

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2017-2018

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Jitka Slavíková

Psychohygiena v pomáhajících profesích

(se zaměřením na pracovníky v adiktologických službách)

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. et Mgr. Jarmila Krajčová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2017-2018

BACHELOR THESIS

Jitka Slavíková

Mental hygiene of social workers

(focusing on workers in addictological services)

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. et Mgr. Jarmila Krajčová

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jitka Slavíková

Poděkování

Děkuji paní Mgr. et Mgr. Jarmile Krajčové za odborné vedení, za pomoc a rady při zpracování této práce.

Anotace

Tato bakalářská práce mapuje péči o duševní hygienu pracovníků v adiktologických službách. Součástí této práce je také definování problémů, které z jejich pohledu nejvíce vyvolávají psychické vypětí při práci s drogově závislými. To může mít podstatný vliv na spuštění syndromu vyhoření. Dále je práce zaměřena na fakt, do jaké míry jsou si pracovníci vědomi syndromu vyhoření a jakým způsobem dbají o své duševní zdraví.

Klíčová slova

adiktologické služby, pomáhající profese, psychohygienu, stres, syndrom pomocníka, syndrom vyhoření,

Annotation

This bachelor thesis describes the care of the mental hygiene of workers in addictological services. A part of this work is also the definition of problems which, in their view, cause psychological exertion when working with drug addicts the most. This can have a significant effect on triggering the burnout syndrome. In addition, the work is focused on the fact, to which measure the workers are aware of burnout syndrome and how they care for their mental health.

Keywords

addictology services, burnout syndrome, helping professions, mental health, relaxation, stress,

ÚVOD.....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE.....	10
1.1 Vztah mezi pomáhajícím a klientem	10
1.2 Vymezení hranic ve vztahu.....	11
1.3 Syndrom pomocníka	12
2 DUŠEVNÍ HYGIENA - PSYCHOHYGIENA	13
2.1 Definice pojmu	13
2.2 Duševní nerovnováha	14
2.3 Role duševní hygieny v pomáhajících profesích	15
2.4 Pravidla duševní hygieny.....	15
2.5 Metody duševní hygieny.....	18
2.6 Relaxace v každodenním životě	18
2.7 Supervize	19
3 STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ	20
3.1 Definice stresu	20
3.2 Stresové faktory	20
3.3 Příznaky stresu.....	21
3.4 Syndrom vyhoření (Burnout syndrom).....	22
3.4.1 Fáze syndromu vyhoření.....	22
3.4.2 Prevence syndromu vyhoření.....	23
3.5 Drogová závislost	25
3.6 Osobnost uživatele drog.....	25
3.7 Faktory ovlivňující závislost.....	26
4 ADIKTOLOGICKÁ PÉČE	27
4.1 Kontaktní centra.....	28
4.2 Terénní program	30
PRAKTICKÁ ČÁST	31
4.3 Cíle výzkumu.....	31

4.4	Výzkumné metody.....	31
4.4.1	Kvalitativní výzkum.....	31
4.5	Polostrukturovaný rozhovor	32
4.5.1	Struktura rozhovoru	33
4.6	Výzkumný vzorek.....	34
5	EMPIRICKÁ ČÁST	35
5.1	Analýza rozhovorů a výsledky výzkumu.....	35
5.1.1	Postoj sociálních pracovníků k jejich profesi.....	35
5.1.2	Pojem duševní hygiena a metody duševní hygieny	37
5.1.3	Změna způsobu užívání metod duševní hygieny	40
5.1.4	Překážky v uplatňování metod duševní hygieny.....	41
5.1.5	Největší stresový faktor	41
5.1.6	Příznaky stresu	44
5.1.7	Návrhy pracovníků na zlepšení péče o duševní hygienu	45
	ZÁVĚR	48
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	50
	SEZNAM PŘÍLOH.....	I
	Příloha A Příklad náplně práce sociálního pracovníka	I
	Příloha B Výňatek ze zákona os ociálních službách 108/2006 sb.	III

ÚVOD

Na člověka, který se rozhodne pro výkon pomáhající profese, jsou kladeny vysoké nároky, a to nejen na jejich erudovanost a profesionalitu, ale taktéž na osobnostní předpoklady. Pracovníci v pomáhajících profesích mají velmi náročnou psychickou práci a jsou tedy právem ohroženi syndromem vyhoření, který má v posledních letech narůstající tendenci. Uvedený fakt je determinován nejen celospolečenskými proměnami, ale také transformací služeb. To také samozřejmě vyvolává velký nárůst administrativní práce, což také vyvolává zvýšené psychické vypětí pracovníků. Je tedy nutné dodržovat zásady duševní hygieny a dbát na to, aby nahromaděný stres v zaměstnání dokázali pracovníci kompenzovat správným využitím volného času. V adiktologických službách se navíc odráží specifika a rizika práce s drogově závislými jedinci - jejich časté relapsy, kontinuita práce či potřeba komplexního řešení celé situace.

Přesto bychom se mohli domnívat, že erudovaný pracovník si je vědom těchto rizik s prací spojených a s jistotou bude odbourávat všechny vlivy, které by negativně působily na jeho duševní rozpoložení a rozumně nakládat se svými energetickými rezervami. Mnohdy tomu může být ovšem jinak a pomáhající mohou propadat pocitům beznaděje, frustrace a depresím.

Cílem této práce je především shrnutí dosavadních poznatků k problematice mentální hygieny spolu s pohledem do její praxe. Praktická část bakalářské práce je tedy zaměřena na zmapování praktického využití způsobů péče o duševní zdraví pracovníků v adiktologických službách, zejména kontaktních centrech, a na fakt, do jaké míry jsou obeznámeni se způsoby péče o duševní zdraví.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POMÁHAJÍCÍ PROFESE

Pojem pomáhající profese je poměrně široký a obsahuje značné množství profesních oblastí i pracovních přístupů. V úvodu práce je tedy nutné tento pojem vymezit a tím i zasadit speciální pedagogiku do širších souvislostí. Velký psychologický slovník vymezuje pojem následovně: „Profese pomáhající: Souhrnný název pro profese, které se zaměřují na pomoc druhým; pomáhají řešit nesnáze, problémy, zdravotní potíže druhých lidí; používají k tomu metody a techniky jednotlivých profesí; patří sem lékařství, zejména psychiatrie, dále psychologie, sociální práce, speciální pedagogika, fyzioterapie, rehabilitace; společnými znaky jsou mimořádná psychická zátěž, odpovědnost a rizika pro vlastní duševní zdraví osob, které tyto profese vykonávají.“ (Hartl a Hartlová, 2010, str. 445).

Je tedy vysoce žádoucí aplikovat mnohá doporučení a omezení týkající se prevence stresu a syndromu vyhoření na základě tohoto zařazení Geringová (2011) uvádí, že pracovníci v pomáhajících profesích zažívají v kontaktu s klienty zátěž především psychickou. Vysokou náročnost dává pomáhající profesi právě vztah, jenž s klientem pomáhající tvoří a také samotné zapojení vlastní osobnosti do procesu pomáhání.

Z tohoto důvodu se budeme věnovat zdraví duševnímu, jehož kvalita je pro výkon takového povolání klíčová.

1.1 VZTAH MEZI POMÁHAJÍCÍM A KLIENTEM

Stejně jako jiná povolání má každá z pomáhajících profesí svou odbornost, tzn. sumu vědomostí a odborností, kterou je nutné pro určitý druh povolání osvojit (Kopřiva, 2006). Toto vzdělání poskytují odborné školy. Na rozdíl od jiných povolání však hraje v těchto profesích roli ještě jeden velmi důležitý prvek, a to je lidský vztah mezi

pomáhajícím a klientem. Klienti mají potřebu pomáhajícímu důvěřovat. V těchto profesích je tedy hlavním nástrojem pomocníka jeho osobnost. Kopřiva dále uvádí, že pomáhající se setkává často s klienty, kteří jsou v nouzi a dostávají se do závislého postavení. Potřebují tedy cítit spoluúčast, pochopení a to, že pracovníka neobtěžují. Klient cítí potřebu pracovníkovi důvěřovat, být přijímaný a cítit se v bezpečí. Pátrá proto po signálech jak verbálních tak nonverbálních, které by mu pomohly vytušit kvalitu prožitků pracovníka, může je vnímat podvědomě. Bez tohoto vztahového rámce se práce pomáhajícího pracovníka stává jen výkonem svěřených pravomocí.

Jak dále podotýká Jankovský (2003), chceme-li poznat ostatní, musíme nejdříve poznat sami sebe. Abychom si mohli být sami sebe vědomi, potřebujeme vlastní sebezkušenost, poznat vlastní já, vlastní emoce, dobré i špatné vlastnosti. Je-li člověk sám sebou, neporovnává se s ostatními, nehodnotí kriticky životy ostatních a to je postoj hodný pracovníka v pomáhajících profesích, adiktologických službách obzvláště. K tomuto sebepoznání je možné dospět samostatnou aktivní sebereflexí, meditačními technikami nebo systematickým poznáváním s využitím doprovodu odborníků, mezi něž se řadí například terapie či sebezkušenostní skupiny.

1.2 VYMEZENÍ HRANIC VE VZTAHU

Hranicí ve vztahu mezi pomáhajícím a klientem je myšleno pomyslné dělítko či bezpečnostní zábrany, které determinují, co je záležitostí klienta a co je již záležitostí pomáhajícího. V pracovním vztahu je onou hranicí především hranice psychická. „Zřetelnou hranici vůči okolí musí mít každý fungující celek. Nejmenší jednotka života, buňka, by bez hranice nebyla buňkou, nýbrž jen chemickými sloučeninami rozptýlenými v daném prostředí.“ (Kopřiva, 2006, s. 74). A jak dále Kopřiva podotýká, každý má mít na starosti především sám sebe a chránit sebe, aby přežil. Jedná se o pozitivní egoismus. Pokud si pracovník vytvoří vlastní adekvátní hranici, uzná hranice i druhého člověka. Respektování hranic druhého člověka značí autonomní a zodpovědnou osobnost.

Sebepoznání a vytyčení hranic spolu velmi úzce souvisí. K tomu, abychom mohli vytyčovat hranice, musíme být obeznámeni, jak velký prostor ohraničují. Jankovský (2003) uvádí, že na základě poznání se uskutečňuje to nejpodstatnější v profesním životě pomáhajících a tou je svoboda. Pokud dojde ke ztrátě hranice, dojde ke splnutí, což je mnohdy hlavním problémem při pomáhání. Kopřiva (2006) definuje splývání jako potřebu, aby pomáhajícího klient potřeboval. Je třeba rozlišovat mezi empatií a soucitem. Při soucitu se svým protějškem ztotožníme a dojde tak ke ztrátě hranice. Kdežto při empatii si dovedeme představit a procítit situaci a emoce druhého, ale zároveň zůstáváme sami sebou, a dochází tedy k zachování hranice. Pokud představu překročíme, resp. dovolíme, aby byla překročena, vzniká stav, ve kterém emoce klienta vstupují do vlastního prožívání. Tím, že otvíráme prostor pro prožití všech temných emocí, umožňujeme klientovi zorientování ve vlastní situaci a prožívání. Tento prostor ovšem můžeme otvírat a zároveň hlídat pouze v případě vyrovnání se svými vlastními emocemi. To znamená, že pracovník se nesmí nechat strhnout vlastními emocemi, ale má být schopen plného vědomého vcítění.

1.3 SYNDROM POMOCNÍKA

Jak uvádí Schmidbauer (2007), základnost tohoto syndromu spočívá v tom, že se pomáhání stává obranou proti vlastním myšlenkám a sebereflexi. Kompenzuje neschopnost prožívat a vyjadřovat vlastní emoce a potřeby. Člověk se tak nemusí zabývat svými osobními problémy. To z něj ale dělá bezmocného pomocníka.

Syndrom pomocníka se projevuje neschopností vyjádřit své vlastní pocity, těžkostmi v mezilidských vztazích, nepřipouštěním si vlastní bezmoci nebo třeba problémy s nepřiměřeným projevováním agrese (Doležalová, 2015). Postižený se snaží vystupovat v roli, která mu naoko zaručí falešnou všemohoucnost a nedotknutelnost. U syndromu dále převažuje kontrolované chování zaměřené hlavně na výkon a projevuje se vnitřní touha po jeho perfektním provedení. Problémy v zaměstnání zaplavují osobní život pomáhajícího i v čase mimo práci.

Dle názoru Schmidbauera (2007), máte-li sami nepříliš šťastné a uspokojujivé dětství, je vysoká pravděpodobnost, že se rozhodnete pro pomáhající profesi.

Každý pracovník by si měl ujasnit již dopředu cíl a smysl svého jednání a sám by měl vycítit, že pokud jej v touze pomáhat vede jen finanční odměna, sláva či uspokojení vlastního nenaplnění, tak to není ta správná cesta.

Syndrom pomáhajícího často vede k syndromu vyhoření. Problémem se stává kombinace opakujících se příznaků v chování i prožívání, přičemž na první pohled se tento soubor jevů může zdát bez jakékoli souvislosti. Vážné je však spojení s konkrétní životní historií člověka. Problém pak ovlivňuje profesní výkon pracovníka a zároveň to poškozuje i jeho samotného.

2 DUŠEVNÍ HYGIENA - PSYCHOHYGIENA

2.1 DEFINICE POJMU

Duševní hygiena je pojem, který poprvé použil americký profesor Sweetstera z Vermontu ve své knize vydané v roce 1843. Na počátku 20. století založil Clifford Beers hnutí za duševní hygienu. Napsal knihu „*Duše, která se našla*“ a ta se stala základem pro další práce o potřebách lidí s duševní poruchou a prevencí psychiatrických poruch.

Chceme - li hovořit o prvních definicích duševní hygieny v naší zemi, uvedeme jako první formulaci L. Míčka (1984, str. 9): „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“

Duševní hygiena je nauka o tom, jaké zásady životosprávy dodržovat, jednat s lidmi, řešit konflikty a krizové životní situace, jak zvládat emocionální vypětí, stresové situace apod. Pokud dodržujeme zásady duševní hygieny, dosáhneme ideálního stavu, čímž je duševní zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Psychohygienu by měla člověka naučit, jak předcházet obtížím. A to nejen psychickým, ale i fyzickým. Ty pramení z faktu, že lidský organismus je psychosomatickou jednotou. Jako věda stojí duševní hygiena na pomezí věd lékařských, psychologických a sociálních.

Obvykle rozlišujeme širší a užší pojetí duševní hygieny.

V užším slova smyslu se duševní hygienou rozumí boj proti výskytu duševních nemocí. Zejména se jedná např. o prevenci neuróz či tlumení procesu rozvoje psychóz. Duševní hygiena v užším smyslu je také spojována s odstraňováním nadměrné psychofyzické zátěže a stresu (Křivohlavý, 2009).

V širším slova smyslu se duševní hygienou rozumí péče a optimální fungování duševní činnosti. Zaměřuje se na péči o dobrý, ideální stav a vývoj duševního zdraví jako celkového zdraví člověka. Zcela konkrétně zde jde o to přirozeně a realisticky odrazet realitu, reagovat přiměřeně na všechny podstatně důležité podněty, řešit běžné i nenadálé úkoly „na úrovni“, stále se duševně zdokonalovat a případně i duchovně dále růst. V tomto smyslu je utvářena i hlavní definice Světové federace duševního zdraví (World Federation for Mental Health) se sídlem v Ženevě.

2.2 DUŠEVNÍ NEROVNOVÁHA

Nedostatek duševní rovnováhy nelze vystihnout jedním slovem. Je to směs pocitů, se kterými se daný člověk potýká při ztrátě sebekontroly. Reakce každého člověka je úzce spjata s jeho charakterem (Nurnberger, 2011). Konkrétněji lze snad uvést jen to, že v takových situacích místo klidu a rozvahy nastupuje stresem vyvolaný obranný mechanismus. Mezi typické pocity patří vztek, bezmoc, napětí, strach, zoufalství, frustrace či zmatení. Dochází také k tělesným reakcím, jakým je například pocení, třes, svalové napětí.

2.3 ROLE DUŠEVNÍ HYGIENY V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍCH

Duševní hygiena je jistě důležitá ve všech profesích, nicméně nejvíce její důležitost pocítíme právě tam, kde je primárním posláním působení na lidi. Je tedy příznačné říci, že každý pracovník v pomáhajících profesích by měl být duševně vyrovnan (L. Míček, 1984). Pravidla psychohygieny je tedy nutné znát nejenom teoreticky, ale aplikovat je i v praktickém životě na sebe samého a šířit dál mezi klienty a spolupracovníky. Pracovník, který se cítí v duševní nepohodě sotva může poskytnout oporu a duševní rovnováhu klientům a dalším lidem vedle sebe. Jak zvládnout aplikaci psychohygieny v praxi, vyznačil L. Míček následovně:

- znát pravidla duševní hygieny,
- promýšlet tato pravidla, zvážit jejich aplikaci,
- praktické provádění,
- ztotožnění s určitými pravidly.

2.4 PRAVIDLA DUŠEVNÍ HYGIENY

Pravidly duševní hygieny rozumíme vhodné uspořádání s naplánováním denních aktivit a volného času, a to v souladu s naší výkonnostní křivkou.

Mezi základní zásady péče o duševní zdraví se řadí bdění a spánek, odpočinek – trávení volného času, pohyb a výživa (Čeledová a Čevela, 2010).

Bdění a spánek

Spánek patří mezi základní lidské potřeby a je nezbytný k obnově a zachování duševních i fyzických sil. Spánek má svou strukturu, v níž se střídají fáze REM (snová) a NREM, která má 4 stádia. Jednotlivá stádia se od sebe odlišují hloubkou. Existují vědecké důkazy, že ve spánku se zachovává energie, klesne spotřeba kyslíku,

metabolismus se sníží o 5-25%, stejně tak tepová i srdeční frekvence, hladina cukru v krvi, nižší je i tělesná teplota. Zjednodušeně řečeno, spánek je opakem bdělosti. Je-li bdění považováno za aktivní děj, je spánek považován za děj pasivní. Takhle se to alespoň jeví zvenčí.

Úloha spánku je komplexní:

1. Slouží k odpočinku fyzickému i psychickému.
2. Hraje důležitou roli v procesech učení, zapamatování a zpracování informací.

Spánek a potřeba odpočinku jsou u každého jedince individuální (Borzová, 2009). Většina dospělých potřebuje 6-8 hodin spánku, ve kterém by mělo být 20 % hlubokého a 20% snového spánku. Nejdelsí bdělost, která ještě neovlivní duševní výkon, je asi 36 hodin. Spánkové poruchy s sebou přinášejí časté obtíže jako je podrážděnost, únava, úzkostné stavy a v některých případech i somatická onemocnění. Hofbauer (2004) uvádí, že volný čas je doba, která nám zbývá po splnění pracovních i nepracovních povinností, kdy nejednáme pod tlakem závazků, které vyplývají z našich sociálních rolí a nutnosti zachovat a rozvíjet svůj rod. „Zahrnuje činnosti, které vykonáváme dobrovolně, rádi, přinášejí nám radost a uspokojení.“ (Pávková et. al., 1999, s. 31). Odpočinek hraje významnou roli ve snaze udržet si duševní zdraví. Je přirozeným jevem, naprosto nutným pro udržení zdraví všech živočichů. Přestože by se mohlo zdát, že dnešní hektická doba, pracovní a jiné povinnosti odpočinku nepřejí, je velmi důležité si rozvrhnout svůj čas tak, abychom mohli relaxovat. Nedostatkem odpočinku, relaxace, se snižuje schopnost znovu doplňovat ztracené síly jak duševní, tak fyzické. Odpočinek bychom měli do svého programu zařadit každý den, protože jenom tak se vyhneme zbytečnému přepětí a získáme nový popud k dalšímu plnohodnotnému a zdravému životu.

Aktivity, které člověk vykonává ve svém volném čase, můžeme klasifikovat mnoha způsoby, a to podle různých aspektů. Obecně je můžeme rozdělit na činnosti aktivní a pasivní. Kraus a Poláčková (2001) například dělí volnočasové aktivity na tvůrčí, kulturní, sportovní a konzumní.

Odpočinek představuje souhrn činností odlišných od předchozí zátěže, která způsobila únavu. Obecně lze říci, že člověk, jehož náplní je práce psychicky náročná, má potřebu trávit čas aktivně a naopak.

Pohyb

Pro zdraví je nutné tělo udržovat stále v kondici. Pohyb přináší radost, buď sám o sobě nebo ve svých důsledcích (Doležal a Jebavý, 2013). Kvalitní pravidelný pohyb v přiměřeném množství považujeme za nedílnou součást lidského života, je nepostradatelnou součástí denního rytmu, tělesných potřeb a součástí duševní hygieny. Usnadňuje zvládnutí běžných činností, posiluje imunitu a celkovou zdatnost. Hraje významnou roli v rovině duševní. Spolu s tělesnou aktivitou se zlepšuje kvalita spánku, myšlení a sebevědomí. Cvičení zároveň spouští v mozku vyšší tvorbu endorfinů, známých "hormonů štěstí". Právě díky nim máme během cvičení i po jeho skončení lepší náladu. Endorfiny tak pomáhají překonat zátěž. Účinně pomáhají zvládat stres, chrání člověka před jeho tělesnými následky a udržují tělo v harmonii.

Výživa

Pojem zdravá výživa se vystihuje několika formulacemi – racionální výživa, správná výživa či zdravé stravování. Každá z těchto formulací vznikla v nějakých podmínkách za nějakých okolností (Piňha a Poledne, 2009). Dnes je odborně logickým výrazem zdravý způsob či režim stravování celkově. Zdravá výživa, jak ve smyslu stravování, tak ve smyslu výběru a upravování stravy, pomáhá předcházet nemocem, ovlivňuje kvalitu života a prodlužuje jej. Množství a energetická hodnota stravy by se měla řídit potřebou, která je závislá na věku člověka, pohlaví a jeho fyzické aktivitě.

Příjem energie by se měl rovnat jejímu výdeji, strava má být pestrá s dostatkem vitamínů, vlákniny, přiměřeným obsahem bílkovin, minerálních látek a zdravých tuků. Důležitou roli představuje nejenom pestrost stravy, nýbrž také pravidelnost ve stravování. Nelze samozřejmě opomenout pitný režim.

2.5 METODY DUŠEVNÍ HYGIENY

Dle Vobořilové (2015) můžeme metody duševní hygieny rozčlenit do následujících kategorií:

- Životospráva: pohyb, strava, práce, odpočinek,
- Autoregulační techniky: jedná se o schopnost řídit své vlastní jednání a vědomě dosahovat svých vytyčených cílů. Při správném osvojení této techniky jsou jedinci schopni regulovat své chování, odstraní nežádoucí pocity, návyky a dosahují žádoucích vlastností.
- Jóga: jóga vychází obecných zákonitostí života, popisuje je a dává návod, jak jim porozumět a žít v souladu s nimi. Přináší tak člověku možnost prožít harmonický a spokojený život. Jógové cviky působí komplexně a uvádějí tělo, mysl, vědomí i duši do rovnováhy.
- Meditace : meditací rozumíme různé praktiky prohlubování soustředění a zklidnění mysli.
- Jacobsonova progresivní relaxace: smyslem této relaxace je naprosté uvolnění celého těla, je vhodná pro jedince, pro které je jóga či meditace příliš klidná a neudrží pozornost. Při této relaxaci je člověk mnohem aktivnější.
- Schultzův autogenní trénink: Schultzův autogenní trénink pracuje s lidskou představivostí, pomocí které vyvolává různé tělesné stavy. Navozené tělesné stavy pak umožňují relaxaci nejen samotného těla, ale také mysli.
- Relaxační techniky: při poslechu hudby, čtení knihy, relaxace pohybem, relaxace při manuální činnosti, kultura.

2.6 RELAXACE V KAŽDODENNÍM ŽIVOTĚ

Správně prováděná relaxace napomáhá k lepšímu soustředění, přispívá k efektivnějšímu úsudku a zlepšuje výsledky lidské činnosti (Janáčková, 2007).

Relaxací lze čelit stresu, vznětlivosti, neklidu, poruchám spánku poruchám spánku i trávení. Všechny výše uvedené problémy vznikají často z pracovního přetížení.

Relaxace je považována za „psychofyzilogický stav intenzivní regenerace organismu, kdy dochází k posílení imunitního systému a k hluboké regeneraci buněk, zejména nervového systému.“ (Janáčková, 2007, s. 158).

Využití relaxačních technik v kontextu sociálních služeb je velmi vhodné a nápomocné v jejich psychicky náročném povolání. Použití relaxačních technik je efektivní součástí účinné práce se sebou, se svými osobními zdroji a v kontextu pomáhání se tak stává též součástí prevence syndromu vyhoření.

Relaxace se dělí na dvě oblasti: mimovolní a volní. K mimovolní relaxaci patří spánek, do volní oblasti spadá celá škála záměrných aktivit vedoucích k uvolnění těla. Pro někoho bude snazší relaxovat pomocí respiračních technik, jiní využijí tělesných vjemů jako je tíha a teplo, nebo napínání a uvolňování svalů. Další relaxační technikou je imaginace obrazů, zvuků, doteků či vůně (Cungi a Limousin, 2005).

2.7 SUPERVIZE

Supervize se stále více dostává do povědomí pracovníků a je stále častěji aplikována v praxi samotné, přestože v našich zemích nemá dlouhodobou tradici. Co se týče charakteristiky pojmu, řada autorů definuje supervizi jinak, nicméně jedno je však pro ně společné. Cílem supervize je pomoc v osobním rozvoji, ale i v osobním životě každého účastníka supervize. Smyslem supervize je především kontinuální podpora pomáhajícímu profesionálovi (Havrdová, 2000). Jedná se o formu pomoci a spolupráce pro ty, kteří v rámci náplně své profese pracují s lidmi a uplatňují tak nejen svoji odbornost, ale také lidský a vnímavý přístup. Supervize se zaměřuje spíše na kontinuální rozvoj profesních dovedností supervidovaných a jejich profesionality. Dle Koprivy (2006) jde o proces praktického učení, v němž supervizor pomáhá

supervidovanému řešit konkrétní problémy a situace, které vznikají při jeho práci s klienty.

3 STRES A SYNDROM VYHOŘENÍ

3.1 DEFINICE STRESU

Přestože je slovo stres mezi lidmi hojně používáno, často se o něm píše a hovoří v médiích, nemálo lidí si není jistých, co vlastně slovo stres znamená. Výstižnou definici stresu dle Wassebauera (1999) předkládá Statní zdravotnický ústav v Praze, který jej vysvětluje následovně: „Je to proces vznikající jako odpověď našeho organismu na nadměrné požadavky, které jsou kladeny na naše tělesné a psychické rezervy. Adaptační mechanismy našeho organismu se těmto požadavkům přizpůsobují velmi pomalu a tak prožíváme ohrožení rovnováhy. Stres představuje takovou zátěž, na kterou nejsme schopni reagovat pozitivně a s požadavky se nemůžeme vyrovnat.“

Mnozí lékaři stres označují za nejčastějšího původce nemocí a domnívají se, že v příštích letech bude chorob způsobených *stresem* ještě přibývat.

3.2 STRESOVÉ FAKTORY

Pojem stresor pojímá Křivohlavý (1994) jako „negativně na člověka působící vliv“ a uvádí velkou škálu stresorů. Pro příklad uvádím stresory, které dle Křivohlavého mají souvislost s pracovní zátěží:

- přetížení množstvím práce
 - jedná se o situaci, kdy množství práce je vyšší, než je konkrétní jedinec schopen vykonat za určitý čas,
- časový stres

- nedostatek potřebného času k vykonání určité práce,
- neúměrně velká odpovědnost obzvláště odpovědnost za svěřené lidské životy je stresogenním faktorem,
- nevyjasnění pravomoci pracovní úkol je nejasně stanoven, pracovník nemá adekvátní zpětnou vazbu,
- vysilující snaha o kariéru
 - tam, kde jedinci očekávají kariérní růst, který se ale nenaplnuje,
- kontakt s lidmi
 - stresogenní může být práce, kde je styk s lidmi dán charakterem práce, anebo naopak, kde je jedinec izolován od ostatních,
- nezaměstnanost
 - ztráta zaměstnání a nemožnost nalezení vhodného místa.

3.3 PŘÍZNAKY STRESU

Příznaky stresu se projevují ve dvou oblastech:

a) psychické příznaky: změny nálad, zvýšená podrážděnost, popudlivost, nadměrné trápení se věcmi, které nejsou tak důležité a potřebné, zvýšený pocit únavy, nadměrné starosti o svůj zdravotní stav a vzhled, neschopnost projevit náklonnost a sympatii v mezilidských vztazích, nadměrné denní snění, omezení sociálního styku s dalšími lidmi.

b) fyziologické příznaky: bušení srdce, úporné bolesti hlavy, migréna, zvýšené svalové napětí v oblasti krční a bederní páteře, bolesti a pocity svírání za hrudní kostí, nevolnost, nechutenství, plynatost v oblasti břicha, bolest žaludku, ztráta sexuální apetence, změna v menstruačním cyklu, exantém, nepříjemné pocity v krku (tzv. knedlík v krku), problémy se soustředěním, dvojité vidění (Vobořilová, 2015).

3.4 SYNDROM VYHOŘENÍ (BURNOUT SYNDROM)

Syndrom vyhoření jako první popsal americký psychoanalytik **Herbert J. Freudenberger** v roce 1974. Je však téměř jisté, že tento syndrom se zajisté vyskytoval už i dříve (Hawkins a Shohet, 2004). Jedná se o celkové mentální a citové vyčerpání způsobené dlouhodobým stresem a postihuje nejčastěji osoby pracující v oborech jako je zdravotnictví, školství a sociální práce.

Pro jedince trpícím syndromem vyhoření je všechno stresující, přesto je nutné podotknout, že stres není totožný s pojmem syndromu vyhoření. Stres ovšem může v syndrom vyhoření vyústit, pokud se k němu přidají další či vnitřní okolnosti. Autoři popisují syndrom vyhoření v několika fázích, což znamená, že je to dlouhodobý proces.

Vyhořením je nutné se zabývat dříve, než k němu dojde. Je důležité, aby pracovníci v pomáhajících profesích sledovali své motivace, příznaky stresu a vytvářeli si zdravý systém podpory. Uvědomělý pracovníci se starají o svůj vlastní smysluplný život, příjemný a fyzicky aktivní mimo roli pomáhajícího.

3.4.1 FÁZE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Pešek a Praško (2016) rozdělili syndrom vyhoření do následujících fází:

1) Nadšení

Je typické pro začínajícího pracovníka, který je plný elánu a má velká, často nerealistická očekávání. Dobrovolně pracuje přesčas, zanedbává své volnočasové aktivity. Práce je mu zábavou, přináší smysl. Postupně však přicházejí problémy, mnohé cíle se oddalují a zdají se být nesplnitelné.

2) Stagnace

Pracovník zjišťuje, že jeho práce i osoba má své limity a některá očekávání zkrátka nelze naplnit. Bere v potaz i jiné věci než pracovní, začíná mít zájem o volnočasové aktivity, věnuje se svým koníčkům.

3) Frustrace

Pracovník ztrácí důvěru ve vlastní schopnost a začne pochybovat nad smysluplností své práce. Tyto pochybnosti jsou nejčastěji založeny na špatných zkušenostech s nespolupracujícím klientem nebo nadřízenými.

4) Apatie

Stádium apatie přichází po dlouhodobé frustraci. Trápí jej pocit bezmocnosti a beznaděje, nastupuje vnitřní rezignace. Pracovník vnímá svoji práci jako pouhý zdroj obživy, často se cítí klienty obtěžován, plní jen nutné úkoly, odmítá novinky, další vzdělávání i práci přesčas.

5) Vyhoření

Je posledním stadiem, příznaky syndromu vyhoření jsou jasně viditelné. Jedná se o emocionální, psychické a fyzické vyčerpání a špatnou pracovní morálku.

3.4.2 PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Prevence dle Matouška (2003, s. 154) „ve vztahu k sociální práci znamená soubor opatření, jimiž se předchází sociálnímu selhání, a to zejména těm typům, které ohrožují základní hodnoty společnosti (kriminalita, rasismus, xenofobie atd.).“

Obecně můžeme prevenci syndromu vyhoření definovat jako soubor opatření, jež mají za úkol předcházet jevu, který je považován za negativní a nežádoucí.

Zde stručně vyjmenujeme oblasti, které hrají důležitou roli při prevenci syndromu vyhoření a zvládání stresu.

1) Životní styl

Řadí se sem pohyb, výživa a spánek, jak již bylo zmíněno výše. Někteří pracovníci v pomáhajících profesích také musí aktivně přemýšlet o využití svého volného času, aby je plně nepohltila práce a zbyl prostor na koníčky, kulturu a společenský život.

2) Mezilidské vztahy

Pohlédneme-li na člověka z pohledu historie z jakéhokoliv úhlu pohledu, dojdeme k závěru, že po celou dobu evoluce existuje ve vztazích s druhými lidmi. Vztahy v osobním i pracovním životě determinují duševní rozpoložení, emocionální složku osobnosti a pracovní výkonnost. V pracovním procesu trávíme podstatnou část našeho produktivního života, je tedy na místě přisuzovat této oblasti patřičný význam. Je tedy zcela logické, že čím více je jedinec spokojen se vztahy na pracovišti, tím se cítí lépe, svobodněji a necítí potřebu zaměstnání měnit. Tento fakt je pak využitelný v prevenci syndromu vyhoření, je ve vlastním zájmu nadřízených pracovníků, aby se aktivně snažili zlepšovat vztahy na pracovišti a zamýšleli se nad jednáním s podřízenými. Za důležitou prevenci syndromu vyhoření na pracovišti se řadí supervize.

3) Přijetí sebe samého

Klient od pomáhajícího očekává, že jej přijme v zásadě takového, jaký je (Kalina, 2015). Aby mu věnoval pozornost a náklonnost bez ohledu na to, zda se chová lépe či hůře. Tentýž postoj potřebuje zaujmout pomáhající i k sobě samému. Pokud tak neučiní, dostane se pomáhající do fáze vyčerpání, která vede k syndromu vyhoření. Ten, kdo nepřijímá sebe samého a nemá se rád, dostává se neustále do vnitřního konfliktu mezi sebou samým a jakýmsi pomyslným ideálem, kterým by si přál být. Příliš mu zaleží na tom, co si o něm myslí ostatní, snaží se dostát jejich pomyslným očekávaním navzdory tomu, že sám s tím není ztotožněn. Tím spotřebovává velké množství energie a už mu jí tedy mnoho nezbývá na udržení příznivého vztahu mezi ním a klientem. Poznání a přijetí sebe sama umožňuje pracovníkovi žít v realitě, osvobozuje jej a dává předpoklady pro jeho další vývoj. Stručná charakteristika užívání drog a osob se závislostí.

3.5 DROGOVÁ ZÁVISLOST

Drogová závislost je onemocnění. „Je charakteristické naléhavou touhou po účincích drogy, kterou nemocný užívá i přesto, že si tím způsobuje řadu problémů.“ (Hajný, 2001, s. 17).

Každý člověk, tedy i každý klient, má svoji historii, svůj vlastní osobní příběh. Abychom pochopili příčinu závislosti, je důležité znát důvody, proč klient propadl užívání drog. Přestože každý klient je jedinečný, některé důvody užívání drog jsou pro klienty společné. Protože užívání drog postupně mění osobnost uživatele vesměs negativně, považují za důležité, aby pracovník znal pozadí klientovy závislosti a byl si vědom důsledků, které tato závislost nese. Znalost těchto faktů může významně přispět k rozvoji pozitivního vztahu mezi pomáhajícím a klientem, jelikož někteří pomáhající mohou hledat pozitivní vztah k závislému klientovi obtížněji.

3.6 OSOBNOST UŽIVATELE DROG

Nešpor (2006) uvádí, že uživatel drog se postupně mění a to primárně ve dvou sférách:

Oblasti fyzické:

- vpichy, postupné chátrání, bolesti svalů a kloubů, nechutenství, nucení ke zvracení, průjem a křeče v břiše, třes, pocení, dušnost, bušení srdce, sepse, dochází k přenosu infekcí, hubnutí, poruchy žilního systému,

Oblasti psychické:

- dochází k poruchám emocí, zvýšené dráždivosti a lability, má sklony k extrémním citovým prožitkům,
- zhoršení koncentrace, poruchy paměti,
- neschopnost aktivity nebo naopak jejich extrémní nabuzení (záleží na typu drogy)
- změna hierarchie hodnot, droga se dostává na nejvyšší příčku hodnotového žebříčku, vymizení zájmů,

- celková degenerace osobnosti, úbytek schopností, ztráta vůle,
- psychotické poruchy – halucinace, bludy, psychomotorické poruchy.

Regrese v těchto dvou oblastech vede k problémům a úpadku i v oblasti sociální (Hajný, 2001). Změna osobnosti uživatele a snížení výkonnosti může vést k absenci v zaměstnání či ve škole, následně ke ztrátě zaměstnání či ukončení studia. Tyto problémy logicky na sebe mohou nabalovat další, jako je ztráta původních přátel, dysfunkce a rozpad rodiny, zanedbání péče o dítě. V touze získat jakýmkoliv způsobem prostředky na drogu, mnozí uživatelé na rodině parazitují, rozprodávají majetek, často kradou, lžou a podvádí. Kriminální chování a trestná činnost lidí na droze závislých jsou dalším velkým společenským problémem.

3.7 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ZÁVISLOST

Příčiny vzniku závislosti jsou multifaktoriální. Neexistuje předem rozpoznatelná osobnost, která by byla k abúzu drog a závislosti předurčena (Gohlert, 2001). Existují pouze určité rizikové faktory, které významně ovlivňují riziko závislosti. Na vzniku závislosti se tedy podílí jak osobnost uživatele, rodinné a sociální prostředí, tak i momentální podmínky a důvody, které jej ke droze přivedly.

Mezi rizikové faktory řadíme genetické a biologické predispozice, psychické a sociální faktory. Zde je uvedena jejich stručná charakteristika.

1) Genetické predispozice

Autoři, zabývající se drogovou závislostí, dosud jednoznačně neurčili, že existují specifické genetické informace vedoucí k závislému jednání. Komplexní porucha vzniká vždy na základě interakce genetické výbavy s prostředím, které jedince obklopuje a formuje. Nicméně dle Fišera a Škody (2009, s.88) je prokázáno: „že u jedinců z rodin, kde je otec alkoholik, je riziko závislosti až 10x vyšší!“

2) Biologické predispozice

Někteří jedinci mohou mít po požití látky příjemnější pocity než ostatní, se zpracováním látky nemají výrazné potíže, a proto pravděpodobněji mohou drogu užívat častěji a ve větším množství.

3) Psychické faktory

Na vzniku rozvoje závislosti se podílejí osobnostní rysy jedince. Jedná se například o potřebu vyhledávat nové zážitky, experimentovat. Vysokou mírou závislosti jsou ohroženi také jedinci s depresivními náladami či vysokou mírou neuroticismu, sebekritiky nebo naopak sebepřeceňování. Rizikové jsou také osoby, pro něž je charakteristické emocionální ladění spojené se zvýšenou úrovní aktivace, dráždivostí a anxiozitou.

4) Sociální faktory

Mezi významné sociální faktory, které zvyšují sklony a pravděpodobnost závislosti, patří především vliv rodiny, kdy je dětem věnována malá nebo nedostatečná péče (Hajný, 2001). Rizikovou rodinou ve vztahu k závislosti může být taky rodina, která uplatňuje hyperprotektivní výchovu, a tak neumožňuje zdravé sebeprosazení a individualizaci dítěte. Dalším činitelem, který může negativně ovlivnit vývoj jedince, je škola - školní neúspěch či nevhodný přístup pedagogů. Dalším neopomenutelným faktorem je zvýšený vliv party či subkultury, která bere užívání drogy jako normu.

4 ADIKTOLOGICKÁ PÉČE

Specializovaná adiktologická péče má několik rovin a typů, což je dáno různým charakterem služeb, prostředím jejich poskytování a také různorodostí odborností, které se při péči o uživatele návykových látek nebo patologické hráče střetávají (Kalina, 2015).

V současnosti je možné adiktologickou péči rozdělit na lékařskou, což je síť zdravotnických zařízení oboru psychiatrie. Ta poskytují ambulantní a rezidenční zdravotní služby uživatelům alkoholu, méně často uživatelům nealkoholových drog a patologickým hráčům. Mezi rezidenční péči se řadí terapeutické komunity, specializovaná oddělení nemocnic, psychiatrické léčebny

Další část tvoří síť nízkoprahových programů, programů ambulantní léčby a následné péče a terapeutických komunit, které mají převážně registraci sociální služby (některé jsou i zdravotní službou) a jsou provozovány NNO (nestátní neziskovou organizací). Zaměřují se zejména na uživatele nelegálních drog, v menší míře na uživatele alkoholu a patologické hráče. Není výjimkou, že jedna organizace provozuje více zařízení poskytujících adiktologické služby různých typů.

Pro tuto bakalářskou práci byly jako stěžejní vybrány služby tvořící síť nízkoprahových programů, jakými jsou kontaktní centra a terénní programy, proto je jim věnována větší pozornost.

4.1 KONTAKTNÍ CENTRA

Kontaktním centrem se rozumí nízkoprahové zařízení, které nabízí služby snižující rizika související s užíváním návykových látek. Kontaktní centrum dále poskytuje odborné sociální služby osobám od 15 let, které hledají podporu při řešení sociálních a zdravotních obtíží, do nichž se dostali oni sami či jejich blízcí v důsledku experimentování či pravidelného užívání návykových látek. Účast klientů je založena na dobrovolnosti, anonymitě, diskrétnosti, individuálnímu přístupu a bezplatnosti (Vondráčková, 2013).

Pokud klient přijde do kontaktního centra, již tento fakt sám o sobě je považován za zlomový bod v etapě závislosti. Přiznává tak oficiálně svoji závislost na návykových látkách a lze předpokládat, že si uvědomuje rizika s tím spojená. To ovšem nevyovídá nic o jeho motivaci, že by chtěl drogy přestat užívat. Nicméně již tímto prvním krokem můžeme předpokládat alespoň ambivalentní potřebu změny. Poradenský proces začíná již prvním vstupem do kontaktního centra, což vytváří další prostor pro případný profesionálně důvěrnější vztah mezi klientem a pracovníkem a motivací klienta ke změně. Přestože poradenská činnost nesplňuje všechna kritéria kladena na poradenské služby, je její přínos pro případné budoucí kroky vedoucí k nápravě neocenitelný.

Pro klienty, kteří aktivně užívají drogy a z různých důvodů nemohou anebo nechtějí přestat, jsou k dispozici dva základní typy služeb: kontaktní centra a terénní programy.

Kontaktní centra zahrnují následující služby:

Kontaktní služby

Kontaktními službami rozumíme navázání a prohlubování vztahu s uživateli drog, minimalizaci rizik jak zdravotních tak sociálních. Dále pracovníci kontaktních center nabízejí asistenční služby, poskytují informace o riziku užívání návykových látek či sociální poradenství.

Harm Reduction

„Pojem Harm Reduction znamená snižování či minimalizaci poškození drogami u osob, které drogy užívají a nejsou motivováni k tomu, aby s užíváním drog přestaly. Jde o minimalizaci, omezení, či zmírnění rizika infekcí ohrožujících život a zdraví. Tyto infekce se mohou šířit sdílením injekčního materiálu při nitrožilní aplikaci drog a nechráněným pohlavním stykem“ (Úřad vlády České republiky, 2003). Základní charakteristikou je pragmatičnost. Pracovník neusiluje o úplnou eliminaci drog, ale snaží se s klientem pracovat tak, aby negativní důsledky jeho chování byly co nejmenší (Kalina, 2015).

Harm reduction zahrnuje:

Výměnný program

Výměnný program zahrnuje výměnu injekčního náčiní, distribuce sterilní vody, alkoholových tampónů, filtrů, lžiček apod.

Zdravotní péči

Jedná se o základní ošetření lehkých zdravotních poranění, oděrky, lehčí formy abscesů, běžná virová onemocnění.

Testování HIV, HVB, HVC – používají se slinné testovací sady nebo sety pro testy z kapilární krve.

Doplňkové služby

- hygienický servis – klienti mají k dispozici sprchu, umývárnu, pračku k praní prádla,
- potravinový servis – klientům jsou poskytnuty základní potraviny, nápoje,
- vitamínový servis – poskytnutí vitamínů ke zlepšení imunitního systému uživatelů drog.

4.2 TERÉNNÍ PROGRAM

Metodu terénní sociální práce (streetwork) řadíme mezi metody preventivní. Sociální pracovník pracuje přímo „na ulici“ a terénní sociální práce je často první službou, se kterou se uživatel drog setkává (Gulová, 2011). Cílovou populací streetworkera je tzv. skrytá populace, především sociálně znevýhodněné skupiny, zejména děti a mládež. Smyslem jeho práce je mimo jiné infiltrace do rizikové skupiny a nabídnutí alternativního a efektivnějšího využití volného času, mapování situace či propojení svých služeb se sociálními službami v regionu.).

Pokud terénní pracovník kontaktuje jedince již závislé na drogách, bylo by obtížné s nimi navázat kontakt bez toho, aniž by měl terénní pracovník co nabídnout. Sterilní injekční stříkačky jsou mnohdy jediný důvod, proč tito klienti streetworkera kontaktují (Kalina 2015). Smyslem výměny je tak prevence sdílení injekčního materiálu více uživateli drog a následná prevence hepatitid a HIV.

PRAKTICKÁ ČÁST

4.3 CÍLE VÝZKUMU

Teoretický rámec předchozí části byl východiskem pro stanovení hlavních a dílčích cílů a stanovení výzkumných otázek. Cílem mé bakalářské práce bylo zodpovězení hlavní výzkumné otázky a tou bylo **zmapování péče o duševní hygienu pracovníků pracujících v adiktologických službách**. Zaměřila jsem se tedy na zjištění faktu, zda jsou pracovníci obeznámeni s metodami duševní hygieny a uplatňují je i v jejich praktickém životě. Dále jsem si dala za úkol zmapovat postoje pracovníků ke své práci.

Dílčí cíle, které mi pomohly zodpovědět hlavní výzkumnou otázku, byly následující:

- co pracovníkům přináší vykonávání jejich profese,
- do jaké míry jsou pracovníci obeznámeni se způsoby péče o duševní zdraví,
- který ze způsobů péče o duševní zdraví uplatňují v praktickém životě,
- co je z pohledu pracovníků největší psychickou zátěží v jejich práci,
- jaké konkrétní postupy pracovníci uplatňují, aby se vyrovnali se subjektivním vnímáním zátěže,
- jaké problémy z jejich pohledu nejvíce vyvolávají psychické vypětí při práci s uživateli drog,
- zmapování překážek v uplatňování zásad duševní hygieny,
- návrhy na řešení odstranění překážek v uplatňování péče o duševní zdraví.
-

4.4 VÝZKUMNÉ METODY

4.4.1 KVALITATIVNÍ VÝZKUM

Vzhledem k tématu mé práce a cíli jsem se rozhodla použít metodu kvalitativního výzkumu. Kvalitativní výzkum se snaží o porozumění jevů, které zkoumá. Tento typ výzkumu se do velké míry odehrává v prostředí, v němž se zkoumané fenomény reálně vyskytují. Zároveň platí, že míra důvěry a otevřenosti

zkoumaných aktérů vůči výzkumníkovi velmi silně ovlivňuje kvalitu získaných dat (Švaříček a Šed'ová, 2007).

Kvalitativní výzkum umožňuje detailní získání informací o zkoumaných jevech tak, jako by to s kvantitativními metodami nebylo možné.

4.5 POLOSTRUKTUROVANÝ ROZHOVOR

Jako metodu sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. Miovský (2006) uvádí, že výzkumník vytváří při jeho užití okruhy otázek, které potom bude s respondenty při rozhovoru probírat. Tuto metodu jsem zvolila proto, že není vázána pevnou strukturou rozhovoru, lze měnit pořadí otázek podle okolností a rozhovor rozšířit o další možné doplňující otázky. Otázky jsem směřovala do dvou oblastí. První oblast se týká vztahu sociálního pracovníka v adiktologických službách k jeho práci. Druhá oblast byla zaměřena na informovanost pracovníků o duševní hygieně a její aplikaci v praxi. Vytvořila jsem si seznam otevřených otázek, které pro mne byly závazné. Na pořadí otázek striktně nezáleželo, pokládala jsem je tak, aby navázaly na plynulý tok rozhovoru. Nicméně vzhledem k charakteru polostrukturovaného interview jsem využila možnosti doplňujících otázek, které byly důležité, abych lépe pochopila, jak danou věc účastník rozhovoru myslí. Vše probíhalo v souladu se zásadami polostrukturovaného rozhovoru.

Otázky jsem směřovala do dvou oblastí. První oblast se týkala vztahu sociálního pracovníka k jeho práci. Druhá oblast byla zaměřena na informovanost pracovníků o duševní hygieně a její aplikaci v praxi.

Délka rozhovoru byla přizpůsobena výřečnosti a otevřenosti respondenta. Výpovědi účastníků jsem nahrávala na diktafon a následně přepsala, čímž vznikl základní materiál. Ten jsem dále upravovala tak, aby mi usnadnil orientaci v textu a mohla jsem jej správně analyzovat. Následovalo tzv. kódování – barvení textu, abych mohla s těmito informacemi pracovat. Barevně jsem tedy vyznačila pasáže, které odpovídaly jednotlivým výzkumným otázkám. Tento postup mi usnadnil orientaci v textu a jeho následnou analýzu. V praktické části bakalářské práce, kde jsou jednotlivá data

rozebírána, jsou výpovědi vyhodnoceny a vybrány odpovědi nejzajímavější, nejčtenější nebo ojedinělé.

Rozhovor probíhal přímo v kontaktních centrech. V úvodu rozhovoru byli dotazováni informováni o pravidlech ochrany osobních údajů a o důvěrnosti získaných materiálů. Účastníci souhlasili s rozhovorem a pořízením audiozáznamu, byli seznámeni s účelem rozhovoru, zpracováním dat a publikací výsledků. Byla jim zaručena anonymita, z tohoto důvodu jsou jména dotazovaných změněna a není uvedena adresa kontaktních center.

4.5.1 STRUKTURA ROZHOVORU

V návaznosti na cíl výzkumu jsem vymezila dvě tématické kategorie:

- postoj pracovníka k práci,
- péče pracovníka o duševní zdraví.

Volila jsem otázky srozumitelné, jednoznačné a směřovala rozhovor tak, aby byla výrazná aktivita na straně respondentů. Nechávala jsem jim dostatečný časový prostor nutný k promýšlení odpovědí. Během hovoru jsem pokládala doplňující otázky v případě, že jsem považovala za vhodné, aby účastník rozvedl svoji myšlenku nebo upřesnil svůj výrok.

Seznam výzkumných otázek jsem tedy rozdělila následovně do dvou kategorií:

Tabulka č.: Výzkumné otázky

Kategorie č. 1	Výzkumné otázky
Vztah k profesi	1. Proč jste si zvolil/a tuto profesi? 2. Co vám tato práce přináší? Čím vás naplňuje?
Kategorie č. 2	
	3. Co si představujete pod pojmem duševní hygiena? 4. Jaké metody duševní hygieny znáte?

Vztah k duševní hygieně	<p>5. Jaké metody duševní hygieny aplikujete ve svém životě?</p> <p>6. Změnil se způsob péče o vaše duševní zdraví v průběhu vaší práce v kontaktním centru? Pokud ano, proč?</p> <p>7. Je něco, čemu byste se chtěl/a věnovat v rámci duševní hygieny a neděláte to? Pokud ano, proč?</p> <p>8. Co považujete za největší psychickou zátěž ve vaší profesi?</p> <p>9. Pocítil/a jste na sobě příznaky stresu související s výkonem vašeho povolání?</p> <p>10. Je něco, co by Vám pomohlo, abyste se cítil/a lépe po duševní stránce ve vaší práci? Máte návrhy na zlepšení?</p>
--------------------------------	---

Vlastní zdroj

4.6 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek tvořilo šest sociálních pracovníků pracujících v adiktologických službách – pět žen a jeden muž, kteří vykonávají svou práci ve dvou kontaktních centrech. Dva pracovníci zastávají funkci vedoucího sociálního pracovníka. Detailnější informace o dotazovaných uvádím v následující tabulce.

Tabulka č. 2: Základní informace o dotazovaných

Jméno	Věkové rozmezí	Délka praxe	Vzdělání
Petra	30 - 40	10 let	VOŠ
Ivana	40 - 50	8 let	VŠ
Jana	30 - 40	4 roky	VŠ
Marta	20-30	2 roky	VOŠ
Karel	30 - 40	15 let	VŠ
Tamara	50 - 60	9 let	VOŠ

Zdroj: Vlastní výzkum

5 EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 ANALÝZA ROZHOVORŮ A VÝSLEDKY VÝZKUMU

5.1.1 POSTOJ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ K JEJICH PROFESI

Po prostudování odborné literatury jsem shledala toto téma jako nezbytně nutné k posouzení vztahu pracovníků k duševní hygieně. Kladný postoj pracovníka k vykonávané profesi a spokojenost v zaměstnání může vést k vyšší výkonnosti, vyšší kvalitě pracovních výkonů, potažmo přímo ovlivňuje jejich duševní zdraví. Pro každého zaměstnance však může spokojenost znamenat něco jiného. Její posuzování můžeme považovat za velmi subjektivní, závislé na charakteru, postojích a emočním rozpoložení každého jedince.

Spokojenost v práci ovlivňuje řada faktorů. Většina autorů je dělí na vnější a vnitřní. Jejich význam a pořadí důležitosti na utváření spokojenosti, respektive nespokojenosti, jsou proměnlivé a závisí na konkrétních okolnostech. Mezi vnější faktory se řadí zejména finanční ohodnocení, charakter vykonávané práce, pracovní postup na vyšší či jiné pozice, způsob vedení, vztahy na pracovišti. Vnitřní faktory prokazatelně ovlivňující spokojenost každého pracovníka, jsou závislé na jeho motivaci, osobnostních vlastnostech, ale také samozřejmě na věku a pohlaví.

Se spokojeností pracovníků jistě souvisí i pracovní doba a počet dnů dovolené nutné k regeneraci a relaxaci pracovníků. Pracovní doba v obou kontaktních centrech,

kde výzkum probíhal, je od 7:30 do 16:00 hodin a pracovníci mají k dispozici 25+5 dnů pracovního volna za kalendářní rok.

Na otázku, **proč vykonáváte tuto profesi, co vám přináší**, odpověděli všichni dotazovaní shodně, že je baví komunikovat s lidmi. Dále shodně uváděli, že je zajímaví problémy klientů, cítí pocit naplnění, když mohou klientovi pomoci, podpořit jej. Ve své práci nalézají smysl.

„Baví mě komunikovat s lidmi o jejich osobních věcech, asi nějaký filosofický podtext...jak teď žijí a co je k tomu dovedlo, ať jsou smutní nebo veselí.“ (Ivana)

„...je to kontakt s lidmi, líbí se mi, že je tu takové neformální prostředí.“ (Petra)

„Je to pocit naplnění, když se nám podaří odvést klienty z té jejich cesty drogové závislosti.“ (Tamara)

„Vždy jsem chtěl pracovat s lidmi, sociální práce mě zajímala. Do určité míry mě zajímalo braní drog, proč jsou lidé kvůli tomu schopni podstupovat taková martyria.“ (Karel)

Dva dotazovaní zmínili své osobnostní předpoklady: *„...a přijde mi také, že k tomu mám nějaké osobnostní předpoklady. Je to práce, kterou mohu vykonávat dobře a vidět výsledky.“ (Jana)*

„Všimla jsem si v minulém zaměstnání, že za mnou chodí lidé, svěřují se mi, nemusela jsem se jich vyptávat. Asi jsem tak nastavená.“ (Ivana)

Z odpovědí respondentů jsem zjistila, že primární důvodem, proč vykonávají tuto práci, jsou vnitřní faktory. Především jejich vnitřní motivace a osobnostní předpoklady. To, že respondenti vykonávají tuto práci zejména na základě vnitřních faktorů, je nesmírně důležité především pro pomáhající profesie. Pokud sociálního pracovníka v touze pomáhat vedou hlavně vnější faktory, jako je např. finanční odměna nebo potřeba uznání od svého okolí, tak to není ta správná cesta.

5.1.2 POJEM DUŠEVNÍ HYGIENA A METODY DUŠEVNÍ HYGIENY

Další otázka, na kterou jsem hledala odpověď, zněla: „**Co si představujete pod pojmem duševní hygiena?**“ Zajímala mne informovanost pracovníků o problematice duševní hygieny obecně a do jaké míry se jejich odpověď bude shodovat s definicí autorů zabývajících se duševní hygienou. Pro připomenutí L. Míček (1984, str. 9): definuje duševní hygienu takto „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“

Jak uvádí Melgosa (1997, s. 52): „Člověk je po duševní stránce zdravý tehdy, je-li přiměřeně spokojený sám se sebou, jestliže má dobré vztahy s druhými a je-li schopen řešit každodenní problémy, které přináší život“. Lidé, kteří jsou duševně zdraví, cítí: spokojenost sama se sebou, pěstují dobré vztahy, jsou schopni řešit problémy každodenního života.

Ve svých odpovědích na tuto otázku většina respondentů spontánně přešla k odpovědím i na mé další otázky: „**Jaké metody duševní hygieny znáte a které aplikujete ve své praxi?**“

Z analýzy mé otázky vyplývá, že respondenti dokážou bezproblémově vystihnout pojem duševní hygieny a v zásadě se shodnout s autory zabývajícími se psychohygienou a duševním zdravím.

„Duševní hygiena pro mne znamená to, že se cítím být sama sebou, šťastná a radostná. Nenechám se vtáhnout příběhy těch lidí, ani samotnou práci a naplním si volný čas něčím úplně opačným.“ (Ivana)

„Psychohygiena pro mne znamená péči o sebe, udržovat se v dobré kondici fyzické i duševní.“ (Jana)

„Duševní hygiena je to, co mě udržuje v pohodě. Nejdřív musím být v pohodě já, pak můžu něco řešit.“ (Karel)

„ Aby člověk mohl vypnout, odreagovat se, nemyslel na to, co se děje v práci.“ (Marta)

„Duševní hygiena je v podstatě vše, co nám dělá dobře, co nám pomáhá, co nás drží při životě.“ (Tamara)

Nejširší povědomí o metodách duševní hygieny měli respondenti zejména v oblasti životosprávy a relaxace pohybem. To, že ve všech případech dotazovaní znají a aplikují v praxi pohybovou relaxaci, není překvapující. Práce sociálního pracovníka v adiktologických službách je práce duševně náročná a v rámci udržení duševní a fyzické rovnováhy je třeba ji kompenzovat pohybem. Přestože žádný z respondentů se sportu či jiným pohybovým aktivitám nevěnuje na vrcholové úrovni, všichni v praxi aplikují zejména jízdu na kole, procházky a pohyb v přírodě. Při vyhodnocování odpovědí mě příjemně překvapilo, že každý z dotazovaných si relaxaci spojil s **pobytem v přírodě**. Pro ukázkou uvádím některé z nich.

„Chodím do přírody, je to můj největší nabíječ.“ (Jana)

„Já úplně nejsem nějaký sportovec, ale ráda chodím do přírody. Nejvíc mě baví příroda a práce na zahradě.“ (Petra)

„Pro mě je důležitá příroda kolem, celkové vnímání přírody. Já mám strašně ráda i zvířata, ráda se s nimi mazlím. Jsem člověk, který vnímá vůně, miluju vůni trávy.“ (Tamara)

Celá řada lidí je intuitivně přesvědčena o tom, že příroda má moc uzdravit tělo i duši. To také potvrzuje stále více vědeckých studií. Kvůli velké zaneprázdněnosti dospělých se pobyt v přírodě často ustupuje do pozadí. Tento stav je jednou z možných z příčin, proč se rapidně zvyšuje počet psychických onemocnění vyskytujících se v naší společnosti. Pobyt v přírodě můžeme tedy považovat za preventivní léčivý prostředek, kdy zážitky a zkušenosti z přírody významně přispívají k zralé, vyspělé a šťastné osobnosti (Oftring, 2014). Z výsledků analýzy jsem byla příjemně překvapena, neboť všichni respondenti, ať vědomě či nevědomě, využívají ozdravné síly přírody, která je na dosah každému z nás.

Další aktivity, které řadíme přímo do **relaxace pohybem**, mají pro respondenty různou podobu. Pro Janu je to zejména tanec a běhání, pro Martu kondiční cvičení,

Karel preferuje jízdu na kole. Sport a pohyb obecně považují respondenti za důležitou součást jejich volného času, byť se většinou těmto aktivitám nevěnují pravidelně.

Aby bylo tělo chráněno před stresem, uvolňuje protein zvaný BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor). Tento protein má ochranný a také reparativní dopad na paměťové neurony, které působí jako restart a odplavují negativní emoce. Proto se lidé po cvičení cítí spokojeně a šťastně.

Dále respondenti opět ve všech případech uváděli, že důležité je pro ně **setkávání se s přáteli**, povídání si o věcech mimo profesi, setkávání se s lidmi mimo obor. Na druhou stranu vnímají i potřebu **být o samotě** a mít čas jen sami pro sebe.

„Ráda se setkávám s přáteli, na druhou stranu potřebuju být o samotě, mít čas pro sebe, nemuset nic řešit.“ (Jana)

„Je pro mě důležitý čas strávený s rodinou, s přáteli, ale někdy taky potřebuju.... nic nedělat.“ (Karel)

„Někdy, když přijdu z práce, nepustím si ani rádio, televizi, nic. Užívám si ticho, kdy na mě nikdo nemluví, nemusím nikomu odpovídat, nemusím nic řešit.“ (Tamara)

Čtyři respondenti se ve volném čase věnují také **manuální či kreativní činnosti**, ať už se jedná o práci na zahradě, výrobu keramiky, šití či výrobu papírových kabelek.

„Je to pro mě relax, když něco vyrábím, nemusím u toho myslet. Tedy musím, ale jinak....A navíc za sebou vidím výsledek.“ (Tamara)

„Baví mě práce na zahradě, ráda saším a úplně nejraděj pleju. Hodně lidí se diví, ale mě to uspokojuje, jen tak se přehrabovat v hlíně...a navíc vidím za sebou kus práce a krásný záhon.“ (Jana)

Polovina respondentů odpověděla, že se věnuje **józe a meditaci**.

Pokud jde o méně tradiční metody duševní hygieny, které nebyly zmíněny, zde uvádím několik příkladů, které mi sdělili sami respondenti:

- potřeba slunce,
- ranní studená sprcha,

„ Bez toho já nevyjdu ven. Kromě toho, že se rozproudím, cítím se nová. Je důležité být každý den nová, smýt ze sebe předešlý den. Žít v přítomném okamžiku.“ (Ivana)

- šamanské bubnování,
- holotropní dýchání,
- přímý kontakt se zvířaty.

5.1.3 ZMĚNA ZPŮSOBU UŽÍVÁNÍ METOD DUŠEVNÍ HYGIENY

Další výzkumnou otázkou jsem mapovala, **zda respondenti nějakým způsobem změnili užívání metod duševní hygieny během svého pracovního působení v pomáhajících profesích. A pokud ano, z jakých důvodů.**

Respondenti opět shodně odpověděli, že metody psychohygieny se v jejich životě nijak výrazně nezměnily, stále se věnují tomu, co je vždy bavilo. Ivana upřesňuje: *„Měnilo se to obdobím, kdy něčemu dáváte větší přednost, třeba malým dětem, partnerskému vztahu.“*

„ Velice nic se nezměnilo. Je to zkrátka to moje. Mám ráda i kulturu, kino, tanec...Teď s dětmi je toho možná míň, bohužel. I když s těmi dětmi je to také relax, ale nepovažuji za psychohygienu být s dětmi.“ (Petra)

Z odpovědí respondentů na moji výzkumnou otázku mohu tedy jednoznačně vyvodit, že pokud změnili užívání metod duševní hygieny, souvisí to zejména se založením rodiny, kdy respondenti věnují větší část svého volného času právě rodině a dětem. Přestože dotazovaní uvedli, že pečují o své duševní zdraví víceméně stejným způsobem po celou dobu své pracovní kariéry, jeden z respondentů dodal následující upřesnění: *„Dělám pořád, co mě naplňuje, ale přesto metody duševní hygieny stále hledám, nalézám nové, které mně činí šťastnou a ty vyhledávám.“* (Ivana). Někteří pracovníci se tedy nespokojí s již zažitými způsoby duševní hygieny, které jsou jim blízké, ale dokonce se aktivně snaží objevovat nové, což je významné pozitivum v péči o duševní zdraví.

5.1.4 PŘEKÁŽKY V UPLATŇOVÁNÍ METOD DUŠEVNÍ HYGIENY

Co se týče **mapování překážek v uplatňování metod mentální hygieny**, všichni respondenti považují za největší překážku **nedostatek volného času**, případně vlastní **lenost**. Přesto se snaží své duševní zdraví nezanedbávat. V souvislosti s tímto tématem také zmínili, co by si přáli **zlepšit v oblasti mentální hygieny či jaké další metody by rádi využili** ve svém osobním životě, ale většinou z výše uvedených důvodů tak nečiní.

„Chtěla bych dělat něco pravidelně, pravidelně najít prostor třeba pro nějakou kreativní činnost. Těšilo by mě, že něco vyrábím rukama.“ (Petra)

„Chtělo by to víc pohybu, je tam nějaká rezerva, no...zkrátka mi v tom překáží moje lenost.“ (Jana)

„Myslím, že na nic nového už by mi nezbyval čas.“ (Tamara)

Karel zaujal k této otázce zcela jasný postoj.

„Když nemůžu dělat něco pořádně, nedělám to vůbec.“ (Karel)

5.1.5 NEJVĚTŠÍ STRESOVÝ FAKTOR

Co považujete za největší psychickou zátěž ve vaší profesi?

Při stanovování výzkumných otázek jsem se právě nad touhle otázkou pozastavila a hypoteticky zamyslela. Co by bylo pro mne, jakožto sociálního pracovníka v adiktologických službách, největším stresorem? V adiktologických službách jsem nikdy nepracovala, s osobami s drogovou závislostí jsem osobně nikdy nebyla ve styku. Přesto jsem si musela přiznat, že vztah k těmto osobám mám spíše negativní, vzbuzují ve mně strach, ačkoliv s nimi osobní zkušenost nemám. Jsou mé obavy opodstatněné nebo má můj postoj k těmto lidem kořeny v předsudcích? Byly by tedy pro mne strach, obavy o své zdraví a vlastní bezpečnost největším stresovým faktorem v této profesi? Přece jen mohou tihle lidé trpět psychickými poruchami, infekčními nemocemi, nepredikovaným chováním. Zajímalo mne tedy, jaké stanovisko k této otázce zaujmou

respondenti, zda bude jejich vnímání shodné či diametrálně rozdílné s mým. Považuji tedy za důležité uvést odpovědi všech dotazovaných.

„Nejtěžší je pro mě odmítnutí klientů. Nejsou nastavení, že jim chce někdo pomoci. Mají k tomu hodně nedůvěru, obavy. Pořád hledám způsob, jak je oslovit. Příčinu neúspěchu hledám v sobě. Já hodně volám z terénu, potřebuji to s někým probrat. Jinak to začne člověka stravovat, jedovatět zevnitř.“ (Ivana)

(Ivana zastává rovněž funkci terénního pracovníka, pozn. aut.).

„Když klienti nechtějí nějakou tu změnu svého života, který je destruktivní a sebedestruktivní. Je těžké je motivovat, aby k té změně došli. Aby se opravdu podívali na to, jestli jim vyhovuje život takový, jaký je. Těžké je, že lidi před sebou zavírají oči. V některém období bylo pro mě těžké, že ta jejich péče o děti byla špatná a oni o ně přišli“ (Petra)

„V přímé práci s klienty mě nic nestresuje. No, trošku v momentě, kdy se mi narodilo vlastní dítě, tak je pro mě těžší pracovat s matkami uživatelkami.“ (Karel)

„Stresuje mě to, že někdy tu práci nemůžu nechat v práci, že si ji nosím domů. Někdy s nimi prožívám jejich příběhy a mrzí mne, čím vším si někdy museli projít“ (Tamara)

„Setkávání se s lidmi, kteří se z našeho pohledu nacházejí v krizových situacích, nemají bydlení, nestýkají se s rodinou.“ (Marta)

Z odpovědí respondentů je zřejmé, že za stresový aspekt v jejich práci považují právě vlastní vnímání a prožívání **destruktivního způsobu života klientů** a jejich minimální motivaci tento stav změnit. Respondenti nevidí klienta jen jako samostatnou jednotku, ale také jej mohou vnímat jako rodiče, sourozence, syna či dceru. Vidí tedy jeho roli v širších souvislostech a mohou se s tímto stavem a pocitem jakési bezmoci hůře vyrovnávat. Pro pracovníky v pomáhajících profesích je důležité udržet hranici mezi pracovníkem a klientem, aby nedošlo ke splnutí, což samozřejmě může vést k syndromu vyhoření. Jak je taktéž patrné, pracovníci negativně vnímají **pocit bezmoci**, který práce s uživateli drog přináší.

Jana považuje za stresový faktor psychickou zátěž právě při kontaktu s klientem, ale z jiného důvodu, než uváděli předchozí respondenti. *„Někdy může být stresující, pokud je klient v emoční nepohodě, jakou zvolit strategii. Přemýšlení za procesu. Co udělat, aby to bylo nejvhodnější.“* (Jana)

Tady narážíme na problematiku individuálního přístupu. Každý klient je originální individualitou a je nutné k němu takovým způsobem přistupovat. Jana považuje vyhodnocení správné **přístupové strategie** během kontaktu s klientem za psychickou zátěž.

Nadměrnou administrativu, jakožto stresující faktor, uvádějí dva z respondentů. Je nutné zmínit, že oba zastávají rovněž funkci vedoucích sociálních pracovníků. Tento faktor bych zařadila taky do **stresoru časového**, kdy se nejedná o pouhé plnění administrativních úkolů v neomezeném čase, ale stresující je právě dodržování určitých termínů.

„Hodně administrativy. Někdy ty termíny mohou být stresující, na druhou stranu se nestalo, že by byl někdy zádrhel. V podstatě, když moji nadřízení požadují nějaké průběžné zprávy nebo žádosti kvůli projektům a je to pro mě prioritní, můžu se zavřít doma a mít home-office, což je fajn.“ (Karel)

„Administrativa. Méně mě to baví, je to povinnost vypisovat různé výkazy a podobně, zabírá to hodně času.“ (Jana)

Společným jmenovatelem většiny problémů v sociálních službách z pohledu vedoucích pracovníků je tedy vnímána přemíra administrativy, což je způsobeno transformací sociálních služeb během posledních let. Čím více byrokracie, tím méně energie zbývá na práci s klienty, což je hodnoceno jako negativní. Nicméně pozitivum vidí pracovníci v tom, že v případě potřeby mohou tuto administrativní činnost provozovat z domova.

V úvodu analýzy předcházející otázky jsem vyslovila hypotetickou domněnku, že z mého pohledu by strach a obavy pracovníků o jejich zdraví mohly být možným stresovým faktorem v jejich profesi, ale vzhledem k uvedeným odpovědím se má domněnka jevit jako lichá.

5.1.6 PŘÍZNAKY STRESU

Dále mne zajímalo, **jaké příznaky stresu plynoucí z jejich profese na sobě respondenti pociťují**. Shodně uváděli, že se necítí ve své práci pod tlakem, tudíž příznaky stresu na sobě pociťují spíše krátkodobě a to v souvislosti s konkrétní situací případně obdobím.

„Poznám to tak, že se nesoustředím na práci, potřebuji vypnout. Někdy při kontaktu s klientem pociťuji úzkost, takové sevření, fyzickou nepohodu. Taky to poznám, že nemám chuť jít do práce, kdy mě čeká více administrativy. Nechce se mi vstávat a mám tendence se tomu vyhýbat“ (Jana)

„Někdy se mi stalo, že ve čtvrtek se mi špatně pracovalo, nechtělo se mi do práce. Asi to souvisí s tím, že mám pocit, že nepodávám dostatečné výkony. Poznám to na svých pocitech. Musím klienty vyhledat a zjistit tak zpětnou vazbu.“ (Ivana)

Obě dotazované shodně uvedly, že pokud se cítí pod tlakem, poznají to na sobě ze svého **vnitřního rozpoložení a nechuti jít do zaměstnání**.

Co se týče psychických a psychosomatických příznaků stresu, respondenti uváděli již výše zmíněnou **nesoustředěnost**, dále pak **poruchy nálad, poruchy spánku a pocit úzkosti**.

„Nemůžu říct, že bych to prožívala nějak okatě, že bych byla nervózní. Ale cítím to tak nějak v sobě, prožívám to v nitru. Myslím, že jsem občas možná trochu protivná.“ (Tamara)

„Třeba v noci jsem se vzbudil a nemohl jsem spát. Ale spíš je to, když se naskládá více faktorů. Beru to tak, že je to takové prostředí, které má své zákonitosti, a člověk na to přistoupí.“ (Karel)

„Nic zvláštního na sobě nepociťuju. No, občas se mi hůř usíná, ale to není tak často, jsem docela spáček.“ (Marta)

Shrneme-li všechny příznaky stresu, které respondenti uváděli, můžeme je v menším počtu nalézt ve sféře:

- fyziologické: svíravé pocity, poruchy spánku,
- emocionální: obtížná soustředěnost, zvýšená popudlivost, úzkost,
- behaviorální: snaha vyhnout se úkolům, pokles pracovní výkonnosti, snížená kvalita práce.

5.1.7 NÁVRHY PRACOVNÍKŮ NA ZLEPŠENÍ PÉČE O DUŠEVNÍ HYGIENU

Nabízela se tedy poslední z mých výzkumných otázek a ta zněla: **Existuje něco, co by vám pomohlo cítit se v práci lépe zejména po duševní stránce? Máte nějaké náměty k diskusi či návrhy k řešení?** Domnívám se, že výsledky a následně návrhy k řešení tohoto dílčího šetření by mohly alespoň v menší míře přispět k případnému zlepšení péče o duševní zdraví pracovníků v adiktologických službách.

Většina respondentů odpověděla, že víceméně nemají žádné výhrady k péči organizace o jejich duševní hygienu, nicméně po delším přemítání přece jen uvedli několik málo oblastí, kde mohou být jisté rezervy.

Ivana po delším přemítání uvádí, že by se možná mohl přehodnotit **výběr seminářů** či **kurzů**, které mají doporučené: „*Kdybych měla možnost si vybrat z kurzů nebo seminářů, které se mi více hodí. Musíme si vybírat z akreditovaných. Lepší výběr. Nebo více hledat. Semináře jsou naše psychohygienu.*“ Také apeluje na možné širší zařazení **kreativní práce s klienty** a hledání způsobů jejich motivace: „*Taky by se mi líbila větší tvořivost s klienty, abychom mohli něco vyrábět. Hledáme cestu, aby přišli na určitý čas. Nebo čas spíše neurčovat...?*“ (Ivana)

„*Možná větší prostory, ale nemám nic, co bych chtěl změnit, funguje to dobře, organizace je dobře nastavená. Od podřízených více osobní odpovědnosti, ale spíš se snažím zkoumat okolnosti problémů, co k tomu vedlo.*“ (Karel)

Vztahy mezi nadřízenými i podřízenými zmínila ve své odpovědi i Jana:

„Mít oporu v dalších pracovnících, kolezích, nadřízených. Hodně pomáhá supervize. Profesní konzultace a opora ve vedení, co se týká profesních věcí, co by se dalo řešit s nadřízenými. Mám pocit, že to nefunguje, jak by mohlo. Docela výborně funguje supervizní část.“ (Jana)

Dále Jana uvedla, že ji chybí možnost **probrat složitější případy s odborníkem** mimo jejich profesi, např. psychiatrem, zdravotníkem, klinickým psychologem.

Petra si během rozhovoru nevybavila žádné rezervy či návrhy na změnu. *„Máme docela dobře propracovaný systém vzdělávání, dbá se na to, což je v pořádku, máme supervizi, setkáváme se s kolegy.“* Zamyslela se i nad vnějšími faktory ovlivňující spokojenost v zaměstnání: *„Finančně to taky není špatné, máme dost dovolené. Nenapadá mě nic, co by se dalo zlepšit, společnost se o nás stará.“*

Marta na tom byla s odpovědí podobně: *„Vše funguje dobře, máme fajn kolektiv. Pokud si nevím rady, není problém za někým přijít a probrat to. Míváme supervize...Já jsem spokojená.“* (Marta)

„Abych se cítila lépe po duševní stránce ve své práci? Tak teď jste mě dostala. Asi kdybychom měli více úspěchů, kdyby méně lidí mělo tyhle problémy. Ale to není úplně v našich silách. Jinak se cítím spokojená.“ (Tamara)

Z odpovědí respondentů lze vyvodit, že se z velké části cítí v práci spokojeni a péči o duševní hygienu ze strany jejich organizace považují převážně za dostatečnou. Oceňují zejména **supervizní podporu**, která je základním a nepostradatelným nástrojem v oblasti duševní hygieny, odborného růstu a řízení pracovníků v pomáhajících profesích.

Nevšedním a originálním způsobem se s psychickým napětím vyrovnává Ivana v případě, pokud v daném okamžiku nemůže využít služeb supervizní podpory. Při rozhovoru s ní jsem byla mile překvapena, s jak velkou měrou vlastní intuice a kreativity je schopna snížit vlastní psychickou nepohodu při rozhovoru s klientem.

„Je tu třetí klient, já to nemám s kým probrat, tak si udělám stojku nebo si zacvičím. Já jsem tady cvičila a mluvila jsem s klientem, líp to odsýpalo. Já jsem cítila, že mám k němu lepší návrhy.“

„A jak na to reagoval ten klient?“

„No, on chodil. Když prošel kolem, něco řekl a někde jsme se setkali. On se třeba nezmění, ale tady jsme si to užili, jde o ten přítomný okamžik. Hledám autentický způsob. Nakonec zjistíte, že to jediné, co můžete klientovi dát, je být sama sebou.“

(Ivana)

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala mapováním péče o duševní hygienu pracovníků v adiktologických službách. Cílem práce bylo zjistit, zda a do jaké míry jsou sociální pracovníci obeznámeni s metodami duševní hygieny a jaké způsoby aplikují v praktickém životě.

V teoretické části jsem na základě použité literatury a internetových zdrojů vybrala a popsala stěžejní oblasti týkající se tématu bakalářské práce, definovala pojmy týkající se zejména pomáhajících profesí, duševní hygieny, stresu a jeho prevenci i syndromu vyhoření. Vzhledem k zaměření mé bakalářské práce jsem do teoretické části zařadila i témata týkající se drogové závislosti a forem adiktologické péče.

Dle výsledků kvalitativního výzkumu, který byl uskutečněn formou polostrukturovaných rozhovorů ve dvou kontaktních centrech se šesti sociálními pracovníky, považují jejich péči o duševní hygienu za dostatečnou.

Pracovníci byli obeznámeni s pojmem i metodami duševní hygieny a každý z nich aplikoval nějaký způsob relaxace ve svém praktickém životě. Škála způsobů, kterými pracovníci nabírali své duševní síly, byla opravdu pestrá. Za zmínku jistě stojí nejčastěji zmiňovaný pobyt v přírodě, setkávání se s přáteli, pohybové aktivity, manuální činnosti či meditace. Na druhou stranu zdůraznili i potřebu trávit část volného času o samotě. Za významnou prevenci proti stresu považují pracovníci možnosti supervize, kterou jim jejich organizace poskytuje. Z výsledků mého šetření vyplynulo příjemné zjištění, že pracovníci jsou ve svém zaměstnání spokojeni, využívají možnosti dalšího vzdělávání či seminářů a již zmiňované supervize. Nicméně přesto jsou tito zaměstnanci vystaveni psychické zátěži vyplývající zejména ze specifické klientely kontaktních center. Za největší stresový faktor považovali zejména sebedestruktivní život klientů a jejich malou motivaci tento stav změnit, časté relapsy a minimální úspěchy. Z rozhovorů s respondenty jsem nabyla dojmu, že přestože je pro ně někdy těžké přijmout způsob života svých klientů, snaží se udržet si zdravý odstup, nepřebírat odpovědnost za jejich životy a právě v této oblasti se sebevzdělávat. Považuji tedy za

důležité, aby se pracovníci v této oblasti kontinuálně vzdělávali a stanovovali si reálné cíle. Za stresující označili pracovníci na vedoucích pozicích nadměru administrativy. Z dalšího šetření vyplynulo, že v určitých situacích se u pracovníků projevovaly některé z psychosomatických příznaků stresu, nicméně je nepovažovaly za zdraví ohrožující. Příznaky stresu si uvědomovali a snažili se je zmírnit vlastními osvědčenými metodami v boji proti stresu. Přínosem a možnou inspirací pro nadřízené sociálních pracovníků by mohly být považovány návrhy jejich zaměstnanců na zlepšení péče o mentální zdraví v organizaci. Mezi ně se řadí zejména snížení administrativní zátěže, širší možnosti při výběru seminářů nebo možnost konzultací vážnějších případů s odborníky mimo sociální oblast.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

1. BORZOVÁ, Claudia. Nespavost a jiné poruchy spánku: pro nelékařské zdravotnické obory. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2978-7.
2. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
3. DOLEŽAL, Martin a Radim JEBAVÝ. Přirozený funkční trénink. Praha: Grada, 2013. Fitness, síla, kondice. ISBN 978-80-247-4438-4.
4. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2781-3.
5. GÉRINGOVÁ, Jitka. Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou. Praha: Triton, 2011. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.
6. GULOVÁ, Lenka. Sociální práce: pro pedagogické obory. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
7. HAJNÝ, Martin. O rodičích, dětech a drogách. Praha: Grada, 2001. Pro rodiče. ISBN 80-247-0135-9.
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. Velký psychologický slovník. Ilustroval Karel NEPRAŠ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-686-5.
9. HAVRDOVÁ, Zuzana a Martin HAJNÝ. Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén, c2008. ISBN 978-80-7262-532-1.
10. HOFBAUER, Břetislav. Děti, mládež a volný čas. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-927-5.
11. JANÁČKOVÁ, Laura a Josef PAVLÁT. Psychologické aspekty zdravotnické komunikace. Brno: Masarykova univerzita, 2007. ISBN 978-80-210-4230-8.
12. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6.
13. KALINA, Kamil. Klinická adiktologie. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.
14. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese: [psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese]. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-181-6.
15. KRAUS, Blahoslav a Věra POLÁČKOVÁ. Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak zvládat stres. Praha: Grada, 1994. Pro vaše zdraví. ISBN 80-7169-121-6.
17. MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

18. MÍČEK, Libor. Duševní hygiena. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1984. Učebnice pro vysoké školy.
19. MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
20. NEŠPOR, Karel a Ladislav CSÉMY. Léčba a prevence závislostí: příručka pro praxi. Praha: Psychiatrické centrum, 1996. ISBN 80-85121-52-2.
21. PÁVKOVÁ, Jiřina. Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy mimoškolní výchovy a zařízení volného času. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-295-5.
22. PÍTHA, Jan a Rudolf POLEDNE. Zdravá výživa pro každý den. Praha: Grada, 2009. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2488-1.
23. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
24. VOBOŘILOVÁ, Jarmila. Duševní hygiena a stres. V Praze: České vysoké učení technické, 2015. ISBN 978-80-01-05724-7.
25. WASSERBAUER, S. A KOL. Výchova ke zdraví pro vyšší zdravotnické školy a střední školy. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999. 47 s. ISBN 80-7071-129-9.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

1. CUNGI, Charly a Serge LIMOUSIN. Relaxace v každodenním životě. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-948-8.
2. GÖHLERT, Fr.-Christoph a Frank KÜHN. Od návyku k závislosti: toxikomanie : drogy: účinky a terapie. Praha: Ikar, 2001. Pro zdraví. ISBN 80-7202-950-9.
3. HAWKINS, Peter a Robin SHOHET. Supervize v pomáhajících profesích. Přeložil Helena HARTLOVÁ. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9.
4. NÜRNBERGER, Elke. Jak získat vnitřní klid a rovnováhu. Praha: Grada, 2011. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3904-5.
5. SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.
6. MELGOSA, Julián. Zvládni svůj stres!: kniha o duševním zdraví. Praha: Advent-Orion, 1997. Život a zdraví (Advent-Orion). ISBN 80-7172-240-5.
7. OFTRING, Bärbel. Objevujeme přírodu: pro děti a rodiče. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5139-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

1. Doležalová, P. Syndrom pomocníka [online]. 12.02.2015 [vid. 2018-01-19]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/syndrom-pomocnika/>
2. Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí (Kalina, K. a kol.). © Úřad vlády České republiky [online].28.02.2013 [vid. 2018-01-19]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz>
3. Vondráčková, P. Adiktologické poradenství v systému adiktologických služeb [online]. 28.02.2013 [vid. 2018-01-17]. Dostupné z: <http://www.adiktologie.cz>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A

Příklad pracovní náplně pracovníků pracujících v adiktologických službách...I

Dostupné na: <http://www.drogovaporadna.cz/pomoc-a-lecba/streetwork,-k-centra>.

Streetwork, K-centra

Kontaktní centra a terénní programy

Harm reduction (snižování rizik)

Programy harm reduction jsou provozovány buď přímo v „terénu“, na ulici, na místech, kde se uživatelé drog scházejí (terénní práce, streetwork) nebo v tzv. nízkoprahových zařízeních. Nízký práh v tomto případě znamená překonání psychologických a administrativních bariér, podmínky pro využití služeb centra jsou postavené tak, aby je mohl využít kdokoli z uživatelů drog, bez doporučení, přímo z „ulice“, kdykoli v otevírací době bez objednání, služby jsou bezplatné a anonymní..

Terénní programy (streetwork)

Terénní programy zajišťují obvykle výměnný program jehel a stříkaček. Termín „výměnný“ znamená, že klientovi je poskytován tento zdravotní materiál v případě, že přinese použité jehly a stříkačky, které se pak odborně likvidují. Díky tomu se zamezuje situaci, kdy klient použité „nádobíčko“ odhodí. Klient má možnost získat sterilní jehly a stříkačky a nemusí užívat injekční náčiní společně s dalšími uživateli, což by vedlo ke zvýšení rizika nákazy infekčními nemocemi. Streetworkeri poskytují informace o „bezpečném“ užívání drog (snaží se informovat klienty o bezpečnějších, méně ohrožujících způsobech aplikace drog, upozorňovat je na nebezpečí kombinací drog apod.). Tento postup je založený na principu: „když už bereš, tak ber tak, aby sis pokud možno ublížil co nejméně“. Je samozřejmě jasné, že samotné užívání drog jakýmkoli způsobem je ohrožující, nicméně pokud s ním klient nechce přestat, tak rozumné ho přimět třeba aspoň k tomu, aby si vyměnil injekční náčiní a aby nesdílel stříkačky s dalšími lidmi. Terénní pracovníci poskytují informační materiály (např. časopis Dekontaminace, který je určen uživatelům drog, letáky s informacemi o infekčních chorobách a dalších zdravotních rizicích). V mezích možností, které jsou dané prací přímo na ulici, zajistí základní zdravotní ošetření. V případě potřeby a zájmu klienta poradí ohledně sociálně právních záležitostí, léčby... Jak již bylo výše uvedeno, využití služeb je bezplatné a anonymní.

Speciální terénní programy jsou určeny pro rekreační uživatele drog na různých hudebních akcích (např. na velkých letních festivalech), jejichž hlavním cílem je objektivně informovat především příležitostné uživatele drog a experimentátory o účincích a rizicích jednotlivých drog a o dalších aspektech „nočního života“ včetně informací o bezpečném sexu. Snaží se drogové experimentátory tímto způsobem chránit před případnými „drogovými nehodami“ či zdravotními a legislativními riziky. Organizace sdružené v projektu Safer Party nabízejí např. útulný chill-out s hudební produkcí, vitamínovým servisem a poradenskou péčí, v případě jakýchkoliv krizových situací z důvodů psychických - stavy nezvladatelné úzkosti, strachu, paniky či zmatenosti slangově označované jako „bad trip“ - nebo z důvodů fyzických - tělesná zranění, nevolnost, omdlívání, dehydratace - zde účastník hudebního festivalu najde přátelskou pomoc a profesionální podporu. Služby jsou také poskytovány zdarma a anonymně.

Kontaktní centrum

Kontaktní centra nabízejí obvykle výměnný program, informace o „bezpečném“ užívání drog, základní zdravotní ošetření. Klient má zpravidla možnost využít služby „kontaktní místnosti“ (pobyt v prostorách KC stanovený na cca 1 - 2 hodiny, kdy může hovořit s pracovníky KC, získat informace, případně si dát třeba čaj nebo polévku nebo se osprchovat, vyprat prádlo, pokud toto kontaktní centrum nabízí apod.). Další možností je poradenství v případě sociálních potíží, zájmu o léčbu, motivační trénink před léčbou (informace o léčbě, podmínkách, příprava na léčbu), zprostředkování léčby... Poradenství už zpravidla probíhá mimo služby „kontaktní místnosti“ a také už nebývá anonymní.

Obvykle poskytují i poradenství pro rodiče a blízké uživatelů drog, případně rodičovské skupiny (podpůrná skupinová setkání pro rodiče a blízké lidí, kteří užívají drogy).

Některá centra nabízí motivační skupinu (informační a podpůrná setkávání klientů, kteří mají zájem o léčbu). Někdy je v rámci služeb kontaktních center nebo terénních programů poskytována i pomoc a poradenství pro uživatele drog v konfliktu se zákonem, zejména ve vazebních věznicích či výkonu trestu, které mají směřovat k tomu, aby se klientovi dostalo adekvátní právní pomoci a aby byl informován o možnostech léčby v rámci výkonu trestu nebo po jeho ukončení. Pracovníci buď s klienty udržují písemný kontakt nebo po dohodě s příslušnými věznicemi docházejí za klienty přímo do vězení.

Existují i další nízkoprahová zařízení, která nejsou specificky zaměřená na uživatele drog, například pro lidi bez přístřeší nebo pro ty, kteří se žijí prostitucí. Další z center mohou být určena lidem, kteří se stali obětí trestného činu včetně domácího násilí.

Příloha B

Výňatek ze zákona o sociálních službách

Předpis č. 108/2006 Sb.

§ 59

Kontaktní centra

(1) Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) sociálně terapeutické činnosti,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- c) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

§ 69

5.2 TERÉNNÍ PROGRAMY

(1) Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- b) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Jitka Slavíková

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Psychohygienu v pomáhajících profesích (se zaměřením na pracovníky v adiktologických službách)

Rok: 2018

Počet stran textu bez příloh: 40

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 25

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 7

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Jarmila Krajčová