadit například „děti ulice“, experimentátory, pravidelné uživatele drog či problémové uživatele v již rozvinutém stupni závislosti, kteří nejsou sami schopni tyto služby vyhledat (Hrdina & Korčíšová, 2003). Cílovou skupinou nízkoprahových služeb jsou tedy primárně závislé osoby v různé fázi motivace ke změně či osoby v různé míře ohrožené závislostním chováním. Patří sem například aktivní uživatelé psychoaktivních látek, osoby hrající hazardní hry či lidé experimentující s psychoaktivními látkami (Adameček et al., 2021).

S těmito klienty se terénní pracovníci snaží navázat vztah postavený na vzájemné důvěře, snižovat sociální a zdravotní rizika užívání drog a motivovat je ke změně rizikového chování a vyhledání další odborné pomoci. Mezi dílčí cíle terénních programů můžeme zařadit například snížení výskytu VHB a VHC, udržení nízkého výskytu HIV / AIDS pozitivitu, učení uživatelů drog zásadám bezpečného sexu a méně rizikového užívání, předcházení kriminalitě, motivování klientů k výměně použitého injekčního materiálu či jeho bezpečné likvidaci a udržování exponovaných míst na otevřené drogové scéně v čistotě (Hrdina & Korčíšová, 2003).

Terénní programy potažmo adiktologické služby minimalizace rizik klientům nabízí (Libra, Adameček & Šedivá, 2015; Adameček et al., 2021):

- **Vstupní zhodnocení stavu klienta** – navázání vztahu s klientem a případné odkázání klienta do jiné služby.
- **Výměnný program** – příjem použitého injekčního materiálu a poskytnutí nových injekčních setů.
- **Distribuci harm reduction materiálu** – například sterilní voda, alkoholové dezinfekční tampony, aluminiová folie, kyselina askorbová, želatinové kapsle, bavlněné filtry, šňupátka, kondomy či základní zdravotnický materiál.
- **Testování na krvi přenosné choroby včetně před-testového a po- testového poradenství** – minimálně se testuje HIV a VHC.
- **Poradenství** – zejména sociální a zdravotní poradenství týkající se například možností léčby a sociálního začlenění včetně zprostředkování.
- **Základní zdravotní ošetření**

- **Informační servis** – tyto informace by měly klienty srozumitelně seznamovat se snižováním rizik spojených s užíváním drog, součástí může být např. prevence předávkování, první pomoc apod.
- **Krizovou intervenci**

Tento výčet intervencí může být rozšířen o další služby s ohledem na potřeby konkrétní skupiny uživatelů drog. Jednotlivé výkony jsou detailněji popsány v dokumentu *Seznam a definice výkonů adiktologických odborných služeb*, rozsah poskytovaných intervencí si stanovují jednotlivé služby svým vnitřním předpisem (Adameček et al., 2021). Terénní programy hrají také důležitou roli v monitorování drogové scény a sběru dat (Hrdina & Korčíšová, 2003).

Pracovníkem adiktologické služby minimalizace rizik by měla být osoba starší 21 let s dokončeným středoškolským vzděláním a dosaženou kvalifikací v oblasti sociální, zdravotnické, pedagogické či v příbuzných oborech. Těmto pracovníkům by měla služba umožňovat další vzdělávání. Tyto požadavky jsou společné pro terénní i kontaktní pracovníky (Adameček et al., 2021).

Součástí týmu mohou být i tzv. indigenní terénní pracovníci (peerworkers), což jsou v tomto kontextu bývalí či současní uživatelé drog, kteří mohou díky osobní zkušenosti lépe chápat problémy spojené s užíváním. Současně mohou mít také lepší přístup ke skryté populaci a vzbuzovat v klientech větší důvěru a respekt. U bývalých uživatelů drog však může hrozit, že začnou znovu užívat (Rhodes, 1999).

Zapojení aktivních uživatelů drog do výměny injekčního materiálu uvedlo v roce 2020 dvacet dva nízkoprahových služeb (Janíková & Nechanská, 2021).

3.3 Kontaktní centra

Dalším typem nízkoprahových služeb jsou kontaktní centra neboli K-centra, která jsou často napojena na terénní programy. Tato centra navštěvují převážně klienti s nízkou motivací kléčbě, u kterých se pracovníci zařízení zaměřují zejména na navázání kontaktu, budování vzájemné důvěry a minimalizaci zdravotních a sociálních rizik užívání drog (Bednářová & Pelech, 2003).

Zákon o sociálních službách popisuje kontaktní centra v § 59 jako „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí*“

na návykových látkách.“ Základní činností kontaktních center je dle tohoto paragrafu zejména sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování oprávněných zájmů a práv, poskytnutí podmínek pro osobní hygienu a pomoc při obstarávání osobních záležitostí (Sbírka zákonů Česká republika) ¹.

V nových Standardech již není rozlišena cílová skupina terénní programy a kontaktní centra. V obou případech jsou cílovou skupinou osoby ohrožené závislostním chováním a závislé osoby v různé fázi motivace ke změně. Současně jsou cílovou skupinou obou forem nízkoprahových služeb i rodinní příslušníci a osoby blízké výše zmíněné skupiny, což je rozdíl oproti starším Standardům, dle kterých spadala tato cílová skupina pouze pod kontaktní centra. Rozsah nabízených intervencí rodinným příslušníkům a osobám blízkým si určují jednotlivé služby (Libra, Adameček & Šedivá, 2015; Adameček et al., 2021).

K – centra poskytují klientům velmi podobné služby jako terénní programy, navíc jim nabízí například podmínky pro vykonání osobní hygieny a zázemí konzultační místnosti, ve které mohou probíhat individuální rozhovory, strukturovanější poradenství, krizové intervence, skupinové aktivity či terapie. Kontaktní centra tedy klientům nabízí (Libra, Adameček & Šedivá, 2015; Adameček et al., 2021):

- **Vstupní zhodnocení stavu klienta**
- **Výměnný program** – viz předchozí kapitola.
- **Distribuci harm reduction materiálu pro snižování rizik zdravotního poškození a šíření infekčních chorob** – viz předchozí kapitola.
- **Hygienický servis** – použití WC, osprchování a umytí.
- **Poradenství a informační servis** – zaměřené zejména na možnosti léčby a doporučení do vhodných léčebných a jiných odborných služeb, intervence a poradenství zaměřené na podporu v oblasti bydlení, zaměstnání, sociálních dávek, vyřizování dokladů apod.
- **Základní zdravotní ošetření**
- **Testování na krvi přenosné choroby včetně před–testového a po-testového poradenství**

¹ Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

- **Krizovou intervenci**
- **Doplňkové programy** – jsou zřízeny na základě vyhodnocení potřeb cílové populace. Patří mezi ně například vyšetření moče na přítomnost metabolitů návykových látek, potravinový, vitamínový a nápojový servis, farmakoterapie, praní a sušení prádla, zapůjčení holícího strojku, podpůrné skupinové aktivity, pracovní aktivity klientů či práce s rodinou a blízkými osob užívajících návykové látky.

Součástí služeb je kromě poradenství i komplexní zhodnocení stavu klienta, na které navazuje zpracování individuálního plánu péče a cílů práce a uzavření společného kontraktu, který by měl být průběžně revidován (Libra, 2003b).

Z důvodu minimalizace úmrtí způsobených předávkováním opioidy byl v dubnu minulého roku zahájen pilotní projekt zajištění dostupnosti naloxonu pro uživatele drog. Projektu se účastní 14 programů, z toho 13 nízkoprahových služeb pro uživatele drog (Úřad vlády ČR Odbor protidrogové politiky, 2021).

Podmínky personálního zajištění jsou již uvedeny v předchozí kapitole. Současně je však důležité zmínit, že v obou typech nízkoprahových či adiktologických služeb minimalizace rizik je kladen velký důraz na multidisciplinaritu týmu, tedy aby v něm byly zastoupeny různorodé profese a kvalifikace odpovídající různorodé skladbě programu těchto služeb (Adameček et al., 2021).

3.4 Specifika práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog

Práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog je poměrně pestrá a zahrnuje široké spektrum aktivit, mezi které patří kromě již výše zmíněného vyhledávání, rozvoje a udržení kontaktu s klienty, výměny injekčního materiálu, poradenství a řešení zdravotních a sociálních problémů klientů i posouzení potřeb klientů a využívání postupů krizové intervence a motivačních rozhovorů (Libra, 2003b).

Vzhledem k tomuto spektru aktivit je důležité, aby měli pracovníci systematické a komplexní znalosti v oblasti závislostí a zaměřovali se nejen na jednotlivce, ale i na systémové souvislosti situace a věnovali pozornost i jeho širším sociálním vazbám (Matoušek, Kodymová & Koláčková, 2015). Současně je také kladen velký důraz na

osobnostní kvality pracovníka, komunikační dovednosti a pochopení pro problémy spojené s užíváním drog (Hrdina & Korčíšová, 2003).

Dalším specifikem práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog je cílová skupina uživatelů, kteří jsou často ve fázi prekontemplace, tedy ještě před uvažováním o změně svého chování. U těchto klientů by mělo být hlavní intervencí zejména doprovázení (Richterová Těmínová, 2008).

Při případném poradenství je důležité vycházet z individuálních možností a schopností klienta a současně si být vědom toho, že klientovi pomáháme najít nejlepší možné cesty, ale rozhodnutí, zda se klient některou z nich vydá, je pouze na něm (Úlehla, 2005). Je velmi důležité mít tuto skutečnost na paměti a umět pracovat s tím, že se klient rozhodne pro úplně něco jiného, což může být velmi frustrující. Cílem poradenství by mělo být zejména vedení klienta k postupnému přebírání aktivity a odpovědnosti za své chování a rozhodování, posilování motivace ke změně a podpora klientových rozhodnutí (Broža, 2008).

V případě kontaktních center vynakládají klienti alespoň nějaké úsilí k navázání spolupráce už jen tím, že do služby přijdou. V terénních programech se však často stává, že pracovníci přichází do prostředí klientů nezváni, což může jednak nést určité riziko, zároveň málokdy zahrnuje ocenění či poděkování. Současně se také nemohou pracovníci spoléhat na kontinuitu procesu a často si musí vystačit s útržkovitými informacemi, což může vzbuzovat frustraci (Broža, 2015). Šikl (2009) reflektuje náročnost této profese v popisu terénního pracovníka, kterého vnímá jako: *„špatně zaplaceného a špatně vybaveného velvyslance na extrémně obtížném území, kam se všichni jinak bojí“* (Šikl, 2009, str. 108).

Šikl (2009) také zmiňuje nižší ocenění těchto služeb v systému adiktologické péče. S tímto tématem souvisí i obecné nastavení společnosti na uživatele drog a nízkoprahové služby, a tedy i na pracovníky těchto služeb. Toto nastavení můžeme demonstrovat například na událostech minulého roku, kdy starostka Prahy 5 vyjádřila podporu rozšíření kontaktních center. Vzápětí se ze strany veřejnosti zvedla vlna nesouhlasu a nespokojenosti s tímto rozšířením (Bereň, 2021). Nesouhlas můžeme zaznamenat i v komentářích pod příspěvky jednotlivých nízkoprahových služeb na sociálních sítích. V některých případech se kromě negativních komentářů a stížností

uchyluje veřejnost i k útokům ve formě verbální agrese, vyhrožování či házení fekálií na zázemí služby (Úřad vlády České republiky, 2016).

Z výzkumu, kterého se účastnilo 98 sociálních pracovníků v sociálních službách veřejné správy ČR, vyplývá, že respondenty vnímaly svou pracovní zátěž jako „spíše vysokou“ a 62 % z nich souhlasilo s názorem, že sociální pracovníci jsou vystaveny větší pracovní zátěži, než je běžné u jiných profesí. Mezi důvody, které se na náročnosti profese podílejí, uváděly například velkou rozmanitost řešených problémů, psychické a fyzické vyčerpání, byrokracii, nedostatečné finanční ohodnocení, nevhodné chování klientů či nedostatek pochopení pro jejich práci ze strany rodiny a blízkých (Paulík, 2006). Tyto údaje jsou zmíněny především kvůli tomu, že uvedené důvody či faktory hrající roli v náročnosti profese mohou být velmi aktuální i u pracovníků v nízkoprahových službách.

U uživatelů návykových látek se objevuje poměrně vysoká prevalence psychiatrické komorbidity (duální diagnózy). Dle EMCDDA (2015) trpí přibližně polovina uživatelů návykových látek i nějakým duševním onemocněním. V prostředí nízkoprahových služeb se může často jednat o nedagnostikované klienty, kteří se mohou projevat nejasným způsobem komunikace, vymykajícím se chováním či projevy agrese, což klade zvýšené požadavky na pracovníky. V některých případech může vést chování těchto klientů i k porušení základních pravidel služby (Morávková, Staňková & Titman, 2018).

Pracovníci nízkoprahových služeb se také mohou setkat s celou řadou krizových situací, mezi které patří například stavy akutní úzkosti, úvahy o sebepoškození či sebevražedném jednání, oběti násilí, onemocnění závažnou infekční chorobou, úmrtí člena party, například na předávkování či odsouzení za trestný čin (Libra, 2003a).

Specifickým tématem může být i hledání způsobu spolupráce s policií, při které může dojít ke střetu s loajalitou vůči klientům. Služba by proto měla mít pro tyto případy nastavená pravidla tak, aby chránila oprávněnou integritu klienta a zároveň pracovníka (Libra, 2003b).

Práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog je bezesporu zajímavá, má však i svá rizika, mezi která patří již zmíněná fyzická a duševní náročnost, manipulace s potenciálně nebezpečným materiálem či vyskytování se v nebezpečných situacích (Hrdina & Korčišová, 2003). Rizikem je, jak již bylo výše zmíněno, současně i rozvoj

syndromu vyhoření, na kterém se může podílet velká osobní investice vložená do pomáhajícího procesu (Kopřiva & Šiklová, 2006).

Těmto rizikům je potřeba věnovat pozornost a v rámci jejich prevence poskytnout pracovníkům supervizi, řádné proškolení a možnost osobního rozvoje a vzdělávání (Hrdina & Korčíšová, 2003). Pro prevenci syndromu vyhoření se doporučuje dodržovat zásady duševní hygieny, mezi které patří například udržování si určitého odstupu od klientů, osvojení si zdravého životního stylu či budování dobrých vztahů se svým okolím (Kebza & Šolcová, 2003).

3.5 Syndrom vyhoření a psychická odolnost pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog

Problematice syndromu vyhoření u cílové skupiny pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog se věnují zejména autoři v rámci kvalifikačních prací. Zajímavé výstupy v kontextu cílů této diplomové práce zmiňuje například Kozubíková (2011), která se zaměřila na terénní pracovníky pracujícími s uživateli drog v Praze. Výzkumu se účastnilo 21 pracovníků, přičemž z výsledků dotazníku MBI-GS, který pracovníci vyplnili, vyplynulo, že celkově 5 respondentů (23,8 %) překročilo kritickou hodnotu v některé z dimenzí syndromu vyhoření, konkrétně v dimenzi vyčerpání (Kozubíková, 2011). Kvalitativní pohled nabízí například Buziová (2020), dle které má z 6 terénních pracovníků osobní zkušenost se syndromem vyhoření pouze jeden respondent. Ostatní respondenti uvádějí, že s příznaky syndromu vyhoření zatím nesetkali, současně však uvádí, že se v zaměstnání někdy cítili unaveně, odcházeli domů bez energie, vzali si akutně dovolenou či potřebovali vypnout pracovní telefon před koncem pracovní doby (Buziová, 2020).

Co se týče prevalence syndromu vyhoření mezi pracovníky s uživateli drog, můžeme zmínit studii zaměřenou na zmapování syndromu vyhoření, vnímané vlastní účinnosti, copingových strategií a pracovní spokojenosti zdravotnických pracovníků pracujících se závislými na opiátech, kterého se účastnilo 902 pracovníků z 6 různých evropských měst. Dle výsledků dotazníku MBI 29 % respondentů vykazuje závažné příznaky emočního vyčerpání a depersonalizace. Přičemž depersonalizace a emoční

vyčerpání je spojeno s nízkou vnímanou vlastní účinností, pasivním copingovým stylem a nízkou pracovní spokojeností (Volker et al., 2020).

K problematice psychické odolnosti pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog nemáme dostatek dat, můžeme však zmínit výzkum věnující se odolnosti a osobním dispozicím sociálních pracovníků, dle kterého ze 729 respondentů 37 % pracovníků v nepříznivé situaci projevuje střední a vysokou míru odolnosti. Z hlediska osobnostního nastavení se největší potenciál pro projevení odolnosti objevuje u extrovertního, citově stabilního a otevřeného ke zkušenosti typu osobnosti. Nejmenší predispozice jednat při náročné situaci resilientně se objevuje u svědomitého typu osobnosti (Punova, 2020).

VÝZKUMNÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Pracovníci v nízkoprahových službách pro uživatele drog jsou v kontaktu zejména s cílovou skupinou aktivních uživatelů návykových látek, kteří jsou často ve fázi prekontemplace, tedy ve stádiu, ve kterém ještě nepřemýšlí o změně chování, i přes jeho možné negativní důsledky (Richterová Těmínová, 2008). Jak již bylo v teoretické části popsáno, práce s touto cílovou skupinou zahrnuje široké spektrum aktivit, včetně řešení různých krizových situací, například onemocnění klienta závažným infekčním onemocněním, sebevražedné jednání či stav toxické psychózy, což klade na pracovníka poměrně velké nároky (Libra, 2003a). Současně se však mohou pracovníci setkávat s nedostatečným oceněním jak ze strany klientů, tak ze strany široké veřejnosti.

Zmíněná náročnost klientů, zvýšená pracovní zátěž, málo zážitků úspěchu a nedostatečné ocenění a prestiž zaměstnání, společně s tím, že se jedná o pomáhající profesi, může potenciálně vést k syndromu vyhoření pracovníků (Pešek & Praško, 2016). Navzdory různým rizikovým faktorům se však syndrom vyhoření rozvine pouze u někoho, na čemž se zřejmě dle Kebzy a Šolcové (2003) podílí řada protektivních faktorů, mezi které patří i psychická odolnost, která je spolu se syndromem vyhoření předmětem zájmu našeho výzkumu.

Vzájemnou provázanost psychické odolnosti a syndromu vyhoření potvrzuje řada výzkumů a studií, z jejichž výsledků je patrná negativní korelace mezi těmito konstrukty (Gilbar, 1998; Galletta et al., 2019; Navarro Prados, Jiménez García-Tizón & Meléndez, 2021).

Cílem práce je tedy ověření zmíněné provázanosti mezi psychickou odolností a syndromem vyhoření a zmapování těchto fenoménů u cílové skupiny pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog. S tímto tématem úzce souvisí i prevence syndromu vyhoření a její nástroje, kterých se částečně také dotkneme.

Vzhledem k nedostatku prací věnujících se této cílové skupině, mohou být výstupy výzkumu zajímavé pro management nízkoprahových služeb, který je může zohlednit při plánování intervencí zaměřených na prevenci syndromu vyhoření či rozvoj psychické odolnosti.

4.1 Cíl práce

Hlavním cílem práce je: Zmapování výskytu syndromu vyhoření u pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog a nalezení souvislostí tohoto jevu s konstrukty psychické odolnosti.

Současně nás také zajímají nástroje prevence syndromu vyhoření, které respondenti používají a alespoň částečné zmapování pozitivních i negativních aspektů práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog.

4.2 Hypotézy a výzkumné otázky

V návaznosti na cíl práce byly stanoveny následující hypotézy a výzkumné otázky.

Hypotézy:

H1: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem škály emocionálního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

H2: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

H3: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

H4: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem škály emocionálního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

H5: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

H6: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

V rámci stanovování hypotéz jsme se omezili pouze na subškály ukotvené v teorii.

Výzkumné otázky:

V01: Jaká je souvislost mezi délkou praxe v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog a skórem dosaženém v dotazníku Copenhagen Burnout Inventory a dotazníku Malslach Burnout Inventory?

Z důvodu nedostatečného teoretického ukotvení jsme se rozhodli na souvislost mezi délkou praxe pracovníků a mírou vyhoření nahlížet exploračně formou výzkumné otázky.

V02: Jaký je výskyt syndromu vyhoření u výzkumného souboru?

V03: Co vede pracovníky v nízkoprahových službách pro uživatele drog k uvažování o změně zaměstnání?

V04: Jaké nástroje prevence syndromu vyhoření mohou pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog využít v rámci svého zaměstnání?

V05: Jaké nástroje prevence syndromu vyhoření používají pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog ve svém životě?

V06: Co vnímají pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog jako pozitivní aspekty práce v těchto zařízeních?

5 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

Kapitola seznamuje s metodologickým ukotvením výzkumu, zejména s použitými výzkumnými metodami a jejich charakteristikami.

5.1 Výzkumný design

S ohledem na cíl práce byl zvolen smíšený design s dominující kvantitativní složkou, doplněnou informacemi kvalitativního charakteru.

Z důvodu snazšího oslovení a distribuce baterie dotazníků většímu počtu respondentů byla zvolena on-line dotazníková studie. Baterie zahrnuje dvě testové metody orientované na zmapování psychické odolnosti a dvě k diagnostice syndromu vyhoření, data z těchto metod doplňují výpovědi účastníků výzkumu na několik otevřených otázek zaměřených na syndrom vyhoření, nástroje či způsoby jeho prevence a na pozitivní aspekty práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog.

5.2 Výzkumné metody

K získání dat byla využita baterie dotazníků zahrnující pět testových metod, doplněných několika uzavřenými i otevřenými otázkami (plné znění viz příloha). Konkrétně se jedná o metody Maslach Burnout Inventory, Copenhagen Burnout Inventory, Sense of Coherence, Dotazník obecné vlastní efektivity a Strategie zvládání stresu 78. Při výběru metod bylo přihlíženo k jejich dostupnosti, délce a vnitřní konzistenci. Charakteristikám jednotlivých metod je věnováno více prostoru v následujících podkapitolách.

První část dotazníku obsahuje otázky zaměřené na zmapování sociodemografických a dalších charakteristik výzkumného souboru, například velikost úvazku či délka praxe v nízkoprahové službě. Poté již následují jednotlivé testové metody, mezi které jsou vloženy doplňující otázky. Při tvorbě struktury dotazníku byl kladen důraz na to, aby se testové metody střídaly a respondent nevyplňoval hned po sobě obě metody zaměřené na syndrom vyhoření či psychickou odolnost. Z důvodu snížení rizika drop-outu byly otevřené otázky pouze dobrovolné, ostatní položky

nebylo možné přeskočit. Celkem dotazník obsahuje 179 položek. Kompletní testová baterie byla převedena do elektronické podoby prostřednictvím serveru Vyplňto.cz.

Sběr dat probíhal souběžně se získáváním dat k bakalářské práci, věnující se copingovým strategiím pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog, pro kterou byl klíčový dotazník Strategie zvládání stresu a otázka „*Co Vám pomáhá zmírňovat stres a napětí?*“ (Kovářová, 2021). Tyto části dotazníku nebyly v rámci tohoto výzkumu použity.

5.2.1 Maslach Burnout Inventory

Maslach Burnout Inventory (dále jen MBI) vznikl v roce 1981 pro účely posouzení míry vyhoření u pomáhajících profesí a od té doby je často používaným nástrojem, který má několik dalších variant. Vyhoření je dle MBI definováno třemi složkami: emocionálním vyčerpáním (EE), které je základním příznakem vyhoření a objevuje se nejdříve, depersonalizací (DP) navazující na vyčerpání a projevující se cynismem, odtažením se a necitelností ke klientům, což společně s vyčerpáním negativně ovlivňuje osobní uspokojení a výkonnost jedince (PA), třetí složku vyhoření (Maslach & Jackson, 1981; Křivohlavý, 1998).

Inventář obsahuje 22 tvrzení, u kterých respondenti na škále 0 (vůbec) – 7 (velmi silně) uvádějí intenzitu svých pocitů. Z 22 tvrzení je jich 9 zaměřených na zmapování emocionálního vyčerpání, 5 na depersonalizaci a 8 je orientovaných na výkonnost a osobní uspokojení. Součet hrubých skóre dosažených u jednotlivých složek odpovídá stupni vyhoření v dané oblasti. Autoři rozlišují nízký, mírný a vysoký stupeň vyhoření, přičemž u složky emocionální vyčerpání a depersonalizace odpovídá vyšší skóre vyšší míře vyhoření, zatímco u složky osobního uspokojení a výkonnosti poukazuje vyšší počet bodů na nižší stupeň vyhoření. Cronbachova alfa subškál se pohybuje od 0,71 - 0,90 (Maslach, Jackson & Leiter, 1997).

Plné znění i překlad metody MBI spolu s jejím vyhodnocením je veřejně dostupné, pro účely výzkumu byla použita verze, kterou v přílohách ke své diplomové práci uvádí Vlachovská (2011). Toto znění se shoduje i s ostatními zdroji. Vzhledem k rozšířenosti a snadné dostupnosti metody MBI byla jako doplňující metoda k zmapování syndromu vyhoření zvolena novější metoda Copenhagen Burnout Inventory.

5.2.2 Copenhagen Burnout Inventory

Copenhagen Burnout Inventory (dále jen CBI) vznikl v rámci pětileté dánské prospektivní studie PUMA (Project on Burnout, Motivation and Job Satisfaction). Dle autorů dotazníku je podstatou vyhoření fyzická i psychická únava a vyčerpání. CBI zahrnuje 19 otázek, na které respondenti odpovídají dle svých pocitů na škále 1 (vždy a ano) – 2 (často a spíše ano) – 3 (někdy a nevím) – 4 (zřídka a spíše ne) – 5 (nikdy/ téměř nikdy a ne), odpovědi se následně převádí na hrubé skóry od 0 do 100. Dotazník zahrnuje tři subškály (Krietensen et al., 2005):

- **Osobní vyhoření (Personal burnout – PB)** – určuje míru pocíťované psychické a fyzické únavy a vyčerpání, subškála umožňuje porovnávat jedince bez ohledu na pracovní status.
- **Pracovní vyhoření (Work-related burnout – WB)** – popisuje vnímaný stupeň psychické a fyzické únavy a vyčerpání související s prací jedince.
- **Klientské vyhoření (Client-related burnout – CB)** – stanovuje míru subjektivního vnímání v souvislosti mezi svou únavou a klienty, se kterými pracuje (může být nahrazeno pacienty, studenty apod.).

CBI nabízí vyhodnocení celkového vyhoření i vyhoření v jednotlivých oblastech. Na rozdíl od MBI však CBI nerozlišuje stupeň vyhoření, ale pohlíží na vyhoření jako na dichotomickou proměnnou. Cronbachova alfa je odhadována v rozmezí od 0,85 – 0,87, současně autoři dotazníku zmiňují i vysokou face validitu a prediktivní validitu dotazníku (Kristensen et al., 2005).

Metoda zatím nemá oficiální českou verzi, použili jsme proto verzi Vlachovské (2011), která dotazník přeložila pomocí zpětného překladu v rámci své diplomové práce a znění dotazníku uvedla v příloze kvalifikační práce.

5.2.3 Dotazník obecné vlastní efektivity

Dotazník obecné vlastní efektivity (dále jen DOVE) v původním znění Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung (SWE) je jednodimenzionální metoda, navazující na Bandurův koncept self-efficacy, určená k posouzení míry optimistického sebepojetí, vnímané vlastní účinnosti a schopnosti zvládat problémy. DOVE obsahuje 10 tvrzení, na které odpovídají respondenti na škále 1 (naprosto nesouhlasím) – 2 (spíše

nesouhlasím) – 3 (spíše souhlasím) - 4 (naprosto souhlasím). Výsledná obecná vlastní efektivita/ účinnost je dána součtem bodů a může nabývat hodnot od 10 do 40. Vyšší hodnota demonstruje větší vnímanou vlastní efektivitu / účinnost (Křivohlavý, Schwarzer & Jerusalem, 1993; Schwarzer & Jerusalem, 1999).

Cronbachova alfa metody se pohybuje mezi 0,76 - 0,90, validita metody je dokládána četnými korelacemi s dalšími proměnnými, například negativní korelací se syndromem vyhoření a depresí (Schwarzer & Jerusalem, 1999). Metoda je volně dostupná ve 32 jazycích, autorem české verze, která byla ve výzkumu využita, je J. Křivohlavý (Křivohlavý, Schwarzer & Jerusalem, 1993).

5.2.4 Dotazník Sense of Coherence

Autorem dotazníku Sense of Coherence (dále jen SOC) je A. Antonovsky, autor koncepce psychické odolnosti stejného názvu, na kterou dotazník navazuje. Dotazník SOC měří tři dílčí faktory odpovídající složkám koncepce smyslu pro soudržnost. Jedná se o faktory (Křivohlavý, 1990):

- **Srozumitelnost (Comprehensibility – C)** – se vztahuje k rozsahu toho, do jaké míry jedinec vnímá podněty z vnitřního i vnějšího prostředí jako srozumitelné, uspořádané či strukturované. Škála srozumitelnost je měřena 11 položkami, jedinec s vysokou hodnotou srozumitelnosti vnímá životní zkušenosti jako výzvy, se kterými se lze vyrovnat.
- **Zvládnutelnost (Manageability – MA)** – vyjadřuje přesvědčení jedince o schopnosti vyrovnat se se situačními nároky prostřednictvím svých dovedností a schopností či zdrojů ze svého okolí. Zvládnutelnost je měřena 10 položkami.
- **Smysluplnost (Meaningfulness – ME)** – měří, v jakém rozsahu jedinec cítí, že život dává smysl a je smysluplné vyvinout snahu či úsilí se s nároky různých životních situací vyrovnat. Škála je měřena 8 položkami.

Celkem obsahuje metoda SOC 29 otázek či tvrzení, ke kterým se respondent vyjadřuje pomocí sedmibodové škály dle toho, jaká z nabízených možností je mu bližší. Celkové skóre dotazníku se pohybuje od 29 do 203 bodů, vyšší skóre poukazuje na vyšší míru smyslu pro soudržnost. Cronbachova alfa položek se dle Antonovského (1993) pohybuje mezi 0,82 – 0,95. Pro účely výzkumu byl použit překlad metody od

J. Křivohlavého (1990), který byl získán přes Kabinet psychodiagnostických metod FF UP.

5.2.5 Použité metody analýzy dat

K statistické analýze a zpracování dat byl použit program TIBCO Statistica 14.0.0 a Microsoft Office Excel 2019. Realizovány byly zejména výpočty základních popisných statistik, ověřování normálního rozložení pomocí Shapiro-Wilkova testu a korelační analýza dat. Na základě výsledků testu normality byla vyloučena regresní analýza. Data získaná prostřednictvím testových metod byla převáděna na hrubé skóry a bylo s nimi pracováno dle pokynů autorů těchto metod.

Analýza dat kvalitativní povahy probíhala prostřednictvím metody vytváření trsů, spočívající ve vytváření obecnějších skupin na základě podobnosti, a metody prostého výčtu. Jednalo se zejména o odpovědi na otevřené otázky, na které mohli respondenti odpovídat dle jejich uvážení jednoslovně či několika odstavci.

6 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

Cílem kapitoly je seznámit čtenáře s průběhem sběru dat, charakteristikami výzkumného souboru a s tím spojeným etickým ukotvením výzkumu.

6.1 Organizace výzkumu a sběr dat

Na základě rešerše byly vybrány psychodiagnostické metody, které byly následně zkompletovány a převedeny spolu s dalšími položkami do elektronické verze dotazníku, která byla několikrát konzultována. Před spuštěním finální verze dotazníku proběhla pilotní studie, při které byl osloven potenciální respondent, který posuzoval srozumitelnost jednotlivých položek.

Sběru dat předcházelo natočení úvodního videa, které bylo přiloženo k informacím pro respondenta (video je dostupné na YouTube – *Syndrom vyhoření, psychická odolnost a copingové strategie*). Prostřednictvím Mapy pomoci na stránkách [drogy - info.cz](http://drogy-info.cz) proběhlo zmapování sítě nízkoprahových služeb pro uživatele drog v ČR a následné vytvoření mailing listu k oslovení jednotlivých služeb.

V březnu 2021 byli osloveni vedoucí jednotlivých služeb s prosbou o vyplnění a sdílení dotazníku mezi kolegy. V případě, že nebylo možné dohledat kontakt na vedoucí, byla prosba zaslána na obecnou e-mailovou adresu služby. Současně byla s prosbou o sdílení dotazníku oslovena i vedoucí Sekce Harm Reduction Asociace nestátních organizací (dále jen HR ANO). Celkem bylo osloveno 125 nízkoprahových služeb pro uživatele drog.

Sběr dat probíhal prostřednictvím strukturovaného elektronického dotazníku na serveru Vyplňto.cz od 22. března do 23. dubna 2021 a probíhal souběžně se sběrem dat pro účely bakalářské práce zaměřené na copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog.

Vzhledem k časové náročnosti dotazníku byli respondenti motivováni a odměněni možností vyhodnocení a zprostředkování individuálních výsledků jednotlivých psychodiagnostických metod, přičemž této možnosti využilo

78 respondentů. Součástí výzkumu bylo i zpracování individuálních výsledků a připravení nástroje pro anonymní zprostředkování těchto výsledků.

Harmonogram výzkumu:

- Zářl–listopad 2020: přípravná fáze
- Prosinec–leden 2020: natočení úvodního videa, zkompletování a převedení dotazníku do elektronické verze
- Únor 2021: oslovení HR Sekce ANO, vytvoření mailing listu
- Březen–duben 2021: oslovení jednotlivých nízkoprahových služeb pro uživatele drog a sběr dat
- Květen 2021: analýza části dat
- Červen–červenec 2021: zpracování individuálních výsledků a jejich zprostředkování respondentům
- Únor 2022: analýza zbývajících dat

6.2 Výběrový soubor

Základní soubor zahrnuje všechny pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog, tedy terénní pracovníky i zaměstnance kontaktních center, kteří pracují v nízkoprahových zařízeních minimálně 20 hodin týdně (poloviční pracovní úvazek). Přesný rozsah základního souboru není znám, dle sčítání adiktologických služeb z roku 2020 pracovalo v 105 nízkoprahových službách 396 terénních pracovníků a 270 pracovníků v kontaktních centrech (Janíková & Nechanská, 2021). Ze sčítání služeb však není jasné, jaké měli pracovníci úvazky. Současně je také potřeba zmínit, že ve větších městech, jako je například Praha, fungují terénní služby a kontaktní centra odděleně, v menších městech jsou však tyto služby spojené a pracovníci se střídají na pozici kontaktního i terénního pracovníka. Do sčítání proto mohou být započítáni někteří pracovníci dvakrát.

K výběru výzkumného souboru byla zvolena nepravděpodobnostní metoda záměrného výběru přes instituci, konkrétně jednotlivé nízkoprahové služby pro uživatele drog, a metodou samovýběru, reprezentovanou dobrovolným rozhodnutím respondentů účastnit se výzkumu.

Celkem se výzkumu účastnilo 95 respondentů, jeden pracovník nízkoprahové služby byl z výzkumného souboru vyřazen z důvodu práce s jinou cílovou skupinou (pracovník nízkoprahového zařízení pro děti a mládež). Výzkumný soubor celkem zahrnuje 94 respondentů, 74 žen (79 %) a 20 mužů (21 %). Dílčím charakteristikám výzkumného souboru je věnováno několik tabulek níže.

Tabulka 1: Rozložení respondentů dle věku

Skupina	N	M	SD	Min.	Max.
Ženy	74	33,18	8,39	23	59
Muži	20	33,03	8,23	24	59
Celkem	94	33,14	8,36	23	59

Celkem zahrnuje výzkumný soubor 9 vedoucích nízkoprahových služeb pro uživatele drog, 52 kontaktních pracovníků v kontaktních centrech a 56 terénních pracovníků. Přičemž průměrná délka praxe respondentů v nízkoprahových službách pro uživatele drog činí 5,28 roku (dle mediánu 4 roky), viz tabulka níže.

Tabulka 2: Délka praxe respondentů v nízkoprahových službách pro uživatele drog v letech

N	M	SD	Min.	Max.
94	5,28	4,52	0,5	20

25 (27 %) respondentů má i jiný pracovní úvazek, z toho 20 (80 %) uvedlo, že se jedná o pomáhající profesi. Průměrný pracovní úvazek respondentů v nízkoprahových službách pro uživatele drog je 0,90.

Kromě Libereckého kraje se do výzkumu zapojili probandi z celé ČR. Nejvíce respondentů uvedlo, že pracují v hlavním městě Praha (18 respondentů, 19 %) a v Ústeckém kraji (12 respondentů, 13 %). Charakteristiku respondentů dle jednotlivých krajů nabízí tabulka číslo 3.

Tabulka 3: Zastoupení respondentů dle jednotlivých krajů

Kraj	Abs. čet.	%
Hlavní město Praha	18	19
Ústecký	12	13
Jihomoravský	11	12
Jihočeský	9	10

Karlovarský	7	7
Středočeský	6	6
Plzeňský	6	6
Moravskoslezský	5	5
Kraj Vysočina	5	5
Pardubický	4	4
Olomoucký	4	4
Zlínský	4	4
Královehradecký	3	3
Liberecký	0	0
Celkem	94	100

Nejvíce pracovníků uvedlo jako nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské vzdělání (56 respondentů, 60 %), viz tabulka níže, nejméně zastoupenou kategorií bylo naopak základní či nedokončené vzdělání a střední vzdělání bez maturity.

Tabulka 4: Rozložení respondentů dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vzdělání	N	%
Základní/nedokončené	1	1
Střední bez maturity	1	1
Střední s maturitou	17	18
Vyšší odborné	19	20
Vysokoškolské	56	60
Celkem	94	100

Kromě dosaženého vzdělání byla zmapována i kvalifikace pracovníků, přičemž tato kategorie zahrnuje i studenty a frekventanty. Respondenti mohli zvolit více možností. Nejpočetněji zastoupenou skupinou je kvalifikace sociálního pracovníka, kterou uvedlo 57 účastníků (57 %), nejméně početnou je naopak kvalifikace psychologa, kterou zvolili 2 respondenti (2 %). Detailnější charakteristiku výzkumného souboru dle kvalifikace můžeme vidět v tabulce číslo 5.

Tabulka 5: Zastoupení respondentů dle kvalifikace

Kvalifikace	Abs. čet.	%
Sociální pracovník	56	57
Pracovník v soc. službách	26	27
Adiktolog	16	17
Zdravotní sestra	6	6
Psychoterapeut	3	3
Psycholog	2	2

Z 94 respondentů se 5 pracovníků (5 %) označilo za ex – user, tedy bývalý uživatel drog.

6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Všichni účastníci výzkumu byli řádně seznámeni s předmětem a cíli výzkumu prostřednictvím krátkého úvodního videa a dopisu pro respondenta (viz příloha). Současně byli účastníci vyzváni, aby se v případě jakýchkoliv nejasností, dotazů či poznámek neváhali obrátit na kontaktní e-mailovou adresu, která byla uvedena v obou výše zmíněných materiálech. Porozumění a ochotu zapojit se do výzkumu potvrzovali účastníci zahájením vyplňování dotazníku.

Výzkum probíhal anonymně a zcela dobrovolně, účastníci mohli kdykoli přerušit vyplňování a odstoupit tímto způsobem od výzkumu. Veškerá data byla využita pouze pro účely výzkumu a potenciálně identifikující informace byly při analýze dat anonymizovány.

Pro účely anonymního zprostředkování individuálních výsledků a spárování dotazníku byl použit unikátní identifikační kód ve tvaru: první tři písmena jména matky, den narození respondenta (dvě číslice), měsíc narození respondenta (dvě číslice) a libovolné slovo bez háčeků a čárek např. LEN0105DUM, který si respondenti sestavovali sami. Tento komplikovaný kód byl zvolen z důvodu zvýšení ochrany citlivých údajů reprezentovaných výsledky psychodiagnostických metod zaměřených na copingové strategie, psychickou odolnost a syndrom vyhoření. Následně byl všem respondentům původními komunikačními kanály odeslán odkaz na webovou stránku, na kterých se jim po zadání kódu odemkly jejich výsledky. K částečné

ztrátě anonymity došlo pouze v případě, kdy někteří respondenti zapomněli svůj identifikační kód.

Po celou dobu výzkumu byly dodržovány platné etické zásady dle metakodexu Evropské federace psychologických asociací (2005). Přístup k datům měli pouze autoři výzkumu.

7 ANALÝZA DAT A JEJÍ VÝSLEDKY

Data byla převedena do datových tabulek a následně byla analyzována pomocí programu TIBCO Statistica 14.0.0 a Microsoft Office Excel 2019. K analýze kvantitativních dat byly využity především výpočty základních deskriptivních statistik, frekvenční tabulky a korelační analýza. Pro snazší analýzu dat kvalitativní povahy byl použit program Atlas.ti.

Před samotným ověřováním hypotéz bylo testováno normální rozdělení naměřených dat pomocí Shapiro-Wilkova testu na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Současně byla provedena i vizuální kontrola normálního rozdělení prostřednictvím histogramu. Přehled výsledků testu normality a základních deskriptivních statistik jednotlivých testových metod a jejich subškál zobrazují následující tabulky. Na základě výsledků testu normality a velikosti výzkumného souboru jsme se rozhodli použít k ověřování hypotéz neparametrické testy.

Tabulka 6: Deskriptivní statistiky a testování normality Maslach Burnout Inventory (MBI) a jeho subškál (n = 94)

Škála	M	Min.	Max.	SD	p^*	γ_1	γ_2
MBI_EE	15,70	0	52	11,13	0,000	0,81	0,48
MBI_DP	5,60	0	34	6,34	0,000	2,10	6,31
MBI_PA	37,17	11	51	7,18	0,080	-0,54	0,85

Pozn.: * zaokrouhлено na tři desetinná místa, EE = emoční vyčerpání, DP = depersonalizace, PA = osobní uspokojení

Tabulka 7: Deskriptivní statistiky a testování normality Copenhagen Burnout Inventory (CBI) a jeho subškál (n = 94)

Škála	M	Min.	Max.	SD	p^*	γ_1	γ_2
CBI_celkem	662,23	200	1400	237,11	0,158	0,51	0,32
CBI_PB	242,29	50	425	82,88	0,205	-0,12	-0,62
CBI_WB	210,11	0	550	99,14	0,000	0,94	0,87
CBI_CK	209,84	0	600	109,51	0,007	0,67	1,43

Pozn.: * zaokrouhлено na tři desetinná místa, PB = osobní vyhoření, WB = pracovní vyhoření, CB = klientské vyhoření

Tabulka 8: Deskriptivní statistiky a testování normality Sense of Coherence (SOC) a jeho subškál (n = 94)

Škála	M	Min.	Max.	SD	p^*	γ_1	γ_2
SOC_celkem	141,57	90	176	17,46	0,210	-0,34	0,20
SOC_C	46,28	25	67	7,88	0,741	0,17	0,06
SOC_MA	50,99	28	64	6,95	0,019	-0,64	0,33
SOC_ME	44,31	23	55	5,76	0,011	-0,70	-1,38

Pozn.: * zaokrouhлено na tři desetinná místa, C = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, ME = smysluplnost

Tabulka 9: Deskriptivní statistiky a testování normality Dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE) (n = 94)

Škála	M	Min.	Max.	SD	p^*	γ_1	γ_2
DOVE_celkem	29,72	10	37	4,21	0,000	-1,28	4,63

Pozn.: * zaokrouhлено na tři desetinná místa

7.1 Ověření statistických hypotéz

Pro ověření všech následujících hypotéz byl zvolen Spearmanův korelační test, hladina významnosti je $\alpha = 0,05$.

H1: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem škály emocionálního vyčerpání (EE) a depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Spearmanův korelačního koeficient celkového skóru dotazníku SOC a škály emočního vyčerpání (EE) dotazníku MBI dosahuje hodnoty $r_s(94) = -0,38$; $p > 0,001$, jedná se tedy o zápornou korelaci.

Vzhledem k zápornému korelačnímu koeficientu a menší p-hodnotě, než je hladina významnosti α **přijímáme alternativní hypotézu H1.**

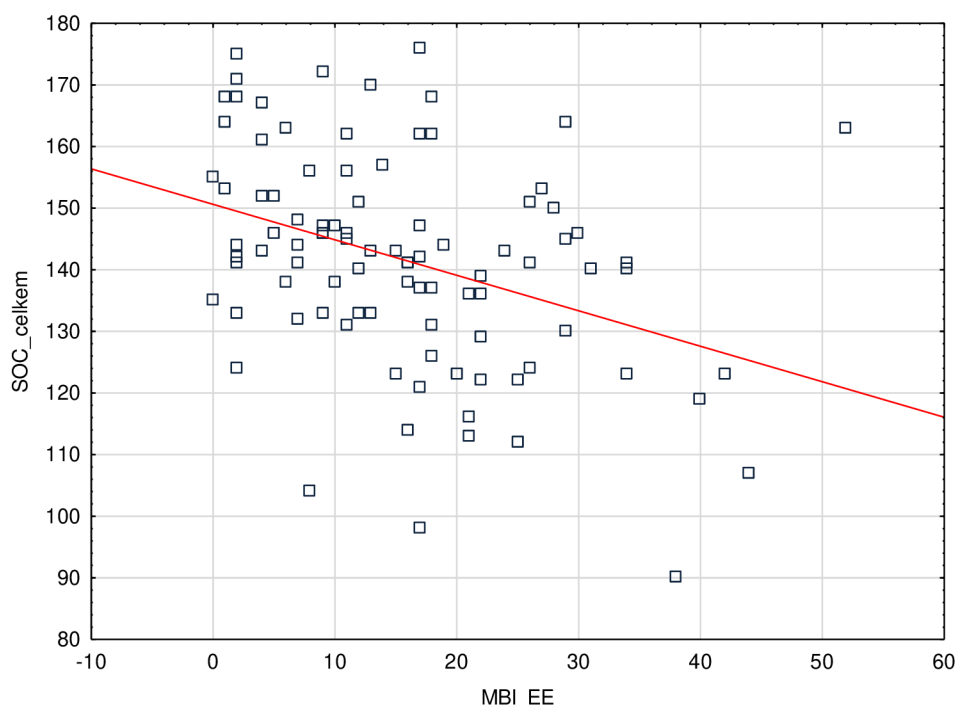
Úplný přehled korelačních koeficientů jednotlivých subškál dotazníku SOC a MBI nabízí Tabulka 10. Pozitivně s dotazníkem SOC a jeho subškálami koreluje v MBI pouze subškála osobního uspokojení, což odpovídá charakteristice této subškály. Grafické znázornění rozložení a korelace mezi celkovým skórem SOC a škálou EE dotazníku MBI zobrazuje Graf 1.

Tabulka 10: Přehled korelačních koeficientů r_s mezi dotazníky Sense of Coherence (SOC) a Maslach Burnout Inventory (MBI)

Test / škála	SOC_celkem	SOC_C	SOC_MA	SOC_ME
MBI_EE	-0,38	-0,30	-0,32	-0,32
MBI_DP	-0,35	-0,35	-0,23	-0,24
MBI_PA	0,30	0,22	0,18	0,30

Pozn.: C = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, ME = smysluplnost, EE = emoční vyčerpání, DP = depersonalizace, PA = osobní uspokojení

Graf 1: Bodový graf dotazníku Sense of Coherence (SOC) a škály emočního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)

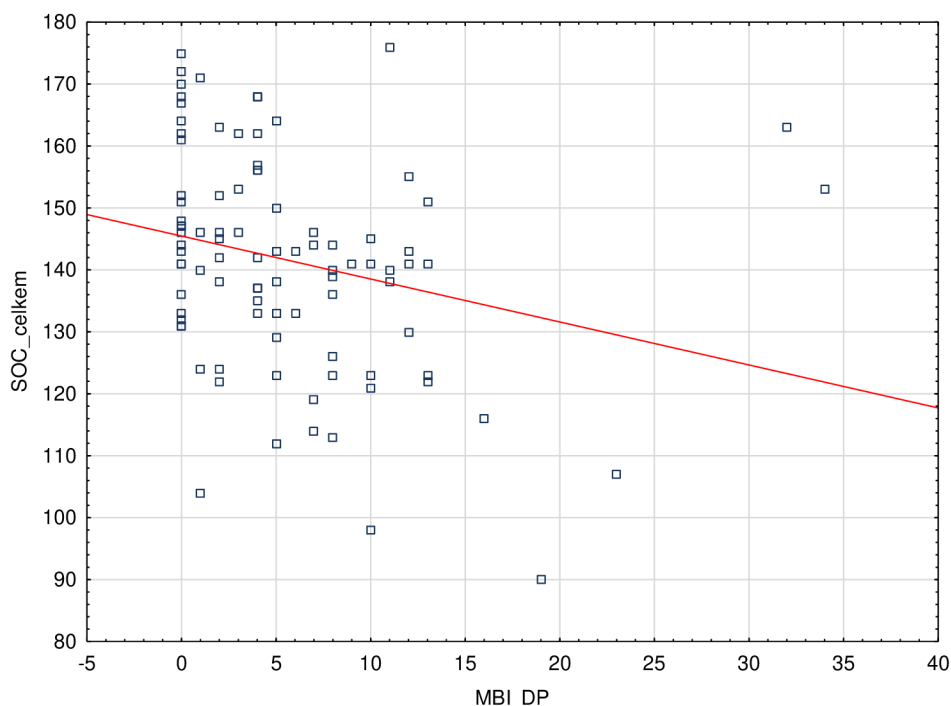


H2: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Dle Spearmanova korelačního koeficientu spolu celkové skóre SOC a škála depersonalizace (DP) dotazníku MBI korelují záporně, korelační koeficient se v tomto případě rovná $r_s(94) = -0,35$; $p > 0,001$. Na základě tohoto výsledku **přijímáme alternativní hypotézu H2.**

Přehled korelačních koeficientů subškál dotazníku SOC a MBI je uveden v již zmiňované Tabulce 10. Grafické znázornění rozložení a korelace mezi celkovým skórem SOC a škálou DP dotazníku MBI zobrazuje bodový graf níže, u kterého je možné zaznamenat efekt podlahy škály DP dotazníku MBI.

Graf 2: Bodový graf dotazníků Sense of Coherence (SOC) a škály deprivatizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)



H3: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Korelace celkového skóru dotazníku SOC a dotazníku CBI dosahuje hodnoty $r_s(94) = -0,45$; $p > 0,001$, na základě tohoto výsledku **přijímáme alternativní hypotézu H3.**

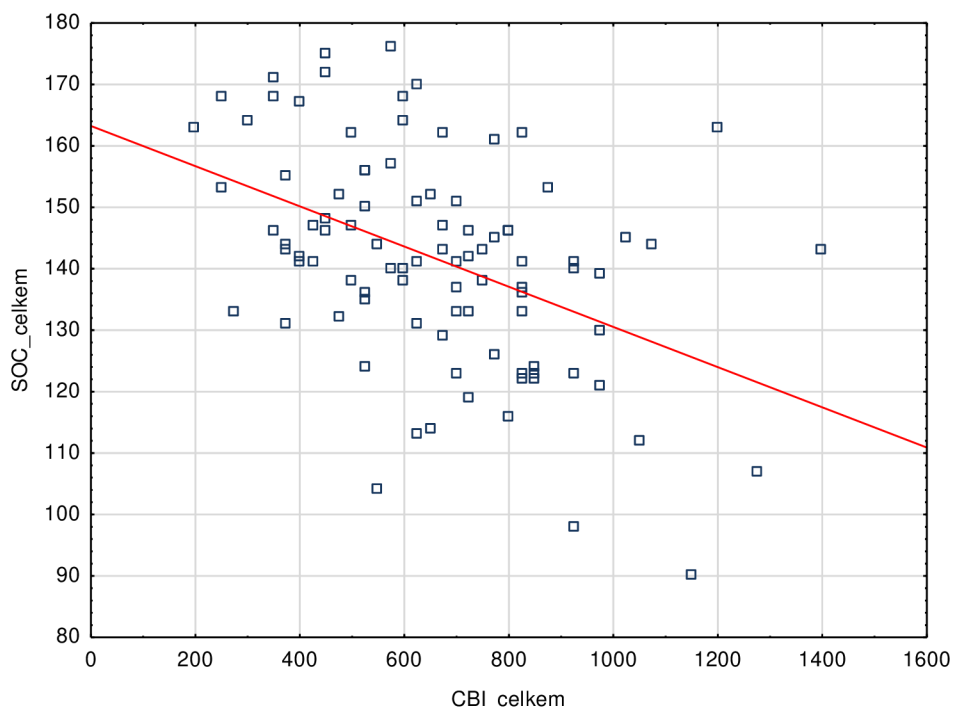
Vzájemné korelace jednotlivých subškál dotazníků zobrazuje Tabulka 11, dle které nejsilněji s dotazníkem SOC koreluje v CVI škála osobního vyhoření (PB).

Tabulka 11: Přehled korelačních koeficientů r_s mezi dotazníky Sense of Coherence (SOC) a Copenhagen Burnout Inventory (CBI)

Test / škála	SOC_celkem	SOC_C	SOC_MA	SOC_ME
CBI_celkem	-0,45	-0,36	-0,36	-0,42
CBI_PB	-0,47	-0,35	-0,42	-0,47
CBI_WB	-0,40	-0,35	-0,26	-0,35
CBI_CV	-0,25	-0,21	-0,22	-0,22

Pozn.: C = srozumitelnost, MA = zvládnutelnost, ME = smysluplnost, PB = osobní vyhoření, WB = pracovní vyhoření, CV = klientské vyhoření

Graf 3: Korelační diagram mezi dotazníkem Sense of Coherence (SOC) a dotazníkem Copenhagen Burnout Inventory



H4: Skór dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem škály emocionálního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Spearmanův korelační koeficient celkového skóru DOVE a škály emočního vyčerpání (EE) dotazníku MBI dosahuje hodnoty $r_s(94) = -0,12$; $p = 0,256$, **nemůžeme tedy přijmout alternativní hypotézu H4.**

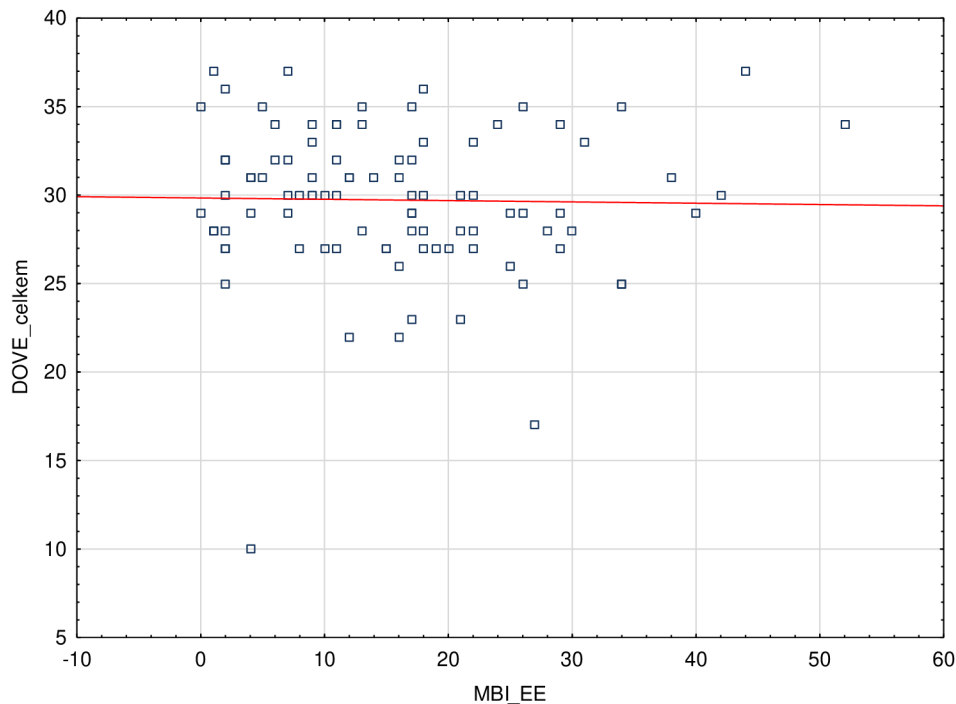
Korelace DOVE a všech subškál dotazníku MBI zobrazuje Tabulka 12., dle které je zjevná poměrně silná pozitivní korelace mezi DOVE a škálou osobního uspokojení (PA) MBI. Grafické znázornění rozložení a korelace celkového DOVE a subškály EE dotazníku MBI ukazuje Graf 4.

Tabulka 12: Přehled korelačních koeficientů r_s mezi Dotazníkem obecné vlastní efektivity (DOVE) a Maslach Burnout Inventory (MBI)

Test / škála	DOVE_celkem
MBI_EE	-0,12
MBI_DP	-0,13
MBI_PA	0,40

Pozn.: EE = emoční vyčerpání, DP = depersonalizace, PA = osobní uspokojení

Graf 4: Bodový graf Dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE) a škály emočního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)

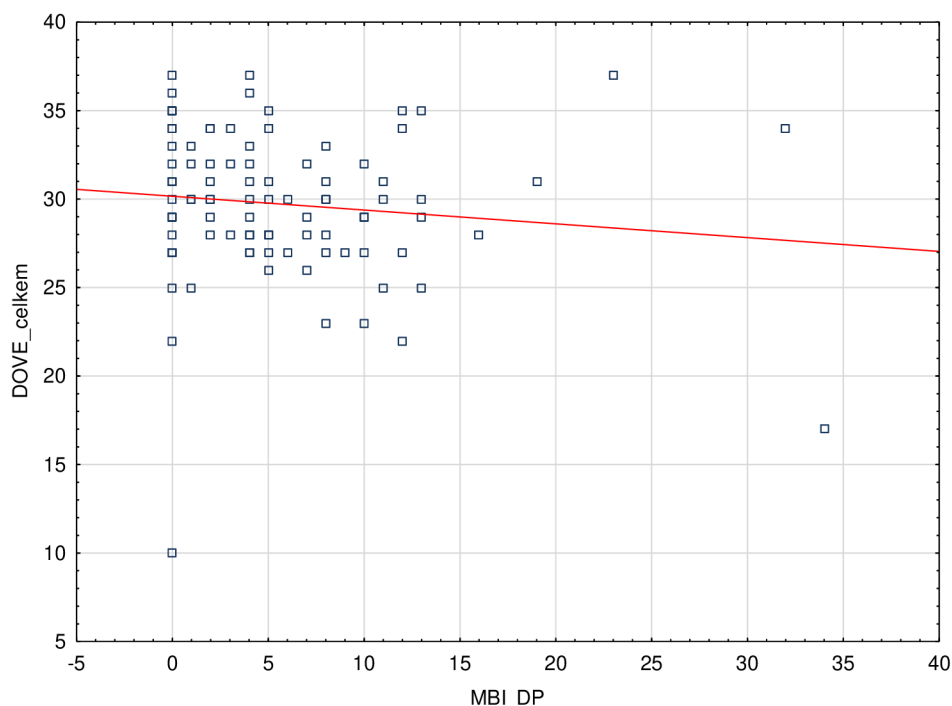


H5: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Korelace celkové skóre DOVE a škály depersonalizace (DP) dotazníku MBI činí $r_s = (94) = -0,13$; $p = 0,217$, na základě těchto výsledků **nemůžeme přijmout alternativní hypotézu H5.**

Přehled všech korelací mezi DOVE a subškálami dotazníku MBI uvádí tabulka výše. Rozložení a korelace celkového DOVE a subškály DP dotazníku MBI zobrazuje Graf 5 i zde můžeme u subškály DP zaznamenat efekt podlahy.

Graf 5: Bodový graf Dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE) a škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI)



H6: Skór dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Korelace celkového skóru DOVE a dotazníku CBI činí $r_s(94) = -0,26$; $p = 0,012$, na základě tohoto výsledku -> **přijímáme alternativní hypotézu H6.**

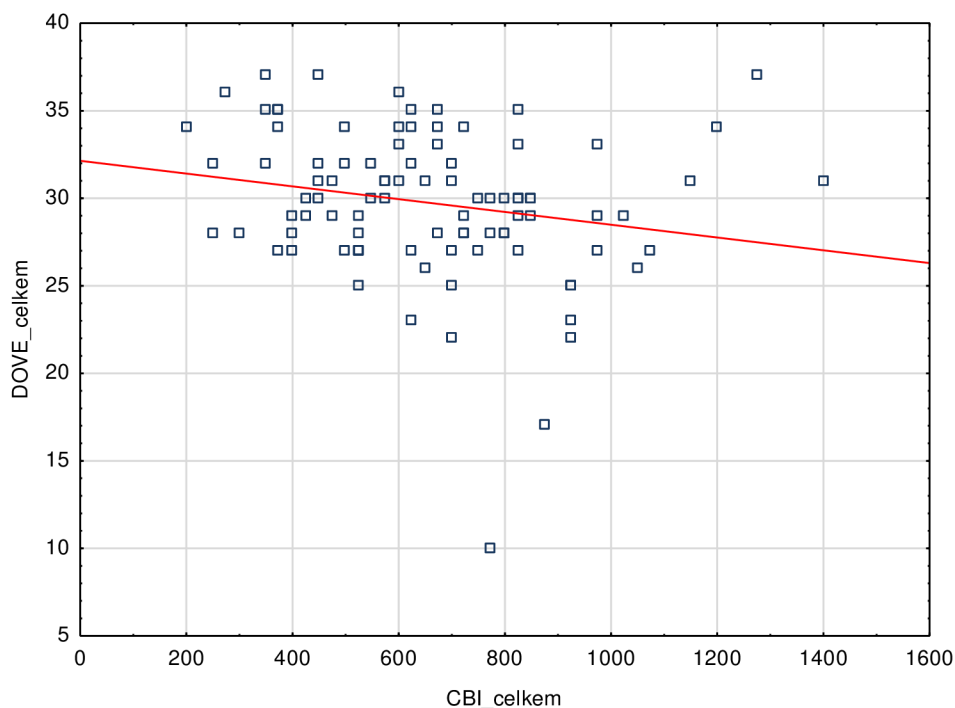
Přehled korelačních koeficientů jednotlivých subškál dotazníku CBI s dotazníkem DOVE zobrazuje tabulka níže, dle které nejsilněji koreluje DOVE se škálou osobního vyhoření (PB). Grafické znázornění rozložení a korelace celkového skóru CBI a DOVE nabízí Graf 6.

Tabulka 13: Přehled korelačních koeficientů r_s mezi Dotazníkem obecné vlastní efektivity (DOVE) a Copenhagen Burnout Inventory (CBI) včetně subškál

Test / škála	DOVE_celkem
CBI_celkem	-0,26
CBI_PB	-0,23
CBI_WB	-0,19
CBI_CV	-0,18

Pozn.: PB = osobní vyhoření, WB = pracovní vyhoření, CV = klientské vyhoření

Graf 6: Bodový graf Dotazníku obecné vlastní efektivity (DOVE) a dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI)



7.2 Výzkumné otázky

V01: Jaká je souvislost mezi délkou praxe v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog a skórem dosaženém v dotazníku Copenhagen Burnout Inventory a dotazníku Malslach Burnout Inventory?

Pro zpracování této výzkumné otázky jsme zvolili, stejně jako u ověření hypotéz, Spearmanův korelační koeficient r_s , dle kterého spolu délka praxe pracovníků a data získaná prostřednictvím dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) a Copenhagen Burnout Inventory (CBI) korelují v rozmezí $r_s(94) = -0,07$ až $0,12$. Jedná se tedy o velmi malé korelace a souvislost mezi naměřenými daty a délkou praxe pracovníků není zřejmá. Přehled dílčích korelací nabízí Tabulka 14.

Tabulka 14: Přehled korelačních koeficientů r_s mezi dotazníky Maslach Burnout Inventory (MBI), Copenhagen Burnout Inventory (CBI) a délkou praxe pracovníků

Test / škála	Délka praxe
MBI_EE	0,08
MBI_DP	0,04
MBI_PA	0,14
CBI_celkem	-0,03
CBI_PB	-0,07
CBI_WB	-0,12
CBI_CB	0,02

Pozn.: EE = emoční vyčerpání, DP = depersonalizace, PA = osobní uspokojení, PB = osobní vyhoření, WB = pracovní vyhoření, CV = klientské vyhoření

VO2: Jaký je výskyt syndromu vyhoření u výzkumného souboru?

K zmapování výskytu syndromu vyhoření mezi pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog byl použit dotazník Maslach Burnout Inventory (MBI) a Copenhagen Burnout Inventory (CBI). Data získaná prostřednictvím těchto dotazníků byla následně analyzována jednak z hlediska výpočtů základních popisných statistik jednotlivých metod a jejich subškál, které jsou uvedeny již výše v Tabulce 6 a 7. Současně byly výsledky jednotlivých respondentů analyzovány a převáděny dle instrukcí dotazníků do skupin rozdělujících respondenty z hlediska míry ohrožení syndromem vyhoření či rozdělením respondentů na vyhořelé a nevyhořelé.

Dle výsledků dotazníku MBI můžeme označit za vyhořelé v subškále emočního vyčerpání (EE) 15 respondentů (16 %), v subškále depersonalizace 9 pracovníků (10 %) a v subškále osobního uspokojení (PA) 20 respondentů (21 %). Nejvyšší počet vyhoření pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog můžeme tedy dle výsledků MBI pozorovat ve škále osobního uspokojení. Alespoň v jedné subškále dotazníku MBI vykazuje vyhoření 33 respondentů (35 %), 2 pracovníci vykazují vyhoření ve všech subškálách.

Na rozdíl od dotazníku MBI umožňuje CBI i vyhodnocení celkového skóru a určení celkového vyhoření, nikoli pouze vyhoření v jednotlivých oblastech. Dle CBI je tedy za vyhořelé ve všech oblastech označeno 10 pracovníků (11 %). V oblasti

osobního vyhoření (PO) se vyhoření objevuje u 30 pracovníků (32 %), v oblasti pracovního vyhoření (WB) u 10 respondentů (11 %) a klientské vyhoření (CB) vykazuje 20 pracovníků (21 %). Minimálně v jedné subškále dotazníku CBI vykazuje vyhoření 39 (41 %) respondentů. Zastoupení jednotlivých kategorií a subškál obou dotazníků zobrazují tabulky níže.

Celkem bylo označeno za vyhořelé alespoň v jedné subškále dotazníku MBI a CBI 51 (54 %) pracovníků. Společně dotazníky CBI a MBI označily jako vyhořelé alespoň v jedné subškále 21 respondentů, naopak 30 pracovníků bylo označeno za vyhořelé alespoň v jedné subškále pouze jedním dotazníkem, zatímco dle druhého nevykazovali respondenti známky vyhoření.

Tabulka 15: Zastoupení jednotlivých kategorií míry vyhoření subškál dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI) (n = 94)

Míra ohrožení	MBI_EE		MBI_DP		MBI_PA	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Nízká	52	55	61	65	40	43
Mírná	27	29	24	26	34	24
Vyhoření	15	16	9	10	20	21

Pozn.: EE = emoční vyčerpání, DP = depersonalizace, PA = osobní uspokojení

Tabulka 16: Zastoupení jednotlivých kategorií z hlediska vyhoření u dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI) včetně subškál

Kategorie	CBI_celkem		CBI_PB		CBI_WB		CBI_KV	
	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%	Abs. čet.	%
Nevyhořelý	84	89	64	68	84	89	74	79
Vyhořelý	10	11	30	32	10	11	20	21

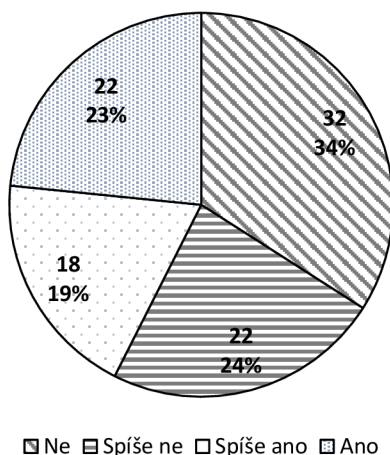
Pozn.: PB = osobní vyhoření, WB = pracovní vyhoření, CV = klientské vyhoření

V03: Co vede pracovníky v nízkoprahových službách pro uživatele drog k uvažování o změně zaměstnání?

Dříve než se zaměříme na motivy pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog ke změně zaměstnání nás zajímalo, kolik respondentů někdy už o této změně uvažovalo a podniklo v této věci již konkrétní kroky, například si prohlíželi jiné pracovní nabídky. Z 94 respondentů uvedlo 40 (41 %) probandů, že již o opuštění zaměstnání v nízkoprahovém zařízení přemýšlelo. Jedná se tedy o respondenty, kteří

na otázku zaměřenou na úvahy o změně zaměstnání odpověděli „Spíše ano“ nebo „Ano“ viz Graf 7.

Graf 7: Odpovědi respondentů na otázku, zda někdy uvažovali o opuštění zaměstnání v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog a podnikli v této věci už určité kroky



Pracovníci, kteří uvedli, že o změně zaměstnání uvažovali, byli následně vyzváni formou otevřené otázky „Co Vás k tomu vedlo?“ k sdílení svých motivů. Pro sdílení se rozhodlo 37 ze 40 respondentů. Někteří odpovídali jednoslovně, jiní popisovali svou situaci v několika větách, odpovědi respondentů byly následně okódovány a shlukovány na základě obsahové podobnosti do větších trsů. Nejčastěji zmiňovali pracovníci různé **negativní emoce spojené s prací**, jako je například únava, demotivace či pocit marnosti a bezmoci, někteří respondenti zmínili konkrétně i pocit vyhoření. Objevovali se výpovědi jako např.: „Váhala jsem, zda mohu těmto lidem vůbec pomoci“ (žena, 3 roky praxe) či „Je to velká psychická zátěž – vysává mě to.“ (Žena, 4 roky praxe) Jeden z respondentů zmínil i negativní emoce plynoucí z práce s těhotnými klientkami a jejich náročnými příběhy. Negativní emoce spojené s prací zmínilo v různé formě 16 pracovníků.

Poměrně často uváděli pracovníci i **nedostatečné ohodnocení**, zejména finanční, někteří však uváděli i nedostatečné ohodnocení ze strany široké veřejnosti a ocenění ze strany klientů, spojené často s minimální zpětnou vazbou. Respondenti uvádí například: „Mnohdy žádná zpětná vazba od klientů, mám pocit, že někteří klienti berou poskytování nízkoprahových služeb jako samozřejmost a necení si nás.“ (Žena, 6 let praxe). Některá z forem nedostatečného ohodnocení se objevila v odpovědích

12 pracovníků. S nedostatečnou zpětnou vazbou a ohodnocením může úzce souviset i **pocit nedostatečného využití potenciálu**, který se objevil u 6 respondentů. Probandi uváděli, že by se rádi přesunuli do vysokoprahových služeb, kde by mohli využít a dále prohlubovat své schopnosti. Současně také někteří zmínili, že se práce v nízkoprahové službě stává časem stereotypní. Tuto skupinu odpovědí charakterizuje například výpověď jednoho z respondentů: „*Nejsem si jist, zdali moje práce má vůbec nějaký smysl. Často totiž funguji spíše jako automat na JIS než sociální pracovník (klienti přichází pouze se zakázkou výměny a nic jiného nechtějí).*“ (Muž, rok praxe).

Kromě výše uvedených motivů uvedlo 10 pracovníků jako důvod k uvažování o změně zaměstnání **problematické vztahy s kolegy**, projevující se pasivní agresivitou ze strany kolegů, napjatou atmosférou v organizaci, neshody s nadřízenými či s kolegy, které se nedařilo řešit ani prostřednictvím supervize. Čtyři pracovníci uvedli v souvislosti s uvažováním o změně zaměstnání zvýšenou **administrativní zátěž**, kterou jeden z respondentů popsal jako: „*Postupný přerod služby člověku v byrokratickou mašinerii a statistickou veličinu.*“ (Muž, 14 let praxe).

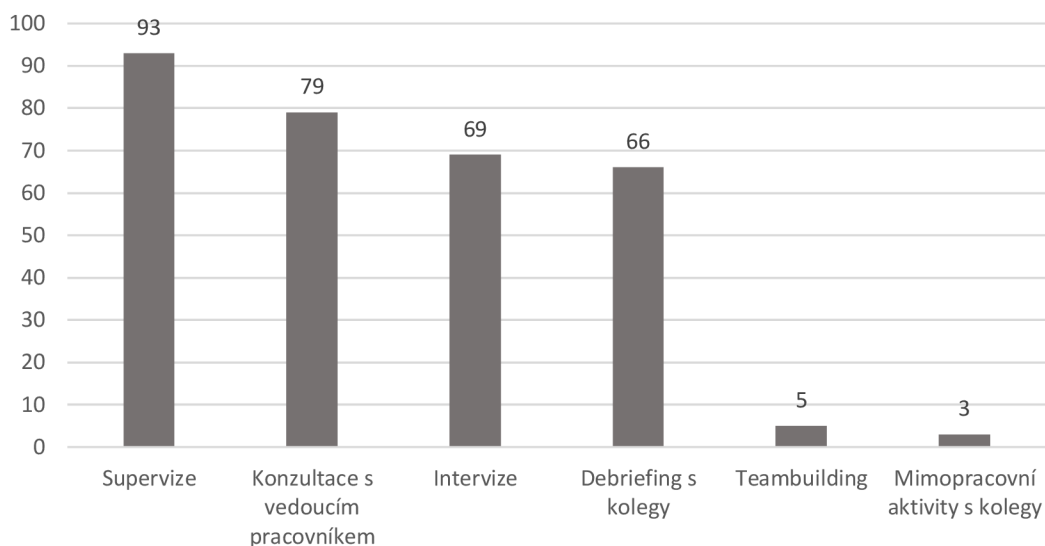
Někteří respondenti zmínili i poměrně běžné motivy k uvažování o změně zaměstnání, jako je změna bydliště, časová náročnost dojíždění do zaměstnání či obecně časová náročnost zaměstnání, která se těžko slučuje s dalšími pracovními úvazky. Tyto motivy jsme zařadili v rámci kvalitativní analýzy do skupiny **jiné**.

V04: Jaké nástroje prevence syndromu vyhoření mohou pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog využít v rámci svého zaměstnání?

Respondenti vybírali nástroje prevence z námi předpřipravených možností, současně však měli i možnost doplnit svou vlastní odpověď, čehož někteří využili. Dle vybraných možností mají téměř všichni respondenti možnost využít v rámci prevence syndromu vyhoření v zaměstnání supervizi (93 pracovníků; 99 %), která je v nízkoprahových službách povinná. Je proto možné, že jeden z respondentů zapomněl možnost označit. Kromě supervize je poměrně častým nástrojem prevence vyhoření možnost konzultace s vedoucím pracovníkem, kterou uvedlo 79 (84 %) probandů. Naopak nejméně zastoupeným nástrojem prevence syndromu vyhoření v zaměstnání jsou dle respondentů teambuildingy, které označilo 5 (5 %) pracovníků a mimopracovní aktivity s kolegy, zmíněné pouze 3 (3 %) respondenty.

Přehled a zastoupení jednotlivých nástrojů prevence syndromu vyhoření pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog, které mohou využít ve svém zaměstnání zobrazuje Graf 8.

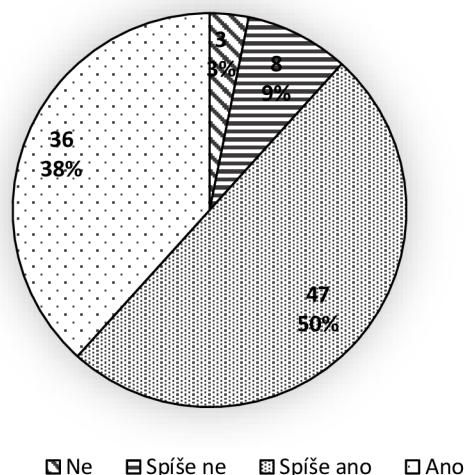
Graf 8: Grafické znázornění zastoupení nástrojů prevence syndromu vyhoření v nízkoprahových službách pro uživatele drog



Současně nás také zajímalo, jak respondenti prevenci syndromu vyhoření vnímají. Z 94 respondentů považuje 83 (88 %) pracovníků tyto nástroje prevence ze strany zaměstnavatele jako uspokojivé. Jedná se o respondenty, kteří odpověděli na otázku, zda jim prevence syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele přijde dostatečná, „Ano“ či „Spíše ano“. Jako nedostatečnou ji označilo 11 (12 %) pracovníků, kteří zvolili odpověď „Ne“ či „Spíše ne“

V dobrovolné zpětné vazbě na konci dotazníku někteří respondenti uvedli, že by v rámci prevence syndromu vyhoření v zaměstnání ocenili Balintovské skupiny či stáže nebo povinná kolečka v návazných adiktologických službách, jako jsou např. terapeutické komunity.

Graf 9: Znázornění odpovědí respondentů na otázku, zda považují prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele za dostatečnou



V05: Jaké nástroje prevence syndromu vyhoření používají pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog ve svém osobním životě?

Dříve, než se jsme se zaměřili na konkrétní způsoby prevence syndromu vyhoření pracovníků, nás zajímalo, zda respondenti vědomě některá z preventivních opatření ve svém osobním životě používají. Z 94 respondentů potvrdilo používání preventivních nástrojů 70 (74 %) respondentů. Tito pracovníci byli následně formou otevřené otázky „*Jaká preventivní opatření používáte?*“ vyzváni ke sdílení konkrétních způsobů prevence.

Nejčastěji pracovníci zmiňovali **oddělení pracovního a osobního života**, v rámci kterého se snaží nezabývat se prací či myšlenkami na klienty ve svém volném čase. V tomto oddělení pomáhají respondentům například přechodové rituály mezi prací a domovem (např. jízda autem z práce) a naladění se na volný čas či pojmenování a rozeznání své role v konkrétní okamžik (pracovník, matka / otec, manžel / manželka, přítel apod.).

Několik pracovníků také zdůraznilo důležitost **využívání preventivních nástrojů, které jim umožňuje zaměstnavatel**. Objevovali se odpovědi jako: „*Každé tři měsíce si dám minimálně tři dny dovolenou. Pokud zjistím, že jsem kvůli něčemu pracovnímu delší dobu v nepohodě, řeším to s vedoucím, popřípadě to mám téma na supervizi.*“ (Žena, rok praxe). Nejčastěji zmiňovali pracovníci zejména supervizi, možnost poradit se s vedoucím pracovníkem a pravidelné čerpání dovolené, jak

demonstruje i zmíněná odpověď. Část respondentů zmínila i pravidelné pracovní porady, intervize a vzdělávání v rámci zaměstnání.

Současně pracovníci jako preventivní opatření zmiňovali i **některou z forem pasivního, či aktivního odpočinku**, realizovanou zejména prostřednictvím různých volnočasových aktivit. Pracovníci uváděli například cvičení, procházky, čtení či věnování se hudbě a kultuře. V souvislosti s volnočasovými aktivitami zmiňovali někteří pracovníci i snahu o **zdravý životní styl**, se kterým souvisí vyváženost mezi prací a časem pro sebe a své potřeby tzv. time management, pravidelný spánkový režim či zdravé stravování, což demonstruje například následující odpověď jednoho z pracovníků.

„Snažím se nebýt dlouhodobě ve stresu, nejíst úplně blbě, dobře spát, pravidelně sportovat, dopřát si občas něco hříšného a zaměřovat se na věci, které mě baví.“ (Žena, 3 roky praxe).

Preventivně působí dle respondentů i sdílení mezi kolegy a trávení času se svými blízkými a rodinou, obecně můžeme tento způsob prevence označit například pojmem **sociální kontakt a opora**. Někteří pracovníci uvedli, že je pro ně důležité v rámci prevence syndromu vyhoření trávit čas s lidmi mimo jejich obor. Jeden z respondentů například uvedl: *„Pomáhá mi setkávat se s přáteli, kteří nepracují v nízkoprahových službách a můžu se s nimi bavit o něčem jiném.“* (Žena, rok praxe).

Možnost zaměřit se i na něco jiného, než jsou témata spojená s cílovou skupinou nízkoprahových zařízení pro uživatele drog, využívají někteří pracovníci i formou **více pracovních úvazků či zkrácením pracovního úvazku**. *„Od začátku mé práce v sociálu pracuji se dvěma cílvkami souběžně, a jsem přesvědčená, že je to nejlepší cesta k “nevyhoření”, mohu od přehlčení se tématy spojenými s jednou cílvkou “odpočívat” u té druhé a naopak.“* (Žena, 10 let praxe).

Dva z respondentů uvedli, že jim v náročných chvílích pomáhá a působí preventivně vzpomenout si na důvody, kvůli kterým pracují v nízkoprahových službách a co se jim na této práci líbí, čímž se přesouváme k další výzkumné otázce.

VO6: Co vnímají pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog jako pozitivní aspekty práce v těchto zařízeních?

Vnímané pozitivní aspekty práce v nízkoprahových zařízeních jsme mapovali prostřednictvím analyzování odpovědí respondentů na otevřenou otázku „*Co Vás baví na práci v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog?*“, která byla nepovinná, a respondenti ji mohli přeskočit. Na základě obsahu odpovědí byly vytvořeny větší skupiny či trsy pozitivních aspektů, které respondenti zmiňovali.

Nejčastěji pracovníci kvitovali **rozmanitost a různorodost práce**, která není stereotypní a někteří ji popisují jako nepředvídatelnou s puncem dobrodružství. Respondenti odpovídali například: „*baví mě pestrost každého dne – nikdy nejsou dva dny stejné*“ (Muž, 6 let praxe); „*Různorodost, člověk si vyzkouší téměř všechno co sociální práce nabízí, řeším problémy s drogami, rodinné problémy, dluhy a finanční gramotnost, bydlení, krizovky i základní lékařské ošetření.*“ (Muž, 3 roky praxe). Někteří respondenti současně oceňují i to, že díky rozmanitosti pracovní náplně mohou podpořit klienty při řešení jakékoliv situace.

S pestrou náplní práce souvisí i **prostor pro další vzdělávání, seberozvoj a seberealizaci**, který pracovníci zmiňují. „*Moje práce mě naplňuje hlavně proto, že se jedná o velmi pestrou práci, při které se musím učit nové věci a reagovat na různé situace.*“ (Muž, 6,5 roku praxe). V souvislosti se seberealizací zmiňují někteří respondenti i pracovní prostředí otevřené jejich kreativitě.

Často pracovníci uváděli, že je na jejich práci baví přímá práce a komunikace s lidmi, možnost jim pomáhat a podporovat je. Souhrnně můžeme tuto skupinu odpovědí označit pojmem **pomáhající profese**, zahrnující vztah pracovníka s klientem i pomáhající proces. Respondenti popisovali například: „*Baví mě práce s klienty, baví mě být pro ně poradcem, „přítelem“, místem, kam se rádi vracejí a osobou, které důvěřují, když už se k mnohým obrátí zády i rodina.*“ (Žena, 4 roky praxe). Někteří konkrétně pojmenovali, že je baví a naplňuje pomáhající profese jako taková.

Dalším důležitým vnímaným pozitivním aspektem, který pracovníci zmiňovali, je **práce s cílovou skupinou aktivních uživatelů návykových látek**. V souvislosti s cílovou skupinou zmiňovali pracovníci jednak zajímavé životní příběhy klientů a vhled do jejich životního stylu a pohledu na svět. Současně však pracovníci zmiňovali i radost a pocit smysluplnosti z možnosti podporovat a doprovázet skupinu lidí, kterou

společnost kvůli způsobu života odsuzuje. „Baví mě pomáhat lidem, které všichni odepsali právě proto, že užívají návykové látky.“ (Žena, 5 let praxe). Respondenti také uváděli, že je pro ně zajímavé sledovat vývoj klientů a motivovat je k léčbě či změně životního stylu. Jeden z respondentů například uvedl: „Dělá mi radost jakýkoliv úspěch či krůček k lepšímu životu pro lidi s drogovou závislostí. Jako každý jiný potřebují pomoc a my jsme rádi, když se na nás obrátí.“ (Žena, 0,5 roku praxe).

Zároveň někteří pracovníci oceňují i možnost pracovat s kolegy, kteří přistupují ke klientům obdobně. V souvislosti s přímou prací s klienty uvedlo pár pracovníků, že oceňují a jsou pro ně důležité **cíle a poslání nízkoprahových služeb**. Kvitovali zejména otevřenou komunikaci s klienty nejen v oblasti užívání návykových látek a s tím spojené vytváření prostoru bez moralizování a odsuzování, harm reduction přístup a dobrovolnost spolupráce. Částečně to popisuje odpověď pracovníka, který uvedl, že ho na práci baví: „To, že práce s našimi klienty je opravdová, bez přilepšení, otevřená, autentická. A také to, že i když zrovna klient není připraven ve svém životě něco aktuálně měnit, tak je to respektováno.“ (Žena, 3 roky praxe).

Kromě výše zmíněných pozitivních aspektů zmínili někteří terénní pracovníci i možnost vstupu do přirozeného prostředí klientů, ze kterého mohou v případě nebezpečí odejít. Což vyzdvihl zejména jeden z pracovníků, který uvedl: „na rozdíl od práce v KC neneseme plnou odpovědnost za to, co se okolo nás děje, a v případě nebezpečí či nekomfortu můžeme vždy odejít.“ (Žena, 3/4 roku praxe).

Na závěr ještě zmíníme postřeh jednoho z respondentů, dle kterého lze na práci v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog nahlížet jako na bezpečné prostředí pro „osahání si práce s různými klienty“.

8 DISKUSE

V diskusi se věnujeme zejména souhrnu a interpretaci výsledků výzkumné části diplomové práce. Zároveň je však prostor věnován i reflexi limitů a přínosů výzkumu.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat výskyt syndromu vyhoření mezi pracovníky nízkoprahových služeb pro uživatele drog a nalezení souvislosti mezi syndromem vyhoření a konstrukty psychické odolnosti. Současně jsme se však částečně zaměřili i na nástroje prevence syndromu vyhoření pracovníků či na pozitivní aspekty práce v těchto službách. K získání dat byla využita testová baterie zahrnující dva dotazníky zaměřené na zmapování syndromu vyhoření a dva na psychickou odolnost, kterou vyplnilo 94 respondentů, 70 žen a 24 mužů ve věku od 23 do 59 let, pracujících v nízkoprahových službách pro uživatele drog průměrně 5 let.

K zmapování syndromu vyhoření byla použita metoda Maslach Burnout Inventory a Copenhagen Burnout Inventory. Dle výsledků těchto metod lze za vyhořelé alespoň v jedné subškále dotazníků označit 51 (53 %) pracovníků. Společný průnik v označení respondentů za vyhořelé alespoň v jedné subškále měly oba dotazníky pouze u 21 pracovníků. Na této skutečnosti se může podílet i odlišné rozdělení kategorií u jednotlivých subškál. Copenhagen Burnout Inventory rozlišuje pouze mezi vyhořelí a nevyhořelí, zatímco Maslach Burnout Inventory rozlišuje nízké, střední a vysoké riziko vyhoření a je tak citlivějším nástrojem, což ve své práci zmiňuje i Vlachovská (2011).

Dle výsledků dotazníku Maslach Burnout Inventory vykazuje známky vysokého emočního vyčerpání 15 (16 %) pracovníků, což je méně, než zmiňuje u stejné cílové skupiny například Kozubíková (2011), která uvádí 23,8 %. Ve škále depersonalizace dosahuje vyhoření 9 (10 %) respondentů, podobné zastoupení depersonalizace (9 %) zmiňuje i Honzák (2009) u souboru zaměstnanců psychiatrické nemocnice. Nejvyšší vyhoření projevují pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog v subškále osobního uspokojení. Vyhoření v této oblasti vykazuje 20 respondentů (21 %), což je o polovinu nižší četnost, než uvádí již zmíněný Honzák (2021). Pracovníci nízkoprahových služeb vykazovali v dotazníku Maslach Burnout Inventory i nižší

výskyt vyhoření než zdravotničtí pracovníci pracující se závisými na opiátech, mezi kterými se vyskytovaly závažné příznaky emočního vyčerpání a depersonalizace u 29 % pracovníků.

Dle dotazníku Copenhagen Burnout Inventory, který umožňuje určit celkové vyhoření, bylo označeno za vyhořelé ve všech oblastech 10 (11 %) pracovníků. Nejvíce, 30 (32 %) respondentů, bylo označeno za vyhořelé v subškále osobního vyhoření, tedy v subškále určující míru psychické a fyzické únavy. V klientském vyhoření, které může být v kontextu cílové skupiny zajímavějším ukazatelem, vykazuje vyhoření 20 (21 %) pracovníků. Klientské vyhoření demonstruje zejména míru vnímané únavy spojené s prací s klienty (Krietensen et al., 2005). Únavu při práci s klienty zmiňovali respondenti i v rámci motivů, kvůli kterým zvažovali změnu zaměstnání.

Souvislost mezi syndromem vyhoření a psychickou odolností pracovníků byla ověřována prostřednictvím šesti statistických hypotéz. Na základě jejich výsledků můžeme potvrdit statisticky významnou negativní korelaci mezi Sense of Coherence a škálou emočního vyčerpání ($p > 0,001$) a škálou depersonalizace ($p > 0,001$) dotazníku Maslach Burnout Inventory. Negativní korelaci potvrzují i výsledky již zmíněné studie Galletta a jeho kolegů (2019). Negativně koreluje Sense of Coherence i se skórem druhé metody zaměřené na zmapování vyhoření, dotazníkem Copenhagen Burnout Inventory ($p > 0,001$). Na základě těchto výsledků můžeme usuzovat, že Sense of Coherence má negativní vliv na syndrom vyhoření a rozvoj smyslu pro soudržnost může potenciálně působit protektivně proti jeho vzniku. Protektivní vliv smyslu pro soudržnost zmiňují i Navarro Prados, Jiménez García-Tizón a Meléndez (2021), kteří jej považují za jeden z ochranných faktorů proti vyhoření.

Psychickou odolnost pracovníků jsme mapovali i pomocí Dotazníku obecné vlastní efektivity, který vychází z konceptu self-efficacy. Statisticky významně však self – efficacy negativně koreluje pouze s výsledky dotazníku Copenhagen Burnout inventory ($p = 0,012$), nikoli se škálou emočního vyčerpání a depersonalizace dotazníku Maslach Burnout Inventory, jak uvádí například Yu a kolegové (2015). Zároveň však self – efficacy koreluje pozitivně ($r_s = 0,40$) se škálou osobního uspokojení z práce, které signalizuje nižší riziko vyhoření. Self – efficacy může tedy tímto způsobem vyhoření ovlivňovat.

Uvedené souvislosti a zjištění mohou motivovat například manažery nízkoprahových služeb k investování do programů zaměřených na rozvoj psychické odolnosti pracovníků v rámci prevence vyhoření. Dle Joyce a kolegů (2018) působí pozitivně na rozvoj individuální odolnosti zejména programy využívající techniky všímavosti a kognitivně behaviorální terapie.

Co se týče charakteristik psychické odolnosti výběrového souboru, dosahují pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog v Dotazníku obecné vlastní efektivity průměrně hodnoty 29,72 (SD = 4,21), což je o 0,17 bodu více, než byla průměrná hodnota naměřená napříč více než devatenácti tisíci respondenty z 25 zemí (Scholz, et al., 2002). V dotazníku Sense of Coherence dosáhli respondenti průměrné hodnoty smyslu pro soudržnost 141,57 bodů (SD = 17,46). Tento výsledek můžeme srovnat například s výzkumem Pelcáka (2008), dle kterého činila průměrná hodnota smyslu pro soudržnost mezi 2 757 respondenty z ČR 145,60 bodů (SD = 18,58). Psychická odolnost pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog se tedy téměř neliší od běžné populace.

Kromě psychické odolnosti nás v rámci jedné z výzkumných otázek (VO1) zajímala i souvislost mezi délkou praxe pracovníků a syndromem vyhoření. Názory odborníků na tuto souvislost nejsou jednotné, někteří považují za ohroženější tzv. začátečníky s kratší dobou praxe, kteří mohou mít nereálná očekávání a velké nadšení, časem se poté může dostavit rozčarování či zklamání (Takeda et al., 2005), naopak podle jiných autorů může délka praxe spojená s rostoucím a tlakem či rutinou zvyšovat riziko vzniku syndromu vyhoření (Smetáčková, Vondrová & Topková, 2017). Kebza a Šolcová (2003) však uvádí, že délka praxe nemá významný vliv, což je i náš případ. U pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog se projevila pouze velmi malá korelace mezi délkou praxe pracovníků a naměřenými daty. Souvislost mezi těmito jevy není dle našich výsledků zřejmá.

Pracovníků jsme se také ptali, zda uvažovali o změně zaměstnání a co je k tomu případně vedlo. Z 94 respondentů uvažovalo o změně zaměstnání v nízkoprahových službách pro uživatele drog a provedlo už v této věci jisté kroky 40 pracovníků. Nejčastějším důvodem motivujícím pracovníky ke změně jsou různé negativní emoce spojené s prací, jako je únava, demotivace či pocit bezmoci, což jsou v podstatě psychické příznaky syndromu vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003). Současně pracovníci

poměrně často uváděli i nedostatečné ohodnocení, mezi které patří finanční ohodnocení i nedostatek zpětné vazby a ocenění ze strany klientů. Tento nedostatek ocenění či odměny je spolu s problematickými vztahy s kolegy a nepříjemnou atmosférou v týmu, kterou respondenti také několikrát zmínili, považován za rizikový faktor pro vznik syndromu vyhoření na straně zaměstnání. Část pracovníků přemýšlela o změně zaměstnání i z důvodu zvýšené administrativní zátěže a pocitu nedostatečného naplnění svého potenciálu a možnosti seberealizace, a to například ve chvílích, kdy mají klienti zájem pouze o výměnu injekčního materiálu. Oba tyto zmíněné motivy do jisté míry souvisí se zvýšenou pracovní zátěží, která může vyústit v syndrom vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003; Pešek & Praško, 2016). Kromě těchto důvodů zmiňovali respondenti i běžné motivy ke změně zaměstnání, například stěhování. Současně je potřeba zmínit, že práce v nízkoprahových službách je často první zkušeností studentů či absolventů, kteří po načerpání zkušeností zcela přirozeně postupují do jiných služeb.

Plynule se dostáváme k prevenci syndromu vyhoření. V rámci svého zaměstnání mohou pracovníci využít zejména supervize (93 respondentů), konzultaci s vedoucím pracovníkem (79 respondentů) a intervize (69 respondentů), méně se však objevují aktivity s kolegy, jako je debriefing (66 respondentů), teambuilding (5 respondentů) či další mimopracovní aktivity s kolegy (3 respondenti). Rozvíjení aktivit s kolegy by i s ohledem na předchozí odstavec mohlo vést ke zlepšení vztahů na pracovišti, a tím preventivně působit proti vzniku vyhoření a uvažování o změně zaměstnání. Z velké části považují respondenti prevenci syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele jako dostatečnou, současně však někteří doplnili nápad, že by ocenili Balintovské skupiny či povinné stáže v navazujících adiktologických službách.

Současně jsme se zaměřili i na preventivní opatření syndromu vyhoření, která pracovníci využívají mimo své zaměstnání. Respondenti nejčastěji uváděli snahu o oddělení pracovního a osobního života a s tím spojené nepřemítání o práci ve svém volném čase. Schopnost odpoutat se od pracovní části dne může podpořit například používání mentálně hygienických rituálů, například sprcha po práci či osvojení si imaginačních a relaxačních technik (Gillernová & Krejčová, 2012). Dále pracovníci zmiňovali využívání již zmíněných preventivních nástrojů v rámci zaměstnání, čerpání dovolené, kontakt s blízkými a věnování se volnočasovým aktivitám. Někteří

respondenti také v rámci prevence oceňovali možnost zkráceného úvazku či více pracovních úvazků, což by mohli zaměstnavatelé nadále podporovat. V návaznosti na popsaná zjištění se nabízí i možnost finanční podpory volnočasových aktivit pracovníků či vzdělávání pracovníků v oblasti relaxačních a imaginačních technik.

V souvislosti s finanční podporou a vyšším finančním ohodnocení pokládám za důležité zmínit, že neziskové organizace, jako jsou i nízkoprahové služby pro uživatele drog, často získávají finance z různých projektů. Pracovníci se na těchto projektech a dalších způsobech financování často podílejí a mohou svým způsobem zastávat i roli projektového manažera a fundraisera. Současně často kromě široké veřejnosti komunikují i se zástupci krajů a měst, kterým v některých případech musí vysvětlovat důležitost a přínos těchto služeb, někdy možná i obhajovat svou práci, což může být vyčerpávající. Práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog není tedy pouze o přímé práci s klienty, ale může zahrnovat řadu dalších rolí, které se pracovníci učí za pochodu a nejsou leckdy dostatečně ohodnoceny.

Práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog může být místy velmi náročná, pracovníci si však na této práci cení velké rozmanitosti, s tím spojený seberozvoj a prostor pro další vzdělávání. Velmi důležitým pozitivním aspektem, který respondenti zmiňují, je i pocit smysluplnosti při práci s cílovou skupinou aktivních uživatelů drog, která je místy společností odsuzována. Pocit smysluplnosti, který je i jedním ze salutorů (Křivohlavý, 2009), může být velmi nápomocný v prevenci syndromu vyhoření, není však možné se spoléhat pouze na něj.

Při případné generalizaci výsledků je třeba zohlednit počet respondentů a období sběru dat.

Nyní přejdeme k limitům a přínosům práce. Jedním z limitů, podílejícím se zřejmě na počtu respondentů, byla především délka dotazníku, která mohla některé respondenty odradit. Délku dotazníku jsme se snažili kromě možnosti zprostředkování individuálního výsledku použitých metod ošetřit i nepovinným vyplněním otevřených otázek. Ukázalo se však, že tato skutečnost je na serveru Vyplň.to znázorněna pouze absencí hvězdičky u otázky, čehož si zřejmě někteří respondenti nevšimli, a ukončili účast ve výzkumu u otevřených otázek. Limitující může být i období sběru dat, které probíhalo v epidemiologicky nepříznivé situaci, která se mohla na výsledcích projevit, což může být na druhou stranu považováno i za přínos práce. Limitem zvolených

metod může být absence norem a konkrétně u metody Maslach Burnout Inventory všeobecná dostupnost metody, která je poměrně známá. Limitujícím faktorem je i nedostatek studií věnujících se této problematice u cílové skupiny pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog, se kterými by bylo možné výsledky porovnat.

Za přínos práce může být považováno zejména poměrně podrobné zmapování syndromu vyhoření a psychické odolnosti pracovníků v nízkoprahových službách pro uživatele drog a prezentování zjištění, která mohou být využita v rámci dalších preventivních intervencí. Současně může být pro některé účastníky výzkumu přínosné zprostředkování jejich individuálních výsledků spolu s odkazy na různé relaxační techniky.

9 ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo zejména zmapování syndromu vyhoření u cílové skupiny pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog a nalezení souvislostí mezi tímto jevem a konstrukty psychické odolnosti.

Zjistili jsme, že dle výsledků metod Maslach Burnout Inventory a Copenhagen Burnout Inventory lze označit jako vyhořelé alespoň v jedné subškále dotazníků 51 (53 %) pracovníků, z toho 21 pracovníků označily za vyhořelé obě metody současně.

Dle metody Maslach Burnout Inventory vykazují respondenti nejvyššího vyhoření v subškále osobního uspokojení (20 respondentů, 21 %), známky vyhoření v oblasti emočního vyčerpání vykazuje 15 (16 %) respondentů a v subškále depersonalizace 9 respondentů (10 %). Copenhagen Burnout Inventory označil jako celkově vyhořelé 10 pracovníků (11 %), 30 respondentů vykazuje vyhoření v oblasti osobního vyhoření (32 %), v subškále klientského vyhoření 20 (21 %) pracovníků a v oblasti pracovního vyhoření bylo označeno 10 (11 %) pracovníků.

Souvislost mezi syndromem vyhoření a psychickou odolností jsme ověřovali prostřednictvím několika hypotéz. Přehled a výsledek jednotlivých hypotéz uvádíme níže.

H1: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem škály emocionálního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Výsledek: $r_s(94) = -0,38; p > 0,001$, **přijímáme alternativní hypotézu.**

H2: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Výsledek: $r_s(94) = -0,35; p > 0,001$, **přijímáme alternativní hypotézu.**

H3: Skór dotazníku Sense of Coherence (SOC) negativně koreluje se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Výsledek: $r_s(94) = -0,45; p > 0,001$, **přijímáme alternativní hypotézu.**

H4: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem škály emocionálního vyčerpání (EE) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Výsledek: $r_s(94) = -0,12$; $p = 0,256$, **nepřijímáme alternativní hypotézu.**

H5: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem škály depersonalizace (DP) dotazníku Maslach Burnout Inventory (MBI).

Výsledek: $r_s(94) = -0,13$; $p = 0,217$, **nepřijímáme alternativní hypotézu.**

H6: Skór dotazníku vlastní efektivity (DOVE) negativně koreluje se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory (CBI).

Výsledek: $r_s(94) = -0,26$; $p = 0,012$, **přijímáme alternativní hypotézu.**

Současně jsme se zaměřili i na souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření, souvislost mezi těmito jevy není dle výsledků zřejmá.

Z 94 pracovníků uvažovalo o změně zaměstnání 40 z nich. Mezi nejčastější důvody vedoucí k těmto úvahám patří dle respondentů negativní emoce spojené s prací, nedostatečné ohodnocení, problematické vztahy s kolegy a administrativní zátěž pracovníků.

Současně jsme se zaměřili i na nástroje prevence syndromu vyhoření. V rámci zaměstnání mohou pracovníci nejčastěji využít supervize (93 respondentů), konzultaci s vedoucím pracovníkem (79 respondentů) a intervize (69 respondentů). Nejméně často byl zmíněn teambuilding (5 respondentů) a mimopracovní aktivity s kolegy (3 respondenti). Mimo zaměstnání uváděli pracovníci v rámci preventivních opatření syndromu vyhoření snahu o oddělení pracovního a osobního života, využívání preventivních nástrojů od zaměstnavatele a věnování se pasivnímu i aktivnímu odpočinku.

Na práci v nízkoprahových službách pro uživatele drog si pracovníci cení nejvíce rozmanitosti práce, prostoru pro další vzdělávání a seberozvoj a smysluplnosti práce s cílovou skupinou aktivních uživatelů návykových látek formou harm reduction.

Zjištění mohou být využita manažery služeb při intervencích zaměřených na prevenci vyhoření.

10 SOUHRN

Předmětem diplomové práce je problematika syndromu vyhoření a psychické odolnosti pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog.

Na syndrom vyhoření neboli burnout upozornil v 70. letech minulého století psycholog H. Freudenberger (1974), dle kterého lze vyhoření popsat jako stav vyčerpání či selhání z důvodu nadměrných nároků na zdroje, sílu či energii jedince. Vyhoření je spojováno zejména s pracovní oblastí, což podporuje i Světová zdravotnická organizace, která popisuje syndrom vyhoření jako důsledek nedostatečně zvládnutého chronického pracovního stresu (WHO, 2019). Podobně jako stres se syndrom vyhoření projevuje řadou komplexních příznaků, které se mohou promítnout i do běžného života. Projevy můžeme zaznamenat na psychické úrovni (depresivní ladění, duševní vyčerpání či negativismus), fyzické úrovni (bolest hlavy, poruchy spánku a zažívací obtíže), úrovni chování jedince (snížená výkonnost, plačtivost či sklon k rizikovému chování) i na úrovni sociálních vztahů, kde se může projevovat například snahou o redukování kontaktu s klienty či kolegy (Freudenberger, 1974; Kebza & Šolcová, 2003). K diagnostice syndromu vyhoření si můžeme vypomoci některou ze sebeposuzovacích metod, například Maslach Burnout Inventory či Copenhagen Burnout Inventory, které jsme využili k získání dat.

Na tom, zda se u jedince rozvine syndrom vyhoření, se podílí celá řada faktorů. Mezi rizikové na straně zaměstnání patří nadměrná pracovní zátěž, nedostatečná odměna, nízká míra samostatnosti a autonomie či nepříjemná atmosféra v týmu. Na straně jedince může být rizikové například chování typu A, vysoká empatie či nízká psychická odolnost (Kebza & Šolcová, 2003; Pešek & Praško, 2016). Podrobněji se problematice stresu a syndromu vyhoření věnujeme v první kapitole teoretické části práce.

Potenciálně rizikové k vzniku syndromu vyhoření může být prostředí nízkoprahových služeb pro uživatele drog, v rámci kterých jsou pracovníci nejčastěji v kontaktu s cílovou skupinou aktivních uživatelů drog ve stádiu prekontemplace (Richterová Těmínová, 2008). Práce zahrnuje široké spektrum aktivit a situací, včetně

těch krizových, například sebevražedné jednání, onemocnění závažnou infekční chorobou či stavy akutní úzkosti (Libra, 2003a). Současně se mohou pracovníci setkávat i s nedostatečným oceněním jak ze strany klientů, tak ze strany široké veřejnosti. Tato zvýšená pracovní zátěž, málo zážitků úspěchu a nedostatečné ocenění a prestiž zaměstnání, společně s tím, že se jedná o pomáhající profesi, může potenciálně vést k syndromu vyhoření pracovníků (Pešek & Praško, 2016). Nízkoprahovým službám pro uživatele drog je věnována třetí kapitola teoretické části.

Protektivně na vznik vyhoření může působit například psychická odolnost, která je předmětem druhé kapitoly. Setkat se můžeme s několika koncepcemi psychické odolnosti, například Hardiness, Locus od Control, Self – efficacy či Sense of Coherence (Baštěcká & Goldman, 2001). Vzájemnou provázanost psychické odolnosti a syndromu vyhoření potvrzuje řada výzkumů a studií, z jejichž výsledků je patrná negativní korelace mezi těmito konstrukty (Gilbar, 1998; Galletta et al., 2019; Navarro Prados, Jiménez García-Tizón & Meléndez, 2021).

Cílem práce je proto zmapování výskytu syndromu vyhoření u pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog a nalezení souvislostí tohoto jevu s konstrukty psychické odolnosti. Současně jsme se také částečně zaměřili i na nástroje prevence syndromu vyhoření pracovníků a zmapování pozitivních i negativních aspektů práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog.

S ohledem na cíl práce byl zvolen smíšený design s dominující kvantitativní složkou, doplněnou informacemi kvalitativního charakteru. K získání dat byla využita baterie dotazníků zahrnující čtyři testové metody, doplněné několika uzavřenými i otevřenými otázkami (plné znění viz příloha). Konkrétně se jedná o metody Maslach Burnout Inventory (MBI), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Sense of Coherence (SOC) a Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE), tedy dvě testové metody orientované na zmapování psychické odolnosti a dvě k diagnostice syndromu vyhoření. První část dotazníku obsahuje otázky zaměřené na zmapování sociodemografických a dalších charakteristik výzkumného souboru, například velikost úvazku či délka praxe v nízkoprahové službě. Poté již následují jednotlivé testové metody, mezi které jsou vloženy doplňující otázky. Celkem dotazník obsahuje 179 položek. Kompletní testová baterie byla převedena do elektronické podoby prostřednictvím serveru Vyplňto.cz. Odkaz s prosbou o vyplnění dotazníku byl

následně rozeslán do jednotlivých nízkoprahových služeb pro uživatele drog, které byly vyhledány prostřednictvím Mapy pomoci na stránkách drogy - info.cz. Sběr dat probíhal od 22. března do 23. dubna 2021 a probíhal souběžně se sběrem dat pro účely bakalářské práce *Copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog* (Kovářová, 2021).

Získaná data byla následně analyzována pomocí programu TIBCO Statistica 14.0.0 a Microsoft Office Excel 2019. Realizovány byly zejména výpočty základních popisných statistik, ověřování normálního rozložení pomocí Shapiro-Wilkova testu a korelační analýza dat. Analýza dat kvalitativní povahy probíhala prostřednictvím metody vytváření trsů, spočívající ve vytváření obecnějších skupin na základě podobnosti, a metody prostého výčtu.

Výzkumu se zúčastnilo 74 pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog, 70 žen a 24 mužů ve věku od 23 do 59 let, pracujících v nízkoprahových službách pro uživatele drog průměrně 5 let. K zmapování syndromu vyhoření byla použita metoda Maslach Burnout Inventory a Copenhagen Burnout Inventory. Dle výsledků těchto metod lze za vyhořelé alespoň v jedné subškále dotazníků označit 51 (53 %) pracovníků. Společný průnik v označení respondentů za vyhořelé alespoň v jedné subškále měly oba dotazníky pouze u 21 pracovníků. Na této skutečnosti se může podílet i odlišné rozdělení kategorií u jednotlivých subškál. Copenhagen Burnout Inventory rozlišuje pouze mezi vyhořelí a nevyhořelí, zatímco Maslach Burnout Inventory rozlišuje nízké, střední a vysoké riziko vyhoření a je tak citlivějším nástrojem, což ve své práci zmiňuje i Vlachovská (2011).

Souvislost mezi syndromem vyhoření a psychickou odolností pracovníků byla ověřována prostřednictvím šesti statistických hypotéz. Na základě jejich výsledků můžeme potvrdit statisticky významnou negativní korelaci mezi Sense of Coherence a škálou emočního vyčerpání ($p > 0,001$) a škálou depersonalizace ($p > 0,001$) dotazníku Maslach Burnout Inventory. Negativní korelaci potvrzují i výsledky již zmíněné studie Galletta a jeho kolegů (2019). Negativně koreluje Sense of Coherence i se skórem dotazníku Copenhagen Burnout Inventory ($p > 0,001$). Na základě těchto výsledků můžeme usuzovat, že Sense of Coherence má negativní vliv na syndrom vyhoření a rozvoj smyslu pro soudržnost může potenciálně působit protektivně proti jeho vzniku. Protektivní vliv smyslu pro soudržnost zmiňují i Navarro Prados, Jiménez

García-Tizón a Meléndez (2021), kteří jej považují za jeden z ochranných faktorů proti vyhoření. Psychickou odolnost pracovníků jsme mapovali i pomocí Dotazníku obecné vlastní efektivity, který vychází z konceptu self-efficacy. Statisticky významně však self – efficacy negativně koreluje pouze s výsledky dotazníku Copenhagen Burnout inventory ($p = 0,012$), nikoli se škálou emočního vyčerpání a depersonalizace dotazníku Maslach Burnout Inventory, jak uvádí například Yu a kolegové (2015). Zároveň však self – efficacy koreluje pozitivně se škálou osobního uspokojení z práce, které signalizuje nižší riziko vyhoření. Self – efficacy může tedy tímto způsobem vyhoření ovlivňovat.

Současně jsme se zaměřili i na souvislost mezi délkou praxe a syndromem vyhoření, souvislost mezi těmito jevy není dle výsledků zřejmá.

O změně zaměstnání uvažovalo z 94 pracovníků 40 z nich. Mezi nejčastější důvody vedoucí k těmto úvahám patří dle respondentů negativní emoce spojené s prací, nedostatečné ohodnocení, problematické vztahy s kolegy a administrativní zátěž pracovníků, což jsou motivy, které souvisí se zvýšenou pracovní zátěží, která může vyústit v syndrom vyhoření (Kebza & Šolcová, 2003; Pešek & Praško, 2016).

Dále jsme se zaměřili i na nástroje prevence syndromu vyhoření. V rámci zaměstnání mohou pracovníci nejčastěji využít supervize (93 respondentů), konzultaci s vedoucím pracovníkem (79 respondentů) a intervize (69 respondentů). Nejméně často byl zmíněn teambuilding (5 respondentů) a mimopracovní aktivity s kolegy (3 respondenti). Mimo zaměstnání uváděli pracovníci v rámci preventivních opatření syndromu vyhoření snahu o oddělení pracovního a osobního života, využívání preventivních nástrojů od zaměstnavatele a věnování se pasivnímu i aktivnímu odpočinku.

Na práci v nízkoprahových službách pro uživatele drog si pracovníci cení velké rozmanitosti práce, prostoru pro další vzdělávání a seberozvoj. Důležitým vnímaným pozitivním aspektem je dle pracovníků smysluplnost práce s cílovou skupinou aktivních uživatelů návykových látek formou harm reduction.

Uvedená zjištění mohou být využita zejména manažery nízkoprahových služeb pro uživatele drog při plánování intervencí zaměřených na prevenci syndromu vyhoření.

LITERATURA

1. Adam, Z., Klimeš, J., Pour, L., Král, Z., Onderková, A., Čermák, A. & Vorlíček, J. (2019). *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Grada Publishing.
2. Adameček, D., Černý, M., Dolák, J., Dvořáček, J., Hrouzek, P., Krutilová, D., Mašková, L., Karpíšková, K., Radimecký, J., & Skácelová, L. (2021). *Standardy odborné způsobilosti adiktologických služeb*. Úřad vlády ČR.
3. Antonovsky, A. (1987.) *Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well*. Jossey – Bass.
4. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36(6), 725–733. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(93\)90033-Z](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
5. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. W. H. Freeman and Company.
6. Baštecká, B. & Goldmann, P. (2001). *Základy klinické psychologie*. Portál.
7. Bednářová, Z. & Pelech, L. (2003). *Slabikář sociální práce na ulici: supervize, streetwork, financování*. Doplněk.
8. Bereň, M. (2021, duben). Drogově závislí jako zdroj nebezpečí? Experti varují: „Ghetta“ problém nevyřeší. *Pražský deník*. https://prazsky.denik.cz/zpravy_region/drogove-zavisli-praha-5-akce-jehla-mestka-policie-bezpecnost-covid-19-ghetto.html
9. Berg, F. (2017). *Trénink psychické odolnosti: 50 cvičení pro jednotlivce i skupiny*. Portál.
10. Broža, J. (2008). Poradenství v terénní a kontaktní práci. In K. Kalina (Eds.), *Základy klinické adiktologie* (111-118). Grada Publishing.
11. Broža, J. (2015). Supervize v adiktologii. In K. Kalina (Eds.), *Klinická adiktologie* (623–633). Grada Publishing.
12. Buziová, S. (2020). *Psychohygienu terénních sociálních pracovníků pracujících s uživateli drog*. [Magisterská diplomová práce, Masarykova univerzita].

- Informační systém Masarykovi univerzity.
https://is.muni.cz/th/h6xi4/Buziova_Sabina-Buziova_-_diplomova_prace.pdf
13. EMCDDA. (2015). *Comorbidity of substance use and mental disorder in Europe. EMCDDA Insights*. Publications office of the European Union.
https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en
 14. Evropská federace psychologických asociací. (2005). *Etický metakodex*.
<https://docplayer.cz/6359911-Evropska-federace-psychologickych-asociaci-efpa-eticky-metakodex-prijaty-valnym-shromazdenim-efpa-v-granade-roku-2005.html>
 15. Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. doi:10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
 16. Friedman, M. (1996). *Type A behavior: Its diagnosis and treatment*. Springer Science & Business Media.
 17. Fukui, S., Wu, W., & Salyers, M. P. (2019). Impact of Supervisory Support on Turnover Intention: The Mediating Role of Burnout and Job Satisfaction in a Longitudinal Study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46, 488–497. <https://doi.org/10.1007/s10488-019-00927-0>
 18. Galletta, M., Portoghese, I., Frau, N., Pau, M., Meloni, F., Finco, G., Contu, P., & Campagna, M. (2019). Association between burnout and sense of coherence among speech and language therapists: an exploratory study in Italy. *Acta bio-medica*, 90(4-S), 25–31. <https://doi.org/10.23750/abm.v90i4-S.8261>
 19. Géringová, J. (2011). *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Triton.
 20. Gilbar, Ora (1998). Relationship Between Burnout and Sense of Coherence in Health Social Workers. *Social Work in Health Care*, 26(3), 39–49. https://doi.org/10.1300/J010v26n03_03
 21. Gillernová, I. & Krejčová, L. (2012). *Sociální dovednosti ve škole*. Grada Publishing.
 22. Habr, J., Hájková, H., & Vaníčková, H. (2015). *Metodika práce asistenta pedagoga: osobnostní rozvoj asistenta pedagoga a komunikace s rodinou nebo komunitou žáka*. Univerzita Palackého v Olomouci.

23. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník (3., aktualizované vydání)*. Portál.
24. Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4)
25. Honzák, R. (2009). Burnout u personálu psychiatrické léčebny Horní Beřkovic. *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*, 16 (3), 134–142. <http://www.psychiatria-casopis.sk/files/psychiatria/3-2009/psy3-2009-cla3.pdf>
26. Horáková Hoskovcová, S. & Suchochlebová Ryntová, L. (2009). *Výchova k psychické odolnosti dítěte: silní pro život*. Grada Publishing.
27. Horáková, L. (2017). Asertivita. *Revision & Assessment Medicine/Revizní a Posudkové Lékařství*, 20(2), 35-44.
28. Höschl, C. & Horáček, J. (2016). Duše jako imunomodulátor. *Vnitřní Lékařství*, 62 (4), 36-41. https://casopisvnitrnilekarstvi.cz/artkey/vnl-201691-0007_mind-as-an-immunomodulator.php
29. Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Grada Publishing.
30. Hošek, V. (1999). *Psychologie odolnosti*. Karolinum.
31. Hošek, V. (2003). *Psychická odolnost*. Karolinum.
32. Hovenkamp-Hermelink, J. H. M., Jeronimus, B. F., van der Veen, D. C., Spinhoven, P., Penninx, B. W. J. H., Schoevers, R. A., & Riese, H. (2019). Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.005>
33. Hrdina, P. & Korčíšová, B. (2003). Terénní programy. In K. Kalina (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (159-164). Úřad vlády České republiky.
34. HRI (2021). *Co je Harm Reduction?* https://www.hri.global/files/2021/05/05/What_is_Harm_Reduction_Czech_HRI.pdf
35. Chida, Y., Hamer, M., Wardle, J., & Steptoe, A. (2008). Do stress-related psychosocial factors contribute to cancer incidence and survival? *Nature Clinical Practice Oncology*, 5(8), 466–475. <https://doi.org/10.1038/ncponc1134>

36. Janíková, B. (2015). Harm reduction. In K. Kalina (Eds.). *Klinická adiktologie* (272-280). Grada Publishing.
37. Janíková, B. & Nechanská, B. (2021). Sčítání adiktologických služeb 2020. *Zaostřeno*, 7 (3), 1-20. https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33529/1105/Zaostreno_2021-03_Scitani%20adiktologickych%20sluzeb.pdf
38. Janke, W. & Erdmannová, G. (2003). *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Testcentrum.
39. Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá Psychologie*, 36(5), 385–398.
40. Jeklová, M., & Reitmayerová, E. (2006). *Syndrom vyhoření*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
41. Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>
42. Kaczor, M. (2018). Stres jako hrozba a současně výzva v profesi sociálního pracovníka. *Caritas et Veritas*, 2 (8), 176–184.
43. Kahill, S. (1988). Symptoms of professional burnout: A review of the empirical evidence. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 29(3), 284–297. <https://doi.org/10.1037/h0079772>
44. Kebza, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Academia.
45. Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). *Syndrom vyhoření (Vyd. 2)*. Státní zdravotní ústav.
46. Kebza, V., & Šolcová, I. (2008). HLAVNÍ KONCEPCE PSYCHICKÉ ODOLNOSTI. *Československá Psychologie*, 52(1), 1-19.
47. Kebza, V., & Šolcová, I. (2015). RESILIENCE: NEKTERÉ NOVEJŠÍ KONCEPCE PSYCHICKÉ ODOLNOSTI. *Československá Psychologie*, 59(5), 444-451.
48. Klíma, P. & Jedlička, R. (2009). Sociálně pedagogická práce s dětmi a mládeží v tíživých životních situacích v nízkoprahovém kontextu. In P. Klíma (Eds.). *Kontaktní práce: antologie textů České asociace streetwork. 2. vyd* (11-20). Česká asociace streetwork.

49. Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1),
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.37.1.1>
50. Kobasa, S. C., Maddi, S. R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.42.1.168>
51. Kopřiva, K. & Šiklová, J. (2006). *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese (5. vyd.)*. Portál
52. Kovářová, T. (2021). *Copingové strategie pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog*. [Bakalářská diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy.
<https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/147777>
53. Kozubíková, H. (2011). *Terénní sociální pracovníci terciální protidrogové prevence v Praze a syndrom vyhoření*. [Bakalářská diplomová práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovi univerzity.
https://is.muni.cz/th/y5v74/bakalarska_prace_kozubikova.pdf
54. Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207, <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
55. Kryl, M. (2004). Poruchy vyvolané stresem. *Solen*, 9(1), 38-40.
56. Křivohlavý, J. (1990). Nezdolnost typu SOC. *Československá Psychologie*, 34(6), 511-517.
57. Křivohlavý, J. (1994). *Jak zvládat stres*. Grada Publishing.
58. Křivohlavý, J. (1998). *Jak neztratit nadšení*. Grada Publishing.
59. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Portál.
60. Křivohlavý, J. (2009). *Psychologie zdraví (Vyd. 3)*. Portál.
61. Křivohlavý, J. (2012). *Hořet, ale nevyhořet*. Karmelitánské nakladatelství.
62. Křivohlavý, J., Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1993). *Czech Adaptation of the General Self-Efficacy Scale*. <http://userpage.fu-berlin.de/~health/czec.htm>
63. Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.

64. Libra J., Adameček, D. & Šedivá, D. (2015). *Inovované Standardy odborné způsobilosti pro zařízení a programy poskytující adiktologické odborné služby (Standardy služeb pro uživatele drog, závislé a patologické hráče)*. Verze 2.5: Schváleno Radou vlády pro koordinaci protidrogové politiky, březen 2015. https://www.vlada.cz/assets/ppov/protidrogova-politika/certifikace/Standardy_odborne_zpusobilosti_uprava_zari_2015.pdf
65. Libra, J. (2003a). Krizová intervence. In K. Kalina (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 1: mezioborový přístup* (276-282). Úřad vlády České republiky.
66. Libra, J. (2003b). Nízkoprahová kontaktní centra. In K. Kalina (Eds.). *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup* (165-171). Úřad vlády České republiky.
67. Marks, L. I. (1998). Deconstructing locus of control: Implications for practitioners. *Journal of Counseling & Development*, 76(3), 251–260. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1998.tb02540.x>
68. Maroon, I. (2012). *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Portál.
69. Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Malor Books.
70. Maslach, C. (2011). Burnout and engagement in the workplace: New perspectives. *The European Health Psychologist*, 13(3), 44-47.
71. Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
72. Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). Maslach Burnout Inventory: Third edition. In C. P. Zalaquett & R. J. Wood (Eds.), *Evaluating stress: A book of resources* (191–218). Scarecrow Education
73. Matějček, Z., Dytrych, Z. (1998). Riziko a resilience. *Československá Psychologie*, 42 (2), 97-104.
74. Matoušek, O., Kodymová, P. & Kolářková, J. (Eds.). (2015). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál.
75. Mishra, P., & McDonald, K. (2017). Career resilience: An integrated review of the empirical literature. *Human Resource Development Review*, 16(3), 207–234. <https://doi.org/10.1177/1534484317719622>
76. Mofizul Islam, M., Topp, L., Conigrave, K. M. & Day, C. A. (2013). Defining a service for people who use drugs as ‘low-threshold’: What should be the

- criteria? *International Journal of Drug Policy*, 24(3), 220–222.
<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.03.005>
77. Morávková, K., Staňková, N. & Titman, M. (2018, červen). *Co způsobuje obtíže při poskytování odborných služeb klientům s duální diagnózou?* [Příspěvek prezentovaný na AT konferenci, Seč.] <https://at-konference.cz/wp-content/uploads/2018/08/moravkova-k.-stankova-n.-titman-m.-co-zpusobuje-obtize-pri-poskytovani-odbornych-sluzeb-klientum-s-dualni-diagnozou.pdf>
78. Mravčík, V. (Ed.), Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Černíková, T., Rous, Z., ...& Vopravil, J. (2020) *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2019 [Annual Report on Drug Situation in the Czech Republic in 2019]*. Úřad vlády České republiky.
79. Mravec, B. (2011). *Stres a adaptácia*. Faber.
80. Navarro Prados, A. B., Jiménez García-Tizón, S., & Meléndez, J. C. (2021). Sense of coherence and burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health & Social Care in the Community*.
<https://doi.org/10.1111/hsc.13397>
81. Orel, M. (2014). *Somatopatologie: nauka o nemocech těla*. Grada Publishing.
82. Paulík, K. (2006). Problem of managing professional requirements in social work. *Kontakt*, 8(2), 292-300. <https://doi.org/10.32725/kont.2006.048>
83. Paulík, K. (2017). *Psychologie lidské odolnosti - 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing.
84. Pelcák, S. (2008). *Smysl pro soudržnost A. Antonovského v prevenci, léčbě a podpoře zdraví*. [Disertační práce, Masarykova univerzita]. Informační systém Masarykovi univerzity. <https://is.muni.cz/th/rfdbg/>
85. Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. Pasparta.
86. Ponocny-Seliger, E., & Winker, R. (2014). 12 – Phasen-Burnout-Screening. *Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed*, 49, 927-935.
87. Poschkamp, T. (2013). *Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence*. Edika.
88. Praško, J., & Prašková, H. (2007). *Asertivitou proti stresu: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada Publishing.

89. Puncová, M. (2003). Podpora resilience ve vzdělávání. *Studia paedagogica: Dobro a zlo ve výchově*, 18 (2-3), 109-124, <https://doi.org/10.5817/SP2013-2-3-7>
90. Punova, M. (2020). Osobnostní dispozice a odolnost sociálních pracovníků. *Social Work*, 20(5), 88-107.
91. Rhodes, T. (1999). *Terénní práce s uživateli drog: zásady a praxe*. Albert.
92. Richterová Těmínová, M. (2008). Systém péče a jeho složky. In K. Kalina (Eds.). *Základy klinické adiktologie* (369-384). Grada Publishing.
93. Rotter, J. B. (1966). *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
94. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
95. Sekretariát Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky. (2019). *Akční plán realizace Národní strategie prevence a snižování škod spojených se závislostním chováním 2019–2027 [Action Plan for the Implementation of National Strategy on Addictive Behavior Prevention and Harm Reduction 2019–2021]*. Úřad vlády České republiky.
96. Seligman, M. (2013). *Naučený optimismus: jak změnit své myšlení a život*. Beta-Dobrovský.
97. Selye, H. (1950). *Stress and The General Adaptation Syndrome*. *BMJ*, 1 (4667), 1383–1392. <https://doi.org/10.1136/bmj.1.4667.1383>
98. Selye, H. (1966). *Život a stres*. 1. vyd. Obzor.
99. Selye, H. (1976). *Stress in health and disease*. Boston: Butterworths.
100. Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.18.3.242>
101. Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*.

Freie Universität Berlin.

<https://www.researchgate.net/publication/315606769>

102. Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
103. Slezáčková, A. (2012). *Průvodce pozitivní psychologií. Nové přístupy, aktuální poznatky, praktické aplikace*. Grada Publishing.
104. Smetáčková, I., Vondrová, E., & Topková, P. (2017). Zvládání stresu a syndrom vyhoření u učitelek a učitelů ZŠ. *e-Pedagogium*, 17(1), 59-75.
<https://doi.org/10.5507/epd.2017.006>
105. Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny. 2 vyd.* Portál.
106. Sommershof, A., Scheuermann, L., Koerner, J., & Groettrup, M. (2017). Chronic stress suppresses anti-tumor T CD8+ responses and tumor regression following cancer immunotherapy in a mouse model of melanoma. *Brain, Behavior, and Immunity*, 65, 140–149. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.04.021>
107. Stock, CH. (2010). *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Grada Publishing.
108. Šolcová, I. (2009). *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Grada Publishing
109. Takeda, F., Ibaraki, N., Yokoyama, E., Miyake, T., & Ohida, T. (2005). The Relationship of Job Type to Burnout in Social Workers at Social Welfare Offices. *Journal of Occupational Health*, 47(2), 119–125.
<https://doi.org/10.1539/joh.47.119>
110. Tošner, J., & Tošnerová, T. (2002). *Burn – Out syndrom. Syndrom vyhoření*. HESTIA. <https://www.hest.cz/cdn/public/000985.doc>
111. Trap, R., Rejkjær, L., & Hansen, E. H. (2015). Empirical relations between sense of coherence and self-efficacy, National Danish Survey. *Health Promotion International*, 31(3), 635–643. <https://doi.org/10.1093/heapro/dav052>
112. Úlehla, I. (2005). *Umění pomáhat*. Sociologické nakladatelství.
113. Ungar, M. (2006). Resilience across Cultures. *British Journal of Social Work*, 38(2), 218–235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
114. Úřad vlády České republiky Odbor protidrogové politiky. (2021). *Oznámení: Naloxonový program v ČR zahájen: účinná intervence snižující výskyt smrtelných předávkování opioidy*. <https://www.drogy->

- info.cz/data/obj_files/33450/1097/Oznámen%C3%AD_Zahájen%C3%AD%20naloxonoveho%20programu%20v%20ČR.pdf
115. Úřad vlády České republiky. (2016). *Útoky na centra SANANIM*.
https://www.drogy.info.cz/data/obj_files/29269/698/Tiskove%20prohlaseni_utoky%20na%20SANANIM_160128.pdf
116. Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archives of General Psychiatry*, 24(2), 107-118.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1971.01750080011003>
117. Vašina, L., & Strnadová, V. (2009). *Psychologie osobnosti I*. Gaudeamus.
118. Vávrová, P. (2014). Psychohygienu jako prevence pracovního stresu. *Časopis výzkumu a aplikací v profesionální bezpečnosti*, 7(4).
<https://www.bozpinfo.cz/josra/psychohygienu-jako-prevence-pracovniho-stresu>
119. Večeřová-Procházková, A., & Honzák, R. (2008). Stres, eustres a distres. *Interní Med.*, 10(4), 188-192.
120. Vlachovská, B. (2011). *Syndrom vyhoření – diagnostické možnosti (srovnávací studie)*. [Diplomová práce, Univerzita Karlova]. Digitální repozitář Univerzity Karlovy. <https://dspace.cuni.cz/handle/20.500.11956/31503>
121. Volker, R., Bernhard, B., Anna, K., Fabrizio, S., Robin, R., Jessica, P., ... Norbert, S. (2010). Burnout, coping and job satisfaction in service staff treating opioid addicts-from Athens to Zurich. *Stress and Health*, 26(2), 149–159.
<https://doi.org/10.1002/smi.1276>
122. Werner, E. E. (1996). Vulnerable but invincible: High risk children from birth to adulthood. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 5 (S1), 47–51
<https://doi.org/10.1007/BF00538544>
123. Werner, E., E. Smith R., S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Cornell University Press.
124. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.)*. <https://icd.who.int/>
125. Yu, X., Wang, P., Zhai, X., Hong, D. & Qun D. (2015). The Effect of Work Stress on Job Burnout Among Teachers: The Mediating Role of Self-efficacy. *Soc Indic Res* 122, 701–708 <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0716-5>

126.Zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách. In *Sbírka zákonů Česká republika*. 14.března 2006. Břeclav: Moraviapress.

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt v českém jazyce
2. Abstrakt v anglickém jazyce
3. Úvodní informace pro respondenty
4. Baterie dotazníků

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Syndrom vyhoření a psychická odolnost pracovníků nízkoprahových zařízení pro uživatele drog

Autorka práce: Bc. et Bc. Tereza Kovářová

Vedoucí práce: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Počet stran a znaků: 88 stran, 150 356 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 126

Abstrakt:

Cílem práce je zmapování syndromu vyhoření pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog a nalezení souvislostí mezi tímto jevem a konstrukty psychické odolnosti. Pracovníci nízkoprahových služeb pro uživatele drog mohou být vzhledem k náplni své práce ohroženi syndromem vyhoření, na který může působit protektivně například psychická odolnost. Data byla získána prostřednictvím testové baterie, zahrnující metody Maslach Burnout Inventory (MBI), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE) a Sense of Coherence (SOC), doplněné dalšími otázkami. Testová baterie byla distribuována pracovníkům online. Výzkumu se účastnilo 94 pracovníků nízkoprahových služeb pro uživatele drog. Alespoň v jedné subškále dotazníků je označeno za vyhořelé 51 pracovníků, 21 respondentů označují za vyhořelé obě metody zároveň. Výsledky ukazují signifikantní negativní korelaci na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ mezi skórem SOC a CBI i škálami emočního vyčerpání a depersonalizace dotazníku MBI. Skór DOVE vykazuje signifikantní negativní korelaci pouze se skórem CBI. Současně byly zmapovány preventivní nástroje syndromu vyhoření pracovníků a vnímané pozitivní aspekty práce v nízkoprahových službách pro uživatele drog.

Klíčová slova: syndrom vyhoření, psychická odolnost, nízkoprahová zařízení, lidé užívající drogy

ABSTRACT OF THESIS

Title: Burnout Syndrome and Resilience of Employees of Low-threshold Services for People Who Use Drugs

Author: Bc. et Bc. Tereza Kovářová

Supervisor: Mgr. Miroslav Charvát, Ph.D.

Number of pages and characters: 88 pages, 150 356 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 126

Abstract:

The aim of thesis is to map the burnout syndrome of employees of low-threshold services for drug users and to find a link between this phenomenon and the constructs of psychological resilience. Due to workload may be employees of low-threshold services at risk of burnout, which can be protected by psychological resilience. Data were obtained through a test battery, including the Maslach Burnout Inventory (MBI), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Dotazník obecné vlastní efektivity (DOVE) and Sense of Coherence (SOC), supplemented by additional questions. The test battery was distributed to employees online. The research involved 94 employees of low-threshold services for drug users. 51 employees are identified as burnt out in at least one subscale of the questionnaires, 21 respondents are identified as burnt out by both methods. The results show a significant negative correlation at the level of significance $\alpha = 0.05$ between the SOC and CBI scores and the scales of emotional exhaustion and depersonalization of the MBI questionnaire. The DOVE score shows a significant negative correlation with the CBI score only. At the same time, the preventive tools of the burnout syndrome and the perceived positive aspects of working in low-threshold services for drug users have been mapped.

Key words: burnout syndrome, resilience, low-threshold services, people who use drugs

Úvodní informace pro respondenty

Vážená respondentko / Vážený respondente,

jmenuji se Tereza Kovářová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Adiktologie na 1.LF UK a 5. ročníku oboru Psychologie na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Obracím se na Vás s prosbou o pomoc při realizaci výzkumu, který slouží pro účely mé bakalářské a magisterské diplomové práce, které se zabývají problematikou psychické odolnosti, syndromu vyhoření a copingovými strategiemi u pracovníků v nízkoprahových zařízeních pro uživatele drog.

Dotazník obsahuje 8 okruhů otázek a jeho vyplnění Vám zabere asi **30 minut**. Vyplněním přispějete k zmapování výše zmíněných fenoménů a jejich vzájemné provázanosti. V praxi mohou tyto výsledky ovlivnit zaměření dalších intervencí týkajících se např. prevence syndromu vyhoření.

Uvědomuji si Vaše časové vytížení, proto Vám prostřednictvím tohoto výzkumu nabízím i možnost dozvědět se něco víc o sobě. Pokud v dotazníku vyberete možnost, že máte zájem o své výsledky, tak Vám jednotlivé psychodiagnostické dotazníky vyhodnotím a zcela anonymně Vám poskytnu výsledky týkající Vaší psychické odolnosti, copingových strategií a syndromu vyhoření.

Dobrovolným vyplněním dotazníku souhlasíte s anonymním zpracováním dat dle aktuálně platných evropských norem a předpisů. Po ukončení výzkumu budou veškerá data smazána a výstupy souhrnně zveřejněny.

Velmi si vážím Vaší spolupráce a děkuji Vám za upřímnost při vyplňování.

Tereza Kovářová

tereza.kovarova01@upol.cz

V následujícím dotazníku **neexistují žádné správné ani špatné odpovědi**. Nejprve si, prosím, pečlivě přečtěte otázku, na kterou poté odpovídejte dle uvedených pokynů.

Baterie dotazníků

Na úvod Vás prosím o vyplnění základních sociodemografických údajů.

1. Jaké je Vaše pohlaví? *¹

Žena

Muž

Jiné (doplňte)

2. Jaký je Váš rok narození? *

3. V jakém kraji pracujete? *

Hlavní město Praha

Středočeský kraj

Jihočeský kraj

Plzeňský kraj

Karlovarský kraj

Ústecký kraj

Liberecký kraj

Královehradecký kraj

Pardubický kraj

Kraj Vysočina

Jihomoravský kraj

Olomoucký kraj

Moravskoslezský kraj

Zlínský kraj

4. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? *

základní vzdělání/nedokončené vzdělání

střední vzdělání bez maturity

střední vzdělání s maturitou

vyšší odborné vzdělání

vysokoškolské vzdělání

5. Co Vás baví na práci v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog?

¹ * = povinná položka kterou nebylo možné přeskočit

6. Jaká je Vaše kvalifikace? (zahrnuje i studenty a frekventanty) *

Adiktolog

Psycholog

Sociální pracovník

Zdravotní sestra

Pracovník v sociálních službách

Psychoterapeut

Jiné (doplňte)

7. Jaká je Vaše pracovní pozice v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog? *

Terénní pracovník

Kontaktní pracovník

Jiné (doplňte)

8. Označil byste se jako ex-user (bývalý uživatel drog)? *

Ano

Ne

9. Jak dlouho pracujete v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog? (uvádějte, prosím, v letech např. 1.5 apod.) *

10. Jaký je Váš úvazek v tomto zařízení? (ve tvaru 0.5 apod.) *

11. Máte i jiný pracovní úvazek? *

Ano

Ne

Pokud „Ano“

12. Jedná se o pomáhající profesi? *

Ano

Ne

13. Uvažoval/a jste někdy o tom, že opustíte zaměstnání v nízkoprahovém zařízení pro uživatele drog (podnikl jste v této věci určité kroky např. prohlížení pracovních nabídek apod.)? *

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Pokud „Ano“ a „Spíše ano“

14. Co Vás k tomu vedlo?

15. Máte zájem o vyhodnocení a zprostředkování Vašich výsledků? *

Ano

Ne

16. Nyní si prosím vytvořte identifikační kód ve tvaru: první tři písmena jména Vaší matky, den Vašeho narození (dvě číslice), měsíc Vašeho narození (dvě číslice), libovolné slovo bez háčeků a čárek např. MAR0104PES *

Identifikační kód bude využit pro účely spárování psychodiagnostických dotazníků a anonymního zprostředkování jednotlivých výsledků a je sestaven tak, aby ochránil Vaše výsledky.

17. Dotazník obecné vlastní účinnosti (DOVE) – 10 položek *

18. Dotazník Strategie zvládání stresu (SVF 78) – 78 položek *

19. Co Vám pomáhá zmírňovat stres a napětí?

20. Maslach Burnout Inventory (MBI) – 22 položek *

21. Používáte nějaká preventivní opatření proti syndromu vyhoření ve svém osobním životě? *

Ano

Ne

Pokud „Ano“

22. Jaká preventivní opatření používáte?

23. Sense of Coherence (SOC) – 27 položek *

24. Copenhagen Burnout Inventory (CBI) – 19 položek *

25. Jaké nástroje prevence syndromu vyhoření můžete využít ve svém zaměstnání?

U této otázky můžete vybrat více odpovědí. *

Supervize

Intervize

Konzultace s vedoucím pracovníkem

Debriefing s kolegy

Jiné doplňte

26. Domníváte se, že je prevence vzniku syndromu vyhoření ze strany zaměstnavatele dostatečná? *

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

27. Napadá Vás něco, co byste rád/a dodal/a? Pokud ano, napište, prosím, svůj komentář/poznámku nebo dotaz do textového pole níže.

Děkuji, že jste mi věnoval/a svůj čas. Velmi si toho cením.

V případě jakýchkoliv dotazů či připomínek mi neváhejte napsat na email: tereza.kovarova01@upol.cz

Přeji Vám příjemný den :)

Informace pro ty, kteří uvedli, že mají zájem o zaslání svých výsledků

Po vyhodnocení dotazníků Vám rozešlu odkaz na stránky, na kterých se Vám po vložení identifikačního kódu zobrazí Vaše výsledky.