

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků Péče
o duševní zdraví střediska Hradec Králové**

Bakalářská práce

Autor: Martina Žouželková, DiS.

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.



Zadání bakalářské práce

Autor: Martina Žouželková, DiS.

Studium: U18023

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností

Název bakalářské práce: **Syndrom vyhoření sociálních pracovníků Péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové**

Název bakalářské práce AJ: The Burnout Syndrome of social workers of the organization Mental Health Care Center Hradec Králové

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se věnuje syndromu vyhoření sociálních pracovníků Péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci v Péči o duševní zdraví zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii. Teoretická část se zabývá definicí základních pojmů, dále specifiky sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Následující kapitoly jsou věnované reformě psychiatrické péče, syndromu vyhoření, supervizi. Praktická část bakalářské práce je věnována tomu, jak sociální pracovníci Péče o duševní zdraví zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii, výzkum je realizován pomocí rozhovorů s 10 sociálními pracovníky Péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové.

PROBSTOVÁ V., Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly,1.vyd., Praha: Portál 2014
VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese,3.vyd. Praha: Portál 2004
CSÉMY, Ladislav, JANOŠKOVÁ, Miroslava, KREJNÍKOVÁ, Linda, ŠPANIEL, Petr a WINKLER, Petr. Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení. Psychiatrické centrum Praha,2013. 69 s. ISBN 978-80-87142-21-9

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Oponent: Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 13. 3. 2022

Martina Žouželková

Poděkování

Děkuji Mgr. Et Mgr. Danielu Štěpánkovi, Ph.D. za odborné vedení práce, vstřícnost a čas, který mi v průběhu psaní bakalářské práce věnoval.

Děkuji také všem účastníkům výzkumu za jejich otevřenost vstřícnost při realizovaných rozhovorech.

Chci věnovat velké díky i mé rodině, s jejíž podporou mi bylo nejen psaní bakalářské práce, ale celé studium, velkým usnadněním.

ANOTACE

ŽOUŽELKOVÁ, Martina. Syndrom vyhoření sociálních pracovníků Péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové. Hradec Králové, 2020. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové. Filozofická fakulta. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

Bakalářská práce se věnuje syndromu vyhoření sociálních pracovníků Péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci v Péči o duševní zdraví zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii. Teoretická část se zabývá syndromem vyhoření, dále specifiky sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, organizacemi pomáhajícími lidem s duševním onemocněním a reformou psychiatrické péče. Praktická část bakalářské práce je věnována tomu, jak sociální pracovníci Péče o duševní zdraví zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii, výzkum je realizován pomocí rozhovorů s pracovníky v oblasti sociálních služeb Péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové.

Klíčová slova: Syndrom vyhoření, sociální pracovník, duševní onemocnění, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

ANNOTATION

ŽOUŽELKOVÁ, Martina. Burnout syndrome of social workers Mental health care center Hradec Králové. Hradec Králové, 2020. Bachelor thesis. University of Hradec Kralove. Faculty of Arts. Thesis supervisor Mgr. and Mgr. Daniel Štěpánek, Ph.D.

The bachelor's thesis is about the burnout syndrome of social workers of the Center care about mental health in Hradec Králové. The aim of the bachelor's thesis is to find out how social workers in mental health care managed to perform their profession during a coronavirus epidemic. The theoretical part deals with the definition of basic concepts, as well as the specifics of social work with people with mental illness. The following chapters are devoted to the reform of psychiatric care, burnout syndrome, supervision. The practical part of the bachelor's thesis is devoted to how the social workers of the Mental Health Care managed to forge their profession during the coronavirus epidemic, the research is carried out through interviews with 10 social workers of the Center care about mental health in Hradec Králové.

Key words: Burnout syndrome, social worker, mental illness, social work with people with mental illness.

Obsah

Úvod.....	9
I. Cíl práce a metodika zpracování.....	10
II. Teoretická část.....	12
1 Syndrom vyhoření.....	12
1.1 Vymezení syndromu vyhoření.....	12
1.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	13
1.3 Stádia vývoje vyhoření.....	13
1.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření.....	14
1.5 Možnosti pomoci a prevence.....	15
1.5.1 Supervize.....	16
1.5.2 Intervize.....	17
2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	18
2.1 Klasifikace duševních onemocnění dle MKN 10 (ÚZIS, 2021).....	18
2.1.1 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek.....	19
2.1.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy.....	19
2.1.3 Afektivní poruchy.....	20
2.1.4 Poruchy osobnosti.....	21
2.2 Organizace pomáhající lidem s duševním onemocněním.....	24
2.3 Vliv epidemie koronaviru na oblast sociálních služeb.....	27
3 Reforma psychiatrické péče.....	29
3.1 Cíl reformy psychiatrické péče.....	29
3.2 Multidisciplinární přístup.....	30
3.3 Centra duševního zdraví.....	30
III. Praktická část.....	31
4 Metodická část.....	31
4.1 Hlavní cíl výzkumu a dílčí výzkumné cíle.....	31

4.2 Výzkumná metoda.....	31
4.3 Výzkumné prostředí a výzkumný soubor.....	32
4.4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	33
4.5 Sběr dat.....	36
4.6 Reflexe etických rizik.....	36
4.7 Analýza získaných údajů.....	37
4.8 Shrnutí praktické části a doporučení	50
Závěr.....	52
Seznam tabulek	53
Zdroje	54
Seznam příloh.....	56

Úvod

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma Syndrom vyhoření, které bude zaměřené na pracovníky v sociální oblasti organizace Centra péče o duševní zdraví střediska Hradec Králové. Cílem této práce je zjistit, jak pracovníci zvládali výkon své profese při koronavirové epidemii.

Syndrom vyhoření je pro mě velmi zajímavé téma, se kterým by se měl, dle mého názoru, setkat každý, kdo pracuje s lidmi. Znat projevy syndromu vyhoření, možnosti prevence a kam se obrátit o pomoc, může být velmi důležité pro každého z nás. Syndromu vyhoření je věnována první kapitola této bakalářské práce.

V následující kapitole teoretické části jsem se zaměřila na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, jsou zde popsána specifika a přiblížena cílová skupina osob s duševním onemocněním. Také jsou zde zahrnuty organizace, které s touto cílovou skupinou pracují. Poslední kapitola teoretické části je věnována reformě psychiatrické péče.

Praktická část bakalářské práce definuje hlavní cíl výzkumu. Kvalitativní forma výzkumu realizovaná prostřednictvím rozhovorů s pracovníky v sociální oblasti a umožnila tak velmi zajímavý vhled do práce šesti pracovníků. Přibližuje jejich náročnost práce v multidisciplinárním týmu současně při koronavirové epidemii.

Přínos této práce spatřuji zejména v tom, že je nezávislým vhledem do týmové spolupráce a umožňuje pracovníkům, se kterými byl realizován rozhovor, sebereflexi zátěže, kterou epidemie koronaviru individuálně přináší a může být pro každého jednotlivce rozdílná v závislosti na jeho toleranci zátěže.

I. Cíl práce a metodika zpracování

Hlavním cílem této bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci Centra péče o duševní zdraví ve středisku Hradec Králové zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii. Výzkum bude realizován kvalitativní formou polostrukturovaného rozhovoru.

Stanovené dílčí výzkumné cíle (DVC):

DVC1: Zjistit, jak v týmu funguje současná spolupráce.

DVC2: Zjistit, zda pracovník v období koronavirové epidemie vnímá zvýšenou psychickou, fyzickou či jinou zátěž.

DVC3: Zjistit, jaké pracovníci vnímají rozdíly při výkonu své práce při epidemii koronaviru oproti běžnému stavu.

DVC4: Zjistit, jak funguje spolupráce s klienty při probíhající epidemii.

Rozhovor byl uskutečněn se šesti pracovníky Centra péče o duševní zdraví, i přesto, že je v zadání bakalářské práce stanoveno rozhovorů deset. Ve středisku se během této určité doby snížil počet úvazků pro danou profesi a z části se obměnil tým pracovníků, kteří jsou ve středisku delší dobu a mají tak možnost relevantně odpovědět na dané otázky rozhovoru a zkoumané atributy.

Aplikačním cílem bakalářské práce je poukázat na možnou zvýšenou zátěž pracovníků při koronavirové epidemii, rozhovor s pracovníky umožnil sebereflexi pracovníků, zda u sebe pozorují zvýšenou fyzickou nebo psychickou zátěž nebo jiné příznaky vyhoření, což považují za prvotní klíč k nalezení řešení v této situaci nebo vyhledání pomoci. V závěrečném shrnutí výzkumné části se věnují doporučením pro zaměstnavatele, které nabízí nezávislý vhled nezainteresovaného člověka. Výsledky výzkumného šetření a následná doporučení budou s vedoucím týmu daného střediska sdílena. Zaměstnancům, se kterými jsem výzkumné šetření vedla, bude poskytnuta zpětná vazba a případná doporučení pro prevenci syndromu vyhoření.

Teoretická část popisuje syndrom vyhoření, který je pro výzkumnou část klíčový, aby bylo možné na základě těchto poznatků zhodnotit individuálně pracovníkův stav a možné indicie, že jej syndrom vyhoření postihl.

Následující kapitola je věnována sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, kde je popsána diagnosticky škála klientů, se se sociální pracovník ve své práci setkává, pro pochopení hlubšího kontextu. Jsou zde zmíněny také další organizace, které mají podobné zaměření jako

Centrum péče o duševní zdraví, kde bylo realizováno výzkumné šetření a přiblížení cíle a poslání organizace. Tato kapitola také zahrnuje teoretické informace o epidemii koronaviru, základní vysvětlení a přiblížení, co pro organizace sociálních služeb tato specifická situace znamenala, což je vzájemným propojením s výzkumným šetřením a porovnáváním zátěže před a při koronavirové epidemii.

Třetí kapitola teoretické části přibližuje reformu psychiatrické péče, což je přínosné pro lepší vhléd způsobu práce sociálního pracovníka jako součást multidisciplinárního týmu, v dílčích otázkách je zkoumána individuální spokojenost pracovníka v multidisciplinárním týmu.

II. Teoretická část

1 Syndrom vyhoření

Stále více přibývá lidí, kteří mají pocit, že nedokáží zvládat těžké životní situace v běžném nebo pracovním životě, jež navíc v některých případech umocňuje strach. (Stock, 2010)

1.1 Vymezení syndromu vyhoření

Pojem „burnout“ se objevil v roce 1974 a byl publikován H. Freudenbergerem v časopise „Journal of Social Issues“. Syndrom vyhoření bývá popisován jako stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků. Vyskytuje se zvláště u profesí, které pracují s lidmi. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, fyzické a sociální. Jedná se zejména o kognitivní vyčerpání, celkovou únavu a pasivitu. To vše je obvykle reakcí na pracovní stres. (Maroon, 2012)

Vyskytuje se převážně u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Odhadem se 20-30 % profesionálů setká s vyhořením. Důsledky postihují vyhořelého člověka, organizaci a klienta, se kterými člověk pracuje. (Pešek, Praško 2016)

Maslachová (1976) rozvíjí definici Freudenberga (1974). Popisuje vyhoření jako nepřetržitý, systematický proces ochabování, narůstajícího cynismu a ztráty angažovanosti vůči klientům. Tento jev je spjatý s určitým pracovním prostředím jako jsou byrokratické překážky, přepracování a konflikty způsobující stres. (Maroon, 2012)

Burnout syndrom může být chápán jednak jako stav, vznikající v důsledku řady okolností, zvl. pak chronického stresu, jednak jako permanentně se vyvíjející proces. (Kebza, Šolcová, 2003)

Syndromu vyhoření předchází fáze nadšení, stagnace, frustrace a apatie. Není samostatnou diagnostickou jednotkou. (Pešek, Praško, 2016)

Schaufeli (2017) uvádí tři důvody, proč se syndrom vyhoření objevil právě na konci 20. století. Prvním důvodem je souvislost s kulturním vývojem země v 60. letech v Americe. V tomto období se v USA vedla válka proti chudobě, po deseti letech úsilí se u pracovníků objevuje rozčarování a frustrace, které přechází v zoufalství a cynismus. Druhým důvodem dle Schaufeliho je, že sociální služby prochází rychlou profesionalizací a malé spolky jsou přeměněny ve velké moderní organizace s formalizovanými popisy práce. Za třetí, kulturní

revoluce 60. let výrazně oslabila odbornou pravomoc sociálních pracovníků a tradiční prestiž byla přijímaná jako samozřejmost a příjemci péče očekávali mnohem více, než tomu bylo v minulosti.

1.2 Příznaky syndromu vyhoření

Na psychické úrovni dominuje pocit, že vynaložené úsilí a snaha je neefektivní, nikam nevede. Objevuje se duševní, emocionální, kognitivní vyčerpání, pokles a ztráta motivace. Dochází k utlumení aktivity, spontaneity, kreativity, oploštění emocionality. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje. Projevy negativismu, cynismu, hostility ve vztahu k osobám, které jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacienti, klienti, zákazníci). (Kebza, Šolcová, 2003)

Stock (2010) popisuje vyčerpání při syndromu vyhoření po emoční stránce jako sklíčenost, bezmoc, beznaděj, ztráta sebeovládání, objevuje se nekontrolovatelný pláč, podrážděnost nebo výbuchy vzteku, pocity strachu, prázdnoty, apatie, ztráta odvahy a osamocení. Po fyzické stránce se může vyčerpání projevovat jako nedostatek energie, slabost, svalové napětí, bolesti zad, zvýšená náchylnost k infekčním onemocněním nebo funkční poruchy.

Na úrovni fyzické se objevuje celková únava organismu, apatie až ochablost, rychlá unavitelnost. Bolesti hlavy, poruchy krevního tlaku, poruchy spánku, bolesti ve svalech, přetrvávající tenze. Zvyšuje se riziko závislostí všeho druhu. (Kebza, Šolcová, 2003)

Na úrovni sociálních vztahů se jedná o útlum sociability, nezájem ohodnocení ze strany druhých osob. Je patrná výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami majícími vztah k profesi. Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí, nízká empatie, narůstání konfliktů. (Kebza, Šolcová, 2003)

1.3 Stádia vývoje vyhoření

Jedním z přístupů ke stanovení fází burnout syndromu je koncepce čtyř základních fází vyhoření prezentována např. pracemi Ch. Maslachové. Podstatou první fáze je prvotní nadšení a zaujetí pro věc, spojené s dlouhotrvajícím přetěžováním. Ve druhé fázi se objevuje psychické a částečně fyzické vyčerpání, ve třetí nastupují počátky dehumanizované percepce okolí jako

obraného mechanismu. Ve čtvrté fázi převažuje totální vyčerpání, negativismus, nezájem a lhostejnost.

V koncepci R. Schwaba vzniká syndrom vyhoření v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami a jeho vývoj má 3 fáze:

- Nerovnováha mezi požadavky zaměstnání a schopnosti jedince těmto nárokům vyhovět
- Bezprostřední a krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání
- Změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (Kebza, Šolcová, 2003)

„I. Friedman publikoval burnout model, pokoušející se o vyjádření průběhu vyhoření cestou rozvoje dvou oblastí, či směrů: Kognitivní (sem řadí pocit osobní i profesionální nedostatečné výkonnosti) a emocionální (pocit přetížení a emocionální exhausce). Postupný rozvoj obou těchto směrů prochází třemi stadii (1. nebezpečí stresorů, 2. primární a sekundární zkušenosti z prožitku stresu, 3. reakce na tyto zkušenosti), přičemž rozvoj vyhoření může vyvolat rozsáhlý soubor odpovědí, včetně naléhavého doporučení opustit vykonávané zaměstnání.“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 14)

1.4 Rizikové faktory syndromu vyhoření

Mezi obecné rizikové faktory v prohlášení Evropské agentury pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci je uvedena nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obava ze ztráty pracovního místa. Dalším je náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací, dlouhá pracovní doba s rostoucí intenzitou práce, více přesčasů, krácení dovolené. Rostoucí emocionální náročnost práce nebo neslučitelnost zaměstnání a soukromého života. (Stock, 2010)

Jedná se zejména o vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízkou autonomii pracovní činnosti, monotonii práce. Prvotně se objevuje vysoký pracovní entuziasmus, zaujetí pro věc, empatie, obětavost a zájem o druhé. Rizikem je vyšší senzitivita, nízká asertivita, perfekcionalismus, pedantství. Neschopnost odpočívat nebo také negativní afektivita či depresivní ladění. Dále úzkostné, fobické a obsedantní rysy. Rizikovým je také permanentně prožívaný časový tlak, nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení, chronické přesvědčení o

neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese. Stabilně prožívaný hněv, hostilita a agrese. (Kebza, Šolcová, 2003)

Pracovní kolektiv má neodmyslitelný podíl na rozvoji syndromu vyhoření. Je-li pracovní kolektiv nepřátelský, odměřený či chladný, chybí vzájemná kolegiálnost, převažuje závist, může se tak výrazně snížit výkonnost. (Stock, 2010)

Konflikt hodnot je dalším z faktorů syndromu vyhoření. Hodnoty se podobají zásadám, které našemu životu dávají smysl. Každá společnost má jiné firemní hodnoty. Pokud jsou v rozporu s individuálními hodnotami jedince, dochází k vnitřnímu konfliktu. Pokud má tedy člověk pocit, že jeho práce je bezvýznamná, zbytečná nebo dokonce škodlivá, dostává se pocit odcizení, jeden z příznaků syndromu vyhoření. (Stock, 2010)

1.5 Možnosti pomoci a prevence

Je důležité, aby si člověk, který se dostane do takového stavu, uvědomil, že něco není v pořádku a chtěl tento stav změnit, převzal osobní zodpovědnost za zotavující proces. Mnohé závisí na našem vlastním vnímání světa kolem nás. Pokud tedy prožíváme úzkost, bezmoc nebo vztek, je jen na nás, abychom to změnili. Při vyhoření se mění naše vnímání světa kolem nás, nemění se svět sám o sobě. (Kopřiva 1997 in Jeklová, Reaitmaerová 2006)

Důležitým prvkem je odpočinek, relaxace a pohyb. Dále sociální opora v našem okolí. Dle Křivohlavého (1998) nám sociální opora může pomoci vzájemnou spoluprací, kdy člověk není na problémy sám, má možnost rozdělit si úkoly. Dostává se mu povzbuzení, naslouchání nebo emoční podpory. Důležitá je i zpětná vazba, kdy nám ostatní poskytují informaci o tom, jak působíme, jakou práci vykonáváme. (Křivohlavý 1998 in Jeklová, Reaitmaerová 2006)

Pomoci se syndromem vyhoření může i získání odstupů. Stock (2010) popisuje, že postižený připomíná křečka uvězněného v běhacím kole – je zahlcen každodenními povinnostmi a je natolik ponořený do své práce, že nevnímá chyby či nedostatky.

Relaxace a cvičení jsou velmi nápomocné při prevenci. Řada lidí na sebe klade vysoké nároky a má cíle, kterých je velmi obtížné dosáhnout. Relaxační cvičení napomáhají vnitřnímu klidu a sport zvyšuje fyzickou kondici, což má pozitivní vliv na sebevědomí. (Stock, 2010)

Řešení se nabízí i ve změně pracovní situace. Omezení pracovní zátěže např. prostřednictvím zkrácené pracovní doby, může mít pozitivní přínos. Záleží však, zda je tomu vedoucí pracoviště

nakloněn. Roli hrají i spolupracovníci. Panuje-li na pracovišti vstřícná atmosféra, je možné s nimi sdílet v jaké situaci se právě nacházíte. (Stock, 2010)

Jednou z možností, jak lépe zvládat stres a udržet si nasazení v pracovním i osobnostním životě, je pracovat na sobě a zvyšovat svou vlastní odolnost. Jedním z prvků je posilování vztahu k sobě, být si vědom vlastní hodnoty a důležitosti. Přijímat se takový, jaký jsem a být otevřený novým věcem. Být kreativní a přistupovat k problémům konstruktivně, dokázat být asertivní a umět přiznat své chyby a nezdary. Udržet si nadhled a smysl pro humor, nepodléhat strachům a pochybnostem, dokázat relaxovat, věnovat se zájmům a koníčkům. Umět přijmout své pozitivní i negativní emoce jako zdroj plnohodnotného prožívání a ponaučení. Dalším z prvků je vztah ke druhým lidem. Mít přátelský postoj ke druhým lidem, být empatický a tolerantní. Být schopen hledat a udržet si blízké a hodnotné vztahy, mít dostatečnou sociální oporu. Snažit se s druhými vycházet dobře, ale zároveň respektovat své vlastní hranice. Mít zájem o druhé lidi a přirozeně jim pomáhat. Důležitý je také vztah k životu a hodnotový systém. Sem lze zahrnout smysluplné vnímání světa a pozitivní vztah k životu, být si vědom vlivu na svůj život. Dále je podstatné plánovat si svůj čas a ten vyváženě rozdělovat mezi práci, rodinu, přátele a své zájmy. (Pešek, Praško, 2016)

1.5.1 Supervize

Supervize je forma podpory pro pomáhající profese. Může být individuální nebo skupinová, zaměřovat se na určitého klienta, vztahy s kolegy nebo atmosféru v týmu. (Pešek, Praško, 2016) Využívá se zejména v profesích zaměřených na práci s lidmi, ve zdravotnictví, sociálních službách, v řízení lidských zdrojů a v oblasti vzdělávání a výchovy. (Venglářová a kol., 2013)

Případová supervize se zaměřuje zejména na proces poradenství se snahou zlepšit kompetence pomáhajícího a zvýšit jeho efektivitu práce. Důležitou roli zde hraje reflexe a sebereflexe. Supervizi lze označit také jako formu učení, která probíhá v laskavé, bezpečné, přijímající a tvůrčí atmosféře. Měl by ji vést zkušený, důvěryhodný a externí odborník. (Pešek, Praško, 2016)

Základním rozdílem je poměr mezi kontrolou a podporou v dané přístupu k supervizi. Integrativní přístup je považován za vhodný, důraz je kladen na zodpovědnost pracovníka za svoje postupy a dodržování etických principů profese. Supervizor je nápomocný v procesu

porozumění pocitů, hledání řešení při problémech a vyhodnocování dalšího vedení práce. (Venglářová a kol. 2013)

Obsahem rozhovorů během supervize jsou situace, které pracovníci zažívají během své praxe. Zátěží je přímý kontakt s lidmi, ale mohou se objevit problémy ve vedení týmu nebo spolupráce s kolegy. Náplní může být také kazuistika obtížného případu, kdy jde nejen o postup optimální spolupráce s klientem, ale také uvědomění si pocit a obavy, reflexi vlastního chování ke klientovi. (Venglářová a kol. 2013)

„Znakem dobré supervize je postupné vytvoření dobrého vztahu mezi supervizorem a supervidovaným, vytvoření bezpečného místa pro podporu a přijetí, podávání informací a nových podnětů, stanovení dobrého kontraktu a vědomá práce s etickými problémy a normami. Znakem špatné supervize je ponižování, kritizování, zahanbování, pouze poučující supervize, špatně vytvořený vzájemný vztah mezi supervizorem a supervidovanými, nedodržování hranice mezi supervizí a terapií. Nejasný, špatně vytvořený kontrakt. Nekompetentnost supervizora nebo špatné načasování intervencí supervizora. (Venglářová a kol. 2013, s. 15)

Skupinová supervize může probíhat jako tzv. Bálintovská skupina, jejíž průběh má určitou strukturu. Na úvod se přihlásí pracovníci, kteří by chtěli konzultovat své téma a skupina hlasuje, který z případů se bude probírat. Vybraný člen podrobně popíše případ, sděluje podstatné informace, poté se členové skupiny ptají, co je k případu zajímavé. V další fázi se ostatní členové empaticky do případu vcítují, do postav, myšlenek, emocí, které v příběhu vystupují. V následující fázi dávají členové doporučení, co by v dané situaci dělali, jak by se zachovali. Supervidovaný shrnuje, co mu přišlo inspirativní a užitečné, na konci setkání skupiny každý z členů zmiňuje, co mu přišlo užitečné a co si pro sebe ze skupiny odnáší. (Pešek, Praško, 2016)

1.5.2 Intervize

Intervizí rozumíme ten druh supervize, kdy není přítomen externí supervizor a intervize je vykonávaná uvnitř organizace. Může se jednat o jednoho stálého člověka nebo se v roli intervizora mohou pracovníci střídat.

Intervizi je vhodné na pracovišti zavést zejména pokud jsou organizační neshody na pracovišti, dále jako prevenci syndromu vyhoření, při oslabení týmu nebo při nedostatku financí na externího supervizora či nedostatku podpory pro supervizi ze strany vedení organizace.

Podoba intervize může být různá. Může se jednat o případovou studii, kdy se přednese problematický případ, dále společné řešení úkolu, intervizi s pověřeným pracovníkem, kdy je stanovena jasná domluva nebo kazuistické semináře či porady o současných klientech formou intervize. (Jeklová, Reitmayerová, 2007)

2 Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce zaměřující se na lidi s duševním onemocněním má celou škálu možností, jak se v životě klienta uplatnit, s ohledem na jeho životní situaci, ve které se právě nachází a individuální potřeby. Může mu pomoci při návratu z hospitalizace, nácvičky dovedností, podporovat jej při hledání zaměstnání nebo bydlení, doprovázet jej při jednání s úřady, institucemi. Může být také nápomocná při řešení dluhové situace nebo při edukaci rodiny ohledně onemocnění.

V této kapitole budou blíže uvedeny duševní onemocnění, které jsou zahrnuty do cílové skupiny osob, se kterými pracuje Centrum péče o duševní zdraví v Hradci Králové, s ohledem na bližší pochopení souvislostí a specifik klientů, viz výzkumná část v kapitole 4.

2.1 Klasifikace duševních onemocnění dle MKN 10 (ÚZIS, 2021)

F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
F99-F99	Neurčená duševní porucha

2.1.1 Poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek

Zde můžeme zařadit nemoci, které jsou způsobeny užíváním psychoaktivních substancí. V praxi se můžeme setkat s pojmem duální diagnózy. Tento termín nenajdeme v MKN-10, ale má vystihnout souběh užívání návykových látek a psychózy. (Jarolímek, 2021)

Psychotická porucha

Pervitin může být spouštěčem tzv. toxické psychózy, typickým projevem jsou pocity pronásledování. Tyto příznaky obvykle odezní během několik dnů po odebrání návykové látky.

Další drogou, která může mít za následek vznik psychotické poruchy, je marihuana. Ta se stává pro lidi dostupná i lidem mladšího věku. Největší nebezpečí je v tom, že většina marihuany se pěstuje tzv. podlampově a tím se mění složení THC a CBD. Zatímco u rostlin vypěstovaných venku je podíl 6 %, u vyšlechtěných odrůd je to až 20 % a míra CBD je minimální. (Jarolímek, 2021)

Psychotická porucha reziduální s pozdním nástupem

Jedná se o stav, který se může rozvinout po proběhlé schizofrenní atace. Projevuje se podivínským chováním, sociálním stažením, apatií, emoční oploštělostí, sníženou schopností adaptovat se na požadavky prostředí a snížením výkonnosti. (Kliment, 2013)

2.1.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie

„Schizofrenie je závažná duševní choroba, která se projevuje narušením vnímání, myšlení, emotivity a osobnostní integrity. Mění vztah nemocného k realitě i k sobě samému, narušuje

jeho schopnost přiměřeně jednat. Jde o multisystémové poškození mozkových funkcí, z něhož vyplývají uvedené psychické projevy.“ (Vágnerová, 2014, s. 319)

Vyskytuje se přibližně u 1% populace a vzniká přibližně mezi 15–35 rokem. Mezi její projevy patří psychotické symptomy, což může představovat zkresleného vyjádření standardních funkcí (halucinace a bludy). Poruchy iniciativy, motivace a sociální stažení. Dále poruchy poznávacích funkcí, jako je narušená pozornost nebo zhoršení paměti či změna uvažování. Jedná se také o afektivní symptomy, které se projevují změnou emočního ladění. (Vágnerová, 2014)

Mladí lidé ohrožení schizofrenií jsou obvykle něčím nápadní už před propuknutím nemoci. Obecně platí, že lidé s dispozicí jsou citlivější, zranitelnější, psychomotoricky neobratnější a méně průrazní, než ti ostatní. (Jarolímek, 2021)

Mezi typy schizofrenie řadíme paranoidní, hebefrení, katatonie, symplexní. (Vágnerová, 2014)

Schizotypální porucha

Jedná se o onemocnění, kdy se současně vyskytují poruchy nálady a příznaky schizofrenie. (Libiger, 2002 in Vágnerová 2014) Jde o vzácnou poruchu s nízkou četností. Na vzniku se podílejí různé faktory, genetické i exogenní. Léčba této nemoci je farmakologická, v případě potřeby jí doplňuje psychoterapie. Příznaky mohou se mohou podobat manickému syndromu spojenému s paranoidními bludy a extatickými projevy, může se jednat i o příznaky typické pro depresi, včetně suicidálních tendencí a depresivních bludů. (Vágnerová, 2014)

Poruchy s trvalými bludy

Objevuje se bludná projekce, který je trvalého rázu, jiné psychické potíže se neobjevují. Jednat se může především o systematizovaný blud nebo o soubor navzájem se doplňující se blud. Bludy mohou být makromanické, mikromanické nebo vztahovačné. Obsah bludu může souviset s životní událostí jedince. Blud by měl pro splnění diagnostických kritérií trvat nejméně 3 měsíce, často ale existuje celý život. (Kliment, 2013)

2.1.3 Afektivní poruchy

Bipolární porucha

Jedná se o opakující se poruchu nálady, která se vyskytla u člověka alespoň dvakrát za život, mezi dvěma obdobími musela nastat fáze remise. (Kliment, 2013) Projevuje se narušením

emočního prožívání, přetrvávající smutná nálada, ztráta schopnosti prožívat radost. Změny se objevují také v kognitivní oblasti, převažuje neadekvátně pesimistické uvažování, snížené sebehodnocení. Také změny chování, člověk může být neklidný, hyperaktivní, pohybově agitovaný nebo naopak utlumený a zpomalený. Mezi somatické projevy patří poruchy jídla, spánku a různé bolesti (např. hlavy nebo břicha), mohou se objevovat hypochondrické obavy. (Vágnerová, 2014)

2.1.4 Poruchy osobnosti

Poruchy osobnosti můžeme chápat jako extrémně vyjádřené varianty běžných osobnostních typů. (Vágnerová, 2014)

V rámci poruch osobnosti můžeme rozlišit tři základní podskupiny. Jedná se o poruchy a změny osobnosti, které se vyznačují nepřiměřenou strukturou osobnosti snižující adaptivní potenciál jedince. Dále o návykové a impulzivní poruchy, které se projevují neschopností kontrolovat vnitřní pobídky k aktivitám, které mu přinášejí potíže v oblastech jeho života. Třetí podskupinou jsou poruchy pohlavní identity a preference, ty se projevují v neobvyklé volbě sexuálního objektu nebo neobvyklým způsobem sexuálního ukájení. (Kliment, 2013)

Specifické poruchy osobnosti

Paranoidní poruchy osobnosti

Lidé s touto poruchou jsou podezřívaví a vztahovační. Typické je „konspirační“ vysvětlování událostí kolem sebe. (Kliment, 2013) Jsou nedůvěřiví k jiným lidem a kladou nadměrný důraz na vlastní práva a dodržování norem. Paranoidní postoj se může projevit žárlivostí nebo podezíráním ze spiknutí. Převaha negativních úvah vyvolává obranné reakce, které jsou nesmyslné. Ve výkonu jejich profese jim může činit problém jejich neschopnost spolupracovat, neústupnost, nekompromisnost, necitlivost k jiným a nadměrná koncentrace na sebe. (Vágnerová, 2014)

Schizoidní porucha osobnosti

Tito lidé se projevují zejména emočním odstupem, mají omezenou schopnost vyjadřování citů, preferují spíše samotu, nemají zájem o navazování hlubších vztahů. (Kliment, 2013)

Jsou koncentrováni především na své úvahy a produkty fantazie, nechápou neverbální a emoční projevy, nedokážou na ně reagovat. (Vágnerová, 2014)

Disociální porucha osobnosti

Typickým znakem je egocentrismus, bezohlednost a neschopnost ovládat své jednání podle platných norem. Jsou podráždění, zlostní a vidí svět v extrémech. Lidé s touto poruchou jsou soustředění spíše na přítomnost a mají zvýšenou potřebu vzrušení, inklinují častěji k užívání psychotropních látek nebo neobvyklým sexuálním praktikám. (Vágnerová, 2014)

Někdy je tato osobnost označována také jako amorální, asociální, psychopatická či sociopatická. Jsou lhostejní ke společenským pravidlům a prosazují se obvykle manipulací. Mají nízkou toleranci k frustraci a nízký práh pro uvolňování agrese. (Kliment, 2013)

Emočně nestabilní porucha

Lidé s touto poruchou jsou impulzivní, jejich nálada se často mění, je nestálá. Nestálé bývají také jejich vztahy, objevují se i pocity prázdnoty a suicidální aktivita. (Kliment, 2013)

Emoční labilitu doprovází výbušnost a sklon k impulzivnímu jednání. Člověk s emočně nestabilní poruchou osobnosti neuvažuje nad důsledky svého jednání, nedovede plánovat a myslet na budoucnost. (Vágnerová, 2014)

Histriónská porucha osobnosti

Histriónská porucha osobnosti je charakteristická mělkou labilní emotivitou, dramatizací až teatrálností, nadměrným vyjadřováním emocí, egocentričností, velkou touhou po ocenění, vzrušení a pozornosti druhých. V kolektivu chce být v centru pozornosti, někdy se snaží vzbuzovat lítost (předstírání nemoci) nebo se objevují pomluvy, donašečství. (Kliment, 2013)

Anankastická porucha osobnosti

Anankastická porucha neboli vtíravá porucha osobnosti se v myšlení projevuje svědomitostí, rigidním plánováním, ale také sebeobviňováním. Velké nároky na sebe samého mají za následek pocity nespokojenosti a špatnou náladu. Tito lidé mají vysoké nároky i na své okolí. (Kliment, 2013)

Objevuje se potřeba mít vše pod kontrolou, mívají stabilně mrzutou náladu a nedokáží se z ničeho radovat, preferují stereotyp a kladou důraz na respektování daných pravidel. Bývají

ulpívaví a málomluvní mají sklon k nadměrné kritičnosti a sebekritičnosti. Bývají koncentrováni na práci a výkon, vztahy s lidmi pro ně nejsou důležité. (Vágnerová, 2014)

Úzkostná porucha osobnosti

Hlavním znakem je sklon k úzkostnému prožívání a s tím souvisí i tendence vyhýbat se ohrožení. Lidé s úzkostnou poruchou mívají zvýšený sklon k pocitům napětí, obav a ohrožení. Je pro ně velmi obtížné dosáhnout pocitu klidu a spokojenosti. Jsou pesimističtí, mají zhoršené sebehodnocení a nedostatek sebeúcty a mají pocit méněcennosti. Názorům ostatních dávají velký význam, (Vágnerová, 2014)

Tito lidé mají velké obavy z odmítnutí své osoby. Vyhýbají se proto sociálním činnostem, mohou se druhých lidí i stranit, mají však rozvinutou potřebu sociálního kontaktu a při jeho absenci trpí. Může se objevit užívání psychoaktivních látek za účelem stimulace. (Kliment, 2013)

Závislá porucha osobnosti

Lidé se závislou poruchou vyhledávají přítomnost druhých, nechávají na nich důležitá rozhodnutí o svém životě, ochotně podřizují své zájmy a potřeby druhým. Může jim činnost problém dělat i běžná rozhodnutí. (Kliment, 2013)

Mají nadměrně nízké sebevědomí, trpí pocity neschopnosti až bezmocnosti, jsou ovlivnitelní. Zvýšená potřeba závislosti vede k nadměrnému podřízení, nejsou schopni přijmout za sebe odpovědnost. (Vágnerová, 2014)

Jiné specifické poruchy osobnosti

Zahrnuje narcistickou a pasivně agresivní poruchu osobnosti. (Kliment, 2013)

Znakem narcistické poruchy je přecitlivělý egocentrismus spojený s necitlivostí k ostatním. Jsou zranitelní, mají sníženou odolnost k frustraci, objevuje se sklon somatizovat, nejsou schopni přijmout názor někoho jiného a mají nevyvratné přesvědčení o vlastní pravdě. Velmi špatně snášejí kritiku a nepřipouštějí si chyby. (Vágnerová, 2014)

Lidé s pasivně agresivní poruchou mají problematický vztah k autoritám a plnění povinností. Vzdor není nikdy vyjádřen napřímo, ale např. jako zapomínání, otálení nebo nevykonnost. (Kliment, 2013)

Smíšené poruchy osobnosti

Jsou přítomny povahové rysy typické pro výše diagnostických kategorií a není možné rozhodnout, který typ je převládající. (Kliment, 2013)

2.2 Organizace pomáhající lidem s duševním onemocněním

Činnost jednotlivých pomáhajících organizací, se řídí zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláškou 505/2005, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. V těchto klíčových předpisech jsou definovány sociální služby, rozsah činností, příspěvek na péči, úhrada dané sociální služby nebo také kvalifikační požadavky na výkon povolání a mlčenlivost.

Jednou z klíčových sociálních služeb poskytované osobám s duševním onemocněním je Sociální rehabilitace. Zákon 108/2006 Sb. tuto službu definuje jako: *„soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“*

Zákon také jasně vymezuje základní činnosti sociální služby. Jedná se o nácvik dovedností péče o sebe a činnosti, které vedou k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, dále se může jednat o výchovné, vzdělávací či aktivizační činnosti nebo může organizace pomáhat při uplatňování práv nebo obstarávání osobních záležitostí. Pobytová služba sociální rehabilitace potom poskytuje klientům ubytování, stravu a pomoc při osobní hygieně.

Dále mají lidé s duševním onemocněním možnost využít sociální poradenství. Zákon 106/2006 Sb. o sociálních službách rozlišuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství, přičemž základní sociální poradenství poskytují všechny organizace sociálních služeb, jedná se o informace přispívající k řešení nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob, zajišťuje sociálně

terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu s prostředím a podporu při uplatňování práv, zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Centrum péče o duševní zdraví

Tato organizace působí v pardubickém, orlickoústeckém, chrudimském, královehradeckém, jičínském, rychnovském a náhodském okrese, kde poskytuje sociální i zdravotní služby lidem s duševním onemocněním.

V CDZ pracuje tým složený ze zdravotních sester, sociálních pracovníků, psychiatra, psychologa a peer konzultanta (člověk s osobní zkušeností, jak překonat nemoc). Tento multidisciplinární tým nabízí lidem všestrannou, rychlou a intenzivní pomoc v místě potřeby pro podporu a zotavení. Zotavení znamená žít spokojený a smysluplný život i přes omezení způsobené onemocněním. Předmětem vzájemné spolupráce je nejen léčba onemocnění, ale také osobní rozvoj, posilování sebedůvěry, navazování vztahů, návrat k volnočasovým či pracovním aktivitám a tím znovuzapojení se do společnosti. Spolupráce probíhá nejen s klientem ale také s jeho blízkým okolím, rodinou, lékaři či dalšími institucemi. (PDZ, 2016)

Fokus Praha

Fokus je největší organizací, která poskytuje pomoc a podporu lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Pomáhá vytvářet podmínky pro plnohodnotný život lidí s duševním onemocněním ve společnosti.

Cílovou skupinou jsou lidé s vážným duševním onemocněním jako je schizofrenie, lidé s poruchami nálad, obsedantně kompulzivními poruchami, lidé s duálními diagnózami.

Poskytuje psychoterapii, sociálně zdravotní službu prostřednictvím CDZ a multidisciplinárního týmu, dále má terénní komunitní tým složený ze sociálních pracovníků, dále poskytuje sociální rehabilitaci a volnočasové aktivity (Fokus-Praha, 2021)

RIAPS Trutnov

RIAPS – Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb Trutnov, poskytuje celou škálu služeb. V zaměření na pomoc lidem s duševním onemocněním poskytuje telefonickou krizovou pomoc, krizovou pomoc jako pobytovou službu, funguje zde komunitní tým, ambulance CZD a multidisciplinární tým.

Organizace má jako poslání udržení, získání nebo obnovení základních dovedností vedoucích k samostatnému a soběstačnému životu ve společnosti. Organizace podporuje lidi k jejich seberealizaci v jejich vlastním přirozeném prostředí. (RIAPS Trutnov, 2021)

Na rovinu

Iniciativa NA ROVINU je realizovaná v rámci projektu Destigmatizace, který je součástí reformy psychiatrické péče v ČR.

Projekt Destigmatizace usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním a zlepšením přístupu lidí k duševnímu zdraví. Přispívá tak k lepší kvalitě života lidí s duševním onemocněním. (NA ROVINU, 2021)

ANIMA VIVA, z.s.

Je poskytovatelem sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, pomáhá především lidem se zdravotním postižením a lidem s duševním onemocněním. Za cíl má tato organizace pomoc s uplatněním se ve společnosti a běžném životě díky vlastním schopnostem, pomoci v překonávání překážek. Registrovanými sociálními službami je odborné sociální poradenství a sociální rehabilitace v centru ANIMA Opava. (ANIMA, 2022)

Bona, o.p.s

Je organizace pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, kteří chtějí spolupracovat na svém zotavení. V rámci sociální rehabilitace podporují klienty v ujasnění si vlastních přání a stanovení konkrétních cílů, s jejím naplněním poté pomáhá klíčový pracovník. Organizace staví úspěšné poskytování služby na upřímné komunikaci a propojením spolupracujících subjektů. Principem práce v této organizaci je otevřený přístup založený na partnerství, vzájemné důvěře, který pomáhá na cestě k zotavení.

Organizace disponuje terénním týmem, který pracuje formou case managementu, který je založený na celostním vnímání potřeb klienta, a zahrnuje jeho sociální, psychologický, adiktologický, zdravotnický a peerský pohled na jeho situaci.

Další oblastí práce této organizace je podpora při zaměstnání prostřednictvím chráněných pracovišť, kde se klienti věnují nácviku pracovních a sociálních dovedností, které pomáhají získat a udržet zaměstnání. Organizace Bona má šicí a textilní dílnu, sklářskou dílnu, dále provádí úklidy obytných domů a kanceláří a údržbu zeleně v parcích a zahradách. (BONA, 2022)

Mana, o.p.s.

Mana je neziskovou organizací, která cílí na osoby s vážným duševním onemocněním, podporuje jejich silné stránky, zdroje, pomáhá zvyšovat jejich kompetence a zodpovědnost vedoucí k důstojnému a kvalitnímu životu v přirozeném prostředí. Působí na Olomoucku, v Litovli, Uničově a Štenberku. Organizace má Centrum psychosociální rehabilitace, které funguje jako ambulantní služba a terénní psychosociální tým.

Organizace Mana se věnuje nebo věnovala ve svém působení celé řadě projektů, v rámci jednoho z nich z norských fondů byl vytvořen terénní psychosociální tým, který umožňuje multidisciplinární zastoupení v týmu profesemi psychologa, zdravotní sestry a sociálního pracovníka. Dále ve spolupráci Centrem péče pro rozvoj péče o duševní zdraví projekt Peer konzultantů a projekt Fact board. Posledním projektem je Rozvoj služeb Společnosti Mana na Olomoucku v oblasti kvality a mezioborové spolupráce v rámci MPSV. (Mana, 2022)

Kaleidoskop

Je nestátní neziskovou organizací, která poskytuje pomoc lidem s duševním onemocněním, zejména lidem s poruchou osobnosti, sociální služby poskytuje již od roku 2006. Kaleidoskop je zakladatelem terapeutické komunity pro lidi s poruchou osobnosti, ta se nachází v Solenicích u Příbrami, je poskytovatelem odborného sociálního poradenství v Ambulanci Kaleidoskop a službu následné péče v DBT (Dialekticko – behaviorální terapie) Centru.

Základem terapie jsou pravidelná skupinová setkávání, které slouží k výuce dovedností, dále workshopy nebo individuální sezení s garantem, který je přidělen každému klientovi.

2.3 Vliv epidemie koronaviru na oblast sociálních služeb

Koronavirus neboli COVID-19 jsou skupina virů, které obvykle způsobují respirační onemocnění, na konci roku 2019 se objevil v Číně. Případy onemocnění se objevily postupně v dalších zemích, nejprve Asii, Austrálii, postupně i v Evropě a Americe. Dne 30.1. 2020 Světová zdravotnická organizace (WHO) vyhlásila stav zdravotní nouze a 11. 3. prohlásila šíření koronaviru za pandemii. (SZÚ, 2022)

Primární zdroj koronaviru SARS-CoV-2 nebyl identifikován, bude se jednat pravděpodobně o blíže neurčené zvíře. Za první případy onemocnění je zodpovědný zvířecí zdroj/rezervoár z tržnice ve Wu-chanu. Narůstá počet důkazů o možné souvislosti mezi SARS-CoV-2a jinými

podobnými známými koronaviry, které cirkulují mezi netopýry. V pandemii onemocnění COVID-19 je zdrojem onemocnění člověk.

Viry se neustále mění a dochází při nich k řadě mutací. V souvislosti s epidemií koronaviru byla zavedena celá řada protiepidemických opatření, které se dotkly širokého spektra oblastí v životě každého člověka. Jednalo se dle epidemiologické situace o opatření pro cestování, kulturní oblast, volnočasové aktivity, restaurace a kavárny, ochranná opatření na pracovištích a další. Opatření pro ochranu osob před nákazou koronaviru se dotkla také sociálních organizací, které se musí v průběhu epidemie řídit platnými nařízeními vlády.

Pro sociální službu to s ohledem na nařízení v průběhu času znamenalo zajištění ochranných pomůcek pro zaměstnance, ochrany dýchacích cest, pravidelné testování, dle nařízení vlády, karanténu v případě rizikového kontaktu s osobou, u které se prokázala nákaza. Karanténa se proto mohla dotknout celého týmu dané organizace a ovlivnit tak její chod. Na organizace to kladlo nároky pro nutnost sledování aktuální situace a přizpůsobení se daným opatřením, flexibilního reagování v případě změny nebo omezení, přesunutí části pracovních schůzek do online prostředí, vyhodnocení rizika nákazy a ochrany klientů a pracovníků před nákazou.

Uvažovalo se také o zavedení povinného očkování pro vybrané profese, mezi nimiž byli i pracovníci v sociální oblasti a studenti připravující se na budoucí povolání, nicméně vyhláška byla před nabitím účinnosti zrušena. Několik organizací veřejně vyjádřilo obavu o stabilitu týmu a zajištění chodu služby v případě, že by zaměstnanci, kteří s povinným očkováním nesouhlasí, museli tým organizace opustit.

V práci organizací, které poskytují zejména sociální rehabilitaci se koronavirová epidemie promítla také tak, že ovlivnila nebo limitovala možnost zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Určitý čas nebylo možné navštívit kavárnu, restauraci, sportovní nebo kulturní centrum. Po určitý čas byl omezen i pohyb obyvatel v rámci kraje. Tyto všechny faktory mohly do určité míry nepříznivě ovlivnit psychickou stabilitu lidí s duševním onemocněním. Role organizací v oblasti koronaviru byla směrem ke klientům také edukativní, kdy pracovníci objasňovali klientům některá nařízení v aktuálním čase.

Vliv koronaviru bylo možné zaznamenat také na spolupráci s návaznými organizacemi, některé zvolily jako vhodnější formu pro udržení spolupráce online prostor. Při navazování kontaktu se zájemcem o službu v psychiatrické nemocnici mohlo být limitující uzavření oddělení při zhoršující se epidemiologické situaci, karanténě nebo izolaci klienta. (MPSV, 2022)

3 Reforma psychiatrické péče

Reforma psychiatrické péče je systémová změna poskytování psychiatrické péče. Hlavním cílem je především zvýšení kvality a efektivity při jejím poskytování, zvýšení kvality života a omezení stigmatizace osob s duševním onemocněním.

Reforma psychiatrie byla schválena roku 2013 a její první etapa podpořena Evropskými strukturálními investičními fondy.

Reforma psychiatrické péče je dlouhodobý proces, který bude probíhat přibližně 15 až 20 let. V první etapě do roku 2021 budou zahájeny nezbytné systémové změny a vytvořeny předpoklady pro pokračování reformy. (ČLS JEP, 2017)

3.1 Cíl reformy psychiatrické péče

Základní změnou v systému péče o lidi s duševním onemocněním bude systematické poskytování koordinované a propojené péče zaměřené na zotavení (recovery) klienta.

Síť služeb by měla být provázána a koordinována a zajišťovat tak kontinuitu péče. Spolupráce by měla být podpořena zavedením multidisciplinárního přístupu. Jednotliví poskytovatelé by měli mít vymezenou jasnou odpovědnost při zachování možnosti volby klienta. Klienti by měli mít zajištěný dostatečný výběr léčebných metod a podpůrných přístupů.

Transformace by měla zajistit plný respekt klientů. Dále maximální možnou inkluzi klientů do společnosti, a zejména plnohodnotné zapojení klientů a rodinných příslušníků do všech podstatných rozhodovacích procesů týkajících se léčby a podpory.

Základem pomoci by měl být asertivní přístup, který si zakládá na proaktivním, přímém, nemanipulativním a ohleduplném přístupu.

Cílem péče o lidi s duševním onemocněním by mělo být dosažení plnohodnotného života bez ohledu na symptomy duševní nemoci.

Zotavení neboli recovery je proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak dosáhnout spokojeného, naplněného života i přes dosavadní omezení způsobená nemocí. Jedním ze základních principů je, že zotavení nezbytně nemusí znamenat klinické uzdravení. Člověk tedy může žít spokojený a plnohodnotný život i s danou duševní nemocí. (ČLS JEP, 2017)

3.2 Multidisciplinární přístup

Systém péče o člověka by měl zajistit nejen léčení onemocnění, ale poskytnout podporu ve všech oblastech klientova života, tedy celkový zdravotní stav, bydlení, práce, sociální a společenský život a další.

Multidisciplinární přístup je koordinace spolupráce pracovníků různých institucí a probíhá na třech základních úrovních. První je koordinace spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu. Druhou je koordinace spolupráce napříč jednotlivými službami a třetí koordinace spolupráce v rámci komunity.

Multidisciplinární tým se skládá z odborníků, kteří mohou ovlivnit klientův život a jeho kvalitu a pracují společně pro daného klienta. Členové týmu se pravidelně setkávají a sdílejí informace o potřebách klientů a řešení jejich životní situace.

Komunitní týmy jsou v řadě zemí, kde probíhá transformace systému institucionální péče v komunitní péči, specializovaných mimo nemocničních psychiatrických služeb. Jde o multidisciplinární tým, který úzce spolupracuje. Hlavním cílem komunitního týmu je poskytovat klientům a jejich rodinám podporu v běžných životních situacích života a předcházet stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci. (ČLS JEP, 2017)

3.3 Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví budou poskytovat mobilní, ambulantní, krizové a denní služby. Jejich funkcí bude prevence hospitalizací a jejich zkracování, dále včasný záchyt rozvoje duševního onemocnění a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity.

Tým CDZ centra bude pracovat formou případového vedení a poskytovat flexibilní, individualizovanou službu cílové skupině klientů bez čekací doby. Péče bude poskytována nepřetržitě, klienty by se v systému péče neměl ztrácet. Při trvalé péči by se klient neměl propadat do hlubokých krizí a měla by klesnout potřeba dlouhodobých hospitalizací. (ČLS JEP, 2017)

III. Praktická část

4 Metodická část

V této části práce se zaměřuji na výzkumné šetření, jehož cílem bude popsat realizovaný výzkum. K naplnění cíle bakalářské práce využiji stanovené otázky. V praktické části budu vycházet z teoretických poznatků, které jsou uvedeny předchozím teoretickým úseku práce.

4.1 Hlavní cíl výzkumu a dílčí výzkumné cíle

Hlavním cílem výzkumu (HC) je zjistit, jak sociální pracovníci zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii.

Na základě cíle výzkumu jsem si stanovila hlavní výzkumnou otázku: Do jaké míry pandemie koronaviru ovlivnila výkon profese u sociálních pracovníků?

V návaznosti na hlavní výzkumnou otázku jsou stanoveny následující dílčí výzkumné cíle (DVC):

DVC 1: Zjistit, jak v týmu funguje současná spolupráce.

DVC 2: Zjistit, zda pracovník v období koronavirové epidemie vnímá zvýšenou psychickou, fyzickou či jinou zátěž.

DVC 3: Zjistit, jaké pracovníci vnímají rozdíly při výkonu své práce při epidemii koronaviru oproti běžnému stavu.

DVC 4: Zjistit, jak funguje spolupráce s klienty při probíhající epidemii.

4.2 Výzkumná metoda

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní metoda. Jedná se o přístup, ve kterém nejsou využívána statistická data, ale opírá se o údaje, které jsou interpretovány různými subjekty na základě jejich vlastního uvážení.

Charakteristické pro tento výzkum je, že si výzkumník sám určí téma a stanoví si výzkumné otázky. Během tohoto výzkumu se mohou objevovat i hypotézy. Zvolený výzkumný plán se může v průběhu výzkumu měnit (Hendl, 2005)

Pro získávání dat byl použit polostrukturovaný rozhovor, který v sobě kombinuje výhody strukturovaného a nestrukturovaného rozhovoru. Před realizací rozhovoru je zapotřebí si připravit schéma otázek, jejíž pořadí může poté tazatel zaměnit, aby získal co nejvíce informací pro svůj výzkum. Během rozhovoru je možné pokládat doplňující otázky pro upřesnění nebo doplnění respondentovi odpovědi. (Miovský, 2006)

Přednosti kvalitativního výzkumu dle Hendla (2005) jsou zejména to, že tazatel získává detailní popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, zkoumá v přirozeném prostředí a studuje procesy a navrhuje teorie, může dobře reagovat na místní situace a podmínky. Nevýhodou kvalitativní metody výzkumu může být naopak to, že získaná znalost nemusí být vypovídající pro populaci nebo do jiného prostředí, je obtížné provádět kvalitativní predikce, je složitější testovat hypotézy a teorie, analýza dat i jejich sběr jsou etapy náročné na čas. Výsledky mohou být snáz ovlivněny výzkumníkem a případnými jeho preferencemi.

4.3 Výzkumné prostředí a výzkumný soubor

Výzkumný soubor pochází z Centra péče o duševní zdraví Hradec Králové a výzkumný vzorek se skládá ze sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. Výzkum byl realizován pomocí online platformy v programu TEAMS, jeden z pracovníků preferoval rozhovor uskutečněný osobní formou. Rozhovory proběhly se šesti pracovníky, z nichž 5 z nich jsou sociální pracovníci a 6. respondent je pracovníkem v sociálních službách, který si doplňuje kvalifikaci VŠ studiem na sociálního pracovníka. Jeden z domluvených pracovníků rozhovor odmítl z důvodu, že by byl nahráván a další z pracovníků měl bezprostředně před rozhovorem technické potíže a rozhovor nebylo možné uskutečnit.

Před zahájením rozhovoru jsem respondenty ujistila, že v bakalářské práci bude zachována jejich anonymita, nebudou tedy zveřejněna jejich jména. Tím jsem se snažila o zajištění větší míry otevřenosti a ochotu o dané problematice mluvit. Se souhlasem jsem rozhovory nahrála, což potvrzuje každý z respondentů v úvodu nahrávky. Nahrávka byla pořízena na mobilní záznamník telefonu a dva z rozhovorů jsem doslovně přepsala, viz příloha přepisu rozhovoru.

V úvodních otázkách rozhovoru jsem respondentům položila otázky, na jaké pozici pracují, abych si ověřila, že jsou výzkumným vzorkem, který jsem si ve své bakalářské práci stanovila. Následující úvodní otázkou bylo, jak dlouho v Centru péče o duševní zdraví pracují, což může být užitečné při vyhodnocování otázek a relevantní schopností respondentů odpovídat na následující otázky.

4.4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka - Transformace DC do TO 1

Hlavní cíl	Dílčí výzkumné cíle	Indikátory	Tazatelské otázky (TO)
HC: Zjistit, jak sociální pracovníci zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii.	DVC1: Zjistit, jak v týmu funguje současná spolupráce.	Individuální spokojenost s týmovou spoluprací.	TO1: Jak jste spokojen/a s týmovou spoluprací multidisciplinárního týmu? TO2: Jak hodnotíte atmosféru v týmu? TO3: Jaké máte vztahy se svými kolegy? TO4: Jak se změnil tým v průběhu nové spolupráce TO5: Opustil tým někdo z kolegů?
	DVC2: Zjistit, zda pracovník v období koronavirové epidemie vnímá zvýšenou	Pocit zvýšené zátěže.	TO6: Pociťujete při výkonu Vaší práce v období koronavirové epidemie častěji

	psychickou, fyzickou či jinou zátěž.		<p>vyčerpání, stres nebo zvýšenou fyzickou zátěž?</p> <p>TO7: Jak vnímáte současná vládní opatření v souvislosti s výkonem Vaší profese (testování, očkování)?</p> <p>TO8: Co Vám pomáhá zvládnout výkon Vaší profese v tomto období?</p> <p>TO9: Je od Vás s epidemií koronaviru je od Vás očekáváno rozdílné pracovní nasazení (vyšší/nížší) oproti období před epidemií? A pokud vyšší, v čem spočívá?</p> <p>TO10: Objevily se u některého z kolegů psychické obtíže?</p> <p>TO11: Všiml/a jste si, že by se u Vás nebo někoho z Vašich kolegů během pandemie koronaviru objevil syndrom vyhoření?</p>
--	---	--	--

			TO12: Máte pravidelně supervizi? Je dle Vás dostatečně často?
DVC3: Zjistit, jaké pracovníci vnímají rozdíly při výkonu své práce při epidemii koronaviru oproti běžnému stavu.	Pocitovaná pracovní zátěž.		TO13: Spolupracujete i s dalšími organizacemi, psychiatrickými nemocnicemi? Pokud ano, s jakými? TO14: Lišila se spolupráce při epidemii? TO15: V čem se liší výkon Vaší profese při probíhající epidemii oproti běžnému stavu?
DVC4: Zjistit, jak funguje spolupráce s klienty při probíhající epidemii.	Fungující spolupráce s klientem.		TO16: Měli/mají klienti obavy z onemocnění koronavirem? TO17: Jak probíhala Vaše práce s klientem při koronavirové epidemii? TO18: Co nejvíce koronavirová epidemie ovlivnila při práci s klientem

			<p>ve srovnání s obdobím před koronavirovou epidemií?</p> <p>TO19: Je o Vaše sociálně zdravotní službu zvýšený zájem oproti období před epidemií? A pokud ano, čím si to vysvětlujete?</p> <p>TO20: Uvádí klienti, proč se rozhodli oslovit Vás právě v tomto období?</p>
--	--	--	---

4.5 Sběr dat

Průběh sběru dat proběhl nejprve oslovením s prosbou o účast na výzkumu, všech šest rozhovorů bylo realizováno v prosinci 2021. Z důvodu pandemické situace byla upřednostňována online forma přes platformu TEAMS, pouze jeden pracovník si přál zrealizovat rozhovor osobně.

Respondenty jsem před zahájením rozhovoru seznámila s tématem výzkumu a nejdůležitějšími okruhy, kterých se dané otázky týkají. Dané otázky pokládané při rozhovoru jsem v případě potřeby během rozhovoru rozšířila o otázky doplňující nebo dovysvětlila, na co se přesně ptám, pokud to bylo v rozhovoru třeba.

4.6 Reflexe etických rizik

Jak uvádí Heldl (2005) při kvalitativním výzkumu je třeba dbát u realizovaného rozhovoru na informovaný souhlas, nezatajování informací, poskytnout možnost odmítnutí a zachovat

potřebnou anonymitu. Před začátkem rozhovoru jsem všechny respondenty seznámila s cílem bakalářské práce, za jakým účelem rozhovor dělám a k čemu budou jejich odpovědi na dané otázky sloužit.

V úvodu rozhovoru jsem sdělila, že se jedná o anonymní rozhovor a v mé bakalářské práci se neobjeví jejich jména. Ujistila jsem je, že nahrávka bude pořízena výhradně pro výzkum bakalářské práce a použita pouze pro tyto účely a dotázala se, zda s tím takto souhlasí. Každý z respondentů souhlas ústní formou na začátku rozhovoru dal. Pouze jedna oslovená sociální pracovnice odmítla účast na rozhovoru právě z důvodu nahrávání.

S respondenty, se kterými jsem vedla rozhovor se znám osobně a tykáme si, což může mít vliv na větší otevřenost při probíhajícím rozhovoru. Při pokládání otázek jsem se však rozhodla zachovat formální podobu otázek a všem respondentům bez rozdílu při pokládání otázek vykat.

4.7 Analýza získaných údajů

Dva z rozhovorů, které jsem považovala za reprezentativní jsem doslovně přepsala, jsou součástí bakalářské práce, viz příloha. Stylisticky jsem rozhovor nijak neupravovala, abych zachovala jedinečnost odpovědí každého z respondentů. Jednotlivé odpovědi všech respondentů jsem vzájemně porovnávala a na základě podobností či spojitostí, které se vztahovaly ke konkrétním dílčím cílům jsem tvořila kódy.

Tabulka - přehled respondentů 2

Respondenti	Pohlaví	Profese	Doba působení v organizaci
R1	muž	Sociální pracovník	3,5 roku
R2	žena	Sociální pracovník	5,5 roku
R3	žena	Pracovník v sociálních službách	8 měsíců
R4	žena	Sociální pracovník	5 let
R5	muž	Sociální pracovník	10 let
R6	žena	Sociální pracovník	5 let

Motivace pracovníků vykonávat danou profesi

Na úvodní otázku, proč se sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách rozhodli svou profesi vykonávat, odpověděl R1, že ho lákalo propojení, protože byl v psychoterapeutickém výcviku, a proto se o tuto profesi zajímal. R2 se líbila šířka spolupráce s cílovou skupinou a také návaznou sítí. R3 má osobní zájem pracovat s touto cílovou skupinou, protože má zkušenost s duševním onemocněním ze svého prostředí. R4 popisuje, že jí něco chybělo v předchozím zaměstnání, a tak to zkoušela najít s touto cílovou skupinou. R5 na této práci zajímá zejména cílová skupina lidí s duševním onemocněním. R6 baví lidské příběhy a pociťuje, že této cílové skupině může něco dávat a zároveň jí to dává něco nazpět. Za hlavní považuje, že jí práce s cílovou skupinou baví.

U všech respondentů je patrný zájem o cílovou skupinu a práci, kterou vykonávají.

DVC1: Zjistit, jak v týmu funguje vzájemná spolupráce.

TO1: Jak jste spokojen/a s týmovou spoluprací multidisciplinárního týmu?

Každý z respondentů na tuto otázku odpověděl kladně. R1 uvádí: *„Ta myšlenka je podle mě jako skvělá. Já jsem byl i ve Skotsku přes ministerstvo na stáži ve Skotsku v multidisciplinárním týmu a tam to tak už fungovalo v 80. letech. Ta myšlenka, kde spolu rychle můžou spolupracovat psychiatr, psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník a třeba peer. V té komplexnosti a akčnosti mi připadá skvělý a hlavně, že ty profese se můžou obohacovat. A pak ty kompetence, jak sociálního pracovníka, tak i zdravotníka se kultivují a zvyšují. Prospěch z toho má klient.“* R1 vyzdvihuje hlavní myšlenku multidisciplinárního týmu a jeho výhody, z odpovědi vyplývá, že týmovou a mezioborovou spoluprací vnímá pozitivně, protože se jednotlivé profese mohou navzájem obohacovat, zvyšovat a kultivovat vzájemné kompetence ve prospěch klientů.

R2 uvádí, že jsou čím dál lepší a pracuje se jí dobře, v týmu umí používat kanály pro předávání informací. R3 tým vyhovuje a je ráda, že se v týmu rozdělí zodpovědnost. R4 je se spoluprací spokojená moc. R5 je také spokojen, líbí se mu složení z různých profesí a odborností a je díky tomu co nabídnout klientovi. R6 uvádí, že se velmi posunuli a před časem by si nemyslela, že tak různorodý tým může takto dobře fungovat.

TO2: Jak hodnotíte atmosféru v týmu?

V této otázce se odpovědi individuálně lišily. R1 hodnotil atmosféru hůře a přičítá to různorodosti profesí a v náhledu na to, co klient potřebuje, nalézt společnou cestu je „*spojený s nějakýma třecíma plochama, nějakýma konfliktama a s nějakou dobou, kdy se to musí jako cizelovat. Jo, protože to není sociální služba, není to zdravotní služba, je to sociálně zdravotní služba. To soužití prostě je na tom, než se obrousej hrany.*“ Z odpovědi vyplývá, že záleží na samotném týmu, jak se vyrovná s různorodostí profesí a odlišných názorových přístupů.

R2 říká, že dle vnitřních i vnějších okolností, ale že je atmosféra dobrá. R3 hodnotí atmosféru napjatě, ale přičítá to předvánočnímu času a zhoršení klientů. R4 říká: „*Kde je dobrý tým, tam je dobrá atmosféra.*“

R5 atmosféru hodnotí „*jak kdy, někdy je příjemná, uvolněná a tvůrčí. Někdy je ta atmosféra hektická, hlavně když se něco děje s klientama, a jsou krizová řešení, situace se několikrát za den mění, což může někomu do práce přinášet chaos.*“ R5 tedy reflektuje, že atmosféra v týmu úzce souvisí s aktuální klientskou situací a nutností dle jejich zdravotního stavu koordinovat tým a poskytování služby.

R6 uvádí, že atmosféra v týmu je dobrá jak kdy a přičítá to různorodému týmu skládajícímu se z různých profesí. Oceňuje zejména prostor a možnost spolu otevřeně mluvit nad různými tématy a otázkami.

TO3: Jaké máte vztahy se svými kolegy?

Každý z respondentů uvádí, že měl v týmu kladné vztahy. R1 uvádí, že má dobré vztahy s většinou svých kolegů. R2 uvádí, že „*změny, které proběhly, byly tak náročné že zahýbaly s tou vztahovou linkou. Nicméně to prostředí, které tady je, je natolik otevřený a partnerský i ta atmosféra a vztahy tomu odpovídají, jsou dobrý a na vysoké úrovni*“. Z odpovědi vyplývá, že přestože změny tým ovlivnily, díky vzájemné otevřenosti se povedlo zachovat dobré vztahy.

Dle R3 jsou vztahy v týmu nastaveny dobře a funkčně. R4 přičítá dobré vztahy vzájemné snaze a usilování o to, aby to fungovalo. R5 uvádí, že na profesionální úrovni má s ostatními dobré vztahy a s některými se přátelí i v osobní rovině. Dle R6 jsou vztahy v týmu dobré.

TO4: Jak se změnil tým v průběhu nové spolupráce?

Respondenti se v odpovědi na tuto otázku shodují, že tým se rozrostl o nové profese a celkový počet pracovníků se navýšil. Dle R1 a R4 k tak velké změně nedošlo, přibylo více pracovníků a nárok na koordinaci týmu.

R2 uvádí, že v průběhu času došli v týmu k tomu, že bude dobré tým rozdělit na dvě poloviny, pro snazší koordinaci týmu a rozhodlo se o vedoucím z každého týmu, což nám pomohlo zejména při začátku epidemie.

R5 říká, že při začátku epidemie pracovali v týmech odděleně, pokud se dostal jeden z týmů do karantény, neohrozilo to chod střediska a mohli jsme zachovat službu a poskytovat jí klientům i nadále. R6 a R3 uvádějí, že tohle nedokáží objektivně posoudit.

TO5: Opustil tým někdo z kolegů?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že tým se obměňuje průběžně. Dva z pracovníků přestoupili v rámci organizace do jiného střediska, jedna kolegyně se rozhodla odejít.

R1 uvádí: *„Tak ten tým se prostě obměňuje, to je přirozený. Já a jedna kolegyně jsme se rozhodli přestoupit v rámci organizace do jiného střediska.“* R2 uvádí, že v týmu dochází čas od času k personálním změnám. R3 a R5 uvádí, že ano.

Dle R4 silný tým ustojí i menší personální změny, které jsou přirozenou součástí každého pracovního kolektivu, ve větší či menší míře. R6 říká, že by uvítala, kdyby se tým neobměňoval tolik: *„Vyhovuje mi ta stálost, to zaškolování nových lidí je časově náročné.“*

Shrnutí DVC1

Z odpovědí respondentů vyplynulo, že spolupráci v týmu považují za funkční a jsou spokojeni s tím, jak spolupráce funguje. Každému z kolegů spolupráce poskytuje to, co v daném okamžiku potřebuje. I přesto, že tým prošel velkou změnou, sžívání nových profesí bylo někdy emočně nabitě, tak poskytuje tým otevřený a partnerský prostor, který pomáhá vše zvládnout, včetně obměny týmu.

DVC2: Zjistit, zda pracovník v období koronavirové epidemie vnímá zvýšenou psychickou, fyzickou či jinou zátěž.

TO6: Pociťujete při výkonu Vaší práce v období koronavirové epidemie častěji vyčerpání, stres nebo zvýšenou fyzickou zátěž?

R4 vůbec nepociťuje vyčerpání, R2 a R5 se shodují na tom, že vyčerpání nepociťují, a pokud ano, tak to nesouvisí s epidemií. R3 toto za sebe nedokáže posoudit.

R1 v první vlně nepociťoval vyčerpání, projevilo se až v pozdějším čase, zejména psychické vyčerpání, a přičítá to tomu, že pociťoval frustraci z toho, že se situace kolem koronaviru nezlepšuje, vlny se opakovaly a ovlivňovaly práci s klientem. Jako příklad uvádí: *„Jsem měl klienta, kterej byl uzavřenej doma, mezi čtyřma stěnama a před tou první vlnou se nám povedlo, že po, já nevím, 8 letech byl schopnej dojet autobusem sám. Pak do toho přišla první vlna, která nám to zhatila a začínali jsme od znova.“*

R6 uvádí, že zvýšenou zátěž pociťuje zejména na vedení týmu a koordinaci péče o klienty. *„Je to znát, je to určitě tady to období náročnější jak na to, vést tým, tak koordinovat péči o klienty. Hodně věci se jako ruší, mění, pracovníci jsou v karanténě nebo klienti jsou v karanténě.“*

TO7: Jak vnímáte současná vládní opatření v souvislosti s výkonem Vaší profese (testování, očkování)?

Většina respondentů současná vládní opatření nevnímá v negativním kontextu, ale považuje je za něco, co je potřebné a je tu pro jejich ochranu při práci a v kontaktu s klientem.

R1 Uvádí, že opatření vnímá jako ochranu okolí. Pozitivně hodnotí také to, že jako pracovník CPDZ je zapojen do prvních očkovacích vln. K začátku pandemie a opatřením zmiňuje, že dle jeho názoru jsou zdravotníci více mentálně vybaveni na takovéto situace související s epidemií.

Dle R2 je testování racionální krok i směrem ke klientům, protože někteří mohou být ohroženou skupinou. Povinné očkování může velmi ovlivnit sociální službu a její chod, doufám, že tu naši ne. R3 povinnost se očkovat nepovažuje za správný krok.

R4: *„Já chci věřit tomu, že přijímaná opatření jsou v zájmu lidí a zdraví, aby nás ochránila a zbrzdila nepříznivý vývoj, více do hloubky se tím nezabývám. Řeším věci, které mohou ovlivnit, změnit, takže chce věřit tomu, že opatření, která jsou přijímána jsou v našem zájmu.“*

R5 považuje současná opatření za ochranu a očkování považuje za potřebné. Není rád, že je nutné nosit respirátor. R6 uvádí, že nevnímá v současných opatřeních žádná omezení a zvykla si na ně.

TO8: Co Vám pomáhá zvládnout výkon Vaší profese v tomto období?

Odpovědi respondentů se shodují v tom, že jim pro zvládnání výkonu v období koronavirové epidemie pomohla především vzájemná týmová podpora a sdílení mezi kolegy.

Dle R1 je v tomto období důležitá kolegiální a sounáležitost s kolegy a možnost se o ně opřít. Také pociťoval oporu od klientů: *„Protože zároveň ty jejich osudy jsou těžké, jsou psychicky velmi jako nároční, tak ale míra zotavení nebo posunu těch klientů byla na takový úrovni, že mi to dodávalo energii a udržovalo při té práci“*

R2 pomáhala důvěra v tým a organizaci, ale zároveň nepociťovala větší tlak v souvislosti s koronavirovou epidemií, proto si vystačila s běžnými zvládacími mechanismy jako je supervize a týmová podpora.

Pro R3 byli také důležití kolegové a týmová podpora. R4 považuje za důležité mít v pořádku soukromý život, který jí dodává stabilitu při práci: *„Člověk se potom má o co opírat a tu stabilitu předávat dál a je potom pevný i na vykonávání náročnější profese.“*

R5 uvádí, že je to elán do práce a vnímání pocitu povinnosti lidem pomoci, protože pro klienty to může být daleko náročnější. R6 pro zvládnání náročného koronavirového období potřebuje organizaci práce a dělat si čas na odpočinek.

TO9: Je od Vás s epidemií koronaviru očekáváno rozdílné pracovní nasazení (vyšší/nížší) oproti období před epidemií? A pokud vyšší, v čem spočívá?

Odpovědi všech dotázaných respondentů se shodují v tom, že od nich není očekáváno rozdílné pracovní nasazení nebo by jejich pracovní nasazení nemuselo být vyšší, případně nižší. R6 považuje vyšší pracovní nasazení za něco, co není očekávané, ale je realitou i vzhledem k tomu, že současná situace trvá již dlouhou dobu.

R1 říká, že epidemie pomohla přesunout sociální službu do terénu. R2 uvádí, že nasazení není vyšší nebo nižší, ale pracuje se jinak. R3 uvádí, že toto nedokáže posoudit.

Dle R4 je důležité přemýšlet, do jakého prostředí pracovník jde, zda je zabezpečen všemi ochrannými prostředky, zda vyhodnotil dostatečně rizika jak pro sebe, tak s ohledem na klienta tak, aby nikdo nebyl zbytečně vystaven riziku nákazy.

R5: Uvádí, že práce za současné situace je pro něj stejná, jezdí však i za klienty nemocnými koronavirem. Uvádí také jeden příklad postoje klienty z praxe: *„Například jedna klientka mi říkala, že před kovidem se na ní lidi v autobuse divně koukali, že jezdila autobusem v rukavicích a štítla se dotknout sedačky a když začala pandemie, tak se tak vlastně chovala většina z nás.“* Novým se tedy může jevit současný postoj společnosti k tomu, co je považováno za „normální“ chování.

TO10: Objevily se u některého z kolegů psychické obtíže?

R1 na danou otázku odpovídá, že při začátku epidemie, mělo mnoho zdravotníků obavy z toho, jak se situace vyvine a jak zachovat poskytování služby a zároveň se nevystavovat přílišnému riziku.

Dle R2, R3 a R5 se neobjevily u nikoho z kolegů psychické obtíže, krom racionálních obav, jak danou situaci zvládnout. R4 odpovídá, že se snažili využít všechny dostupné zdroje podpory, ať už týmové nebo externí, aby k psychickým obtížím u nikoho z pracovníků nedocházelo.

R6 uvádí, že jedna kolegyně z týmu měla obavy při kontaktech s klienty s ohledem na možnost, že by se koronavirem mohla nakazit, byla v rizikové skupině osob: *„Proto jsme její potřeby považovali za racionální obavy a snažili jsme se v maximální možné míře zabezpečit a ošetřit možná rizika jak pro nás, tak pro klienty.“*

TO11: Všiml/a jste si, že by se u Vás nebo někoho z Vašich kolegů během pandemie koronaviru objevil syndrom vyhoření?

Dle odpovědí většiny týmu, se u nikoho z kolegů během pandemie neobjevil syndrom vyhoření. Pouze R6 uvádí, že jedna kolegyně měla při práci potíže, prožívala náročné období a následně se rozhodla pro změnu zaměstnání.

Tým se také shoduje na tom, že si je vzájemnou podporou a oporou při náročných situacích nebo těžkých klientských případech a díky silným týmovým vazbám je schopen včas zachytit signály, že něco s některým z kolegů není v pořádku a je třeba mu nabídnout pomocnou ruku.

R1 uvádí, že při opakujících se vlnách už na sobě cítil vyčerpání a objevovala se beznaděj z toho, že koronavirus blokuje spolupráci s klienty nebo neumožňuje takový posun, jaký by u klienta mohl být za běžné situace. R2, R3 a R4 si nejsou vědomi toho, že by někdo z týmu podobný stav prožíval. R5 uvádí, že pro každého z kolegů koronavirus přinesl nové životní situace, na které bylo třeba se adaptovat: „*Pro mnohé z nás to bylo velmi náročné, věřím ale, že to ustojíme.*“

TO12: Máte pravidelně supervizi? Je dle Vás dostatečně často?

Odpovědi všech respondentů se shodují, že supervize je v jejich týmu pravidelně a hodnotí, že je dostatečně často. Koná se 1x měsíčně a každý z respondentů supervizi považuje za funkční.

Shrnutí DVC2

Dle daných odpovědí na otázky, které se váží ke DVC2 vyplynulo, pracovníci nevnímají zvýšenou zátěž, která by souvisela s epidemií. Zároveň od nikoho z pracovníků nebylo očekáváno vyšší pracovní nasazení, které by mohlo ovlivnit vyčerpání nebo psychickou stránku, přesto ale někteří z pracovníků vnímají při své práci vzhledem k situaci zvýšenou zátěž.

Tým se shodl na tom, že prevence syndromu vyhoření, kterou je právě supervize, označil za funkční, dostatečně četnou a každému z pracovníků její forma vyhovuje. Dobrým nástrojem podpory jsou také metodické porady, které pomáhají zejména novým pracovníkům zvládnout těžké clientské případy.

Jedna z kolegů se začala potýkat s obtížemi při své práci, vyčerpáním a rozhodla se tým opustit a podala výpověď.

DVC3: Zjistit, jaké pracovníci vnímají rozdíly při výkonu své práce při epidemii koronaviru oproti běžnému stavu.

TO13: Spolupracujete i s dalšími organizacemi, psychiatrickými nemocnicemi? Pokud ano, s jakými?

Každý z respondentů uvádí, že organizace CPDZ spolupracuje s dalšími organizacemi i psychiatrickými nemocnicemi. Jedná se zejména o fakultní nemocnice, praktické lékaře, ambulantní psychiatry, PN Havlíčkův Brod, PN Hradec Králové, PN Žamberk, Kosmonosy, Sadská. Z organizací je to Poradna pro lidi v tísní (dluhová poradna) Magistrát, Laxus (duální diagnózy, lidé se závislostí v kombinaci s duševním onemocněním), Skok do Života, CPDZ (volnočasové aktivity), Azylový dům Matky Terezy, Salinger, Aufori.

R5: *„Máme koordinátora vstupu do služeb a kontaktuje každého s kým bychom mohli spolupracovat nebo spolupracovat klient a jdou za ní všechny kontakty.“*

TO14: Lišila se spolupráce při epidemii?

R1, R2, R5 a R6 se shodují v tom, že spolupráce mezi nimi a organizacemi se přesunula do online prostoru. Z důvodu epidemie tak byli pracovníci nuceni využívat nové platformy pro komunikaci a schůzky a spolupráce fungovala dál.

Dle R2 jsou pracovníci díky těmto možnostem více flexibilní. R3 uvádí, že se spolupráce nejvíce lišila s psychiatrickými nemocnicemi, protože ne vždy jim vycházeli vstříc. R4: k tomu dodává: *„Musíme zvažovat, zda je bezpodmínečně nutné, abychom tam chodili. Někdy je třeba se na tom předem domlouvat, objasňovat, zdůvodňovat.“*

R6: *„Nejvíce se lišila v době, když nějak vrcholila ta vlna pandemie. Z logických i důvodů se ty nemocnice uzavřely a v tu chvíli, bylo znemožněno nějak dělat naší práci, a to pomáhat klientům se z té ústavní péče dostávat ven, takže se prodlužovaly doby hospitalizace, protože lidi nemohli jezdit na propustky.“* R6 vidí největší rozdíl ve spolupráci při vrcholící pandemii, protože se uzavíraly psychiatrické nemocnice a bylo znemožněno pomáhat klientům vracet se z pobytové psychiatrické péče do přirozeného prostředí klientů.

TO15: V čem se liší výkon Vaší profese při probíhající epidemii oproti běžnému stavu?

R1 spatřuje náročnost zejména v zavádění nových opatření a nutnosti jejich sledování. Dle R2 bylo třeba začít užívat jiné komunikační nástroje a být více online. R3 vidí rozdíl zejména v tom, že se setkává s klienty na neutrální půdě.

R4 odpovídá, že se služba nezměnila a je pořád stejná. Je třeba se přizpůsobit situaci a dbát zvýšené bezpečnosti, což se shoduje s odpovědí R5. Je třeba s ohledem na karantény nebo nečekané nemoci dokázat flexibilně přizpůsobovat službu.

Dle R6 se lišila zcela určitě a považuje ji za jednu z nejméně výraznějších věcí, zejména pokud vrcholila vlna pandemie, zejména pokud docházelo k uzavírání nemocnic a bylo znemožněno pomáhat klientům při jejich propuštění domů.

Shrnutí DVC3

Z odpovědí respondentů vyplývá, že spolupráce s dalšími organizacemi i nadále pokračovala. Pracovníci pro svou práci začali více využívat online platformy. Náročnost ve výkonu profese se zvýšila zejména s ohledem na opatření, nutnost sledovat aktuální vývoj situace, omezení možnosti vstupu do psychiatrických nemocnic za klientem, nutnost realizace prvokontaktu online. Někteří pracovníci individuálně vnímají, že se pro ně příliš nezměnilo a vykonávaná práce je stále stejná.

DVC4: Zjistit, jak funguje spolupráce s klienty při probíhající epidemii.

TO16: Měli/mají klienti obavy z onemocnění koronavirem?

V odpovědi na tuto otázku se respondenti shodují, že někteří klienti obavy z onemocnění mají. R4 uvádí, že obavy z onemocnění mají všichni a není to něco, co je známkou klientů, což se shoduje s odpovědí R6. R3 si myslí, že většina klientů obavy měla, ale na situaci si zvykla.

R1 říká: „*Měl jsem jich několik takových, kteří to řešili, a ještě bylo špatná kombinace, když to nasedlo na onemocnění paranoidní schizofrenie, kdy ten člověk má strach z nějakých bakterií, virů a do toho nevycházel před kovidem a za kovidu prostě ten kontakt byl nižší, těžší, asertivnější. Takže určitě.*“ R1 poukazuje na to, že pokud klientům strach nasedl na onemocnění, byla spolupráce podstatně těžší.

Dle R2 je toto individuální a záleží na celkové zdravotním stavu, jsou to obvykle racionální obavy s ohledem na zdravotní stav. R5 se setkává i s takovými klienty, kteří na koronavirus nevěří.

TO17: Jak probíhala Vaše práce s klientem při koronavirové epidemii?

Z odpovědí na danou otázku vyplynulo, že spolupráce s klientem pro koronavirové epidemii se nijak výrazně nelišila. Kontakt probíhá s rouškami/respirátorem, s ohledem na opatření, převážně v terénu. Změna nastala s omezením skupinových aktivit, někteří pracovníci uvádí, že se změnila zakázky od klientů – nejednalo se už s takovou četností o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím nebo nalezení zaměstnání.

Spolupráce s klienty se také více přesunula do online prostředí nebo probíhala telefonicky. R1 uvádí, že online setkávání někteří z klientů hodnotí pozitivně: *„Protože ten online je nějaká jako bariéra, která je pod kontrolou. Je to vlastně i jejich prostředí.“*

Dle R5 se také jednalo se také o edukaci klientů o koronavirové situaci, pomoc se zajištěním ochranných pomůcek pro jeho potřebu, informování o aktuálně platných nařízeních, pokud neměl možnost se informace dozvědět jinak.

Při onemocnění nebo nařízené karanténě, pokud se o klienta neměl kdo postarat ho služba zabezpečila, zajistila nákupy a pravidelně s ním byla v kontaktu, zajišťovala potřebnou podporu. R6 uvádí: *„A taky když klient zůstal doma sám zavřenej, když byl zvyklý chodit pravidelně ven, na procházky a najednou koukal do zdi, takže pomoci mu zvládnout danou situaci.“*

Dále pracovníci zajišťovali klientům v nouzi potravinovou pomoc z Potravinové banky. Většina z respondentů uvádí, že se služba snaží o to, aby služba probíhala bez přerušení a stejným způsobem jako doposud.

R2 uvádí, že se spolupráce nijak výrazně nelišila, R3 zmiňuje naplnění volného času klientů. Dle R4 probíhá úplně stejně s dodržováním všech opatření.

TO18: Co nejvíce koronavirová epidemie ovlivnila při práci s klientem ve srovnání s obdobím před koronavirovou epidemií?

Pro každého z oslovených pracovníků znamenala koronavirová epidemie ve spolupráci s klientem něco jiného a odpovědi jednotlivých pracovníků na tuto otázku byly velmi odlišné.

R1 zmiňuje, že se jednalo především o formu a obsah setkávání. Klienti, kteří např. hledali práci, pro ně přestala být tato zakázka relevantní. Z hlediska prožívání R1 vnímá na klienty vliv, ale ne takový, jako by se dalo očekávat.

Dle R2 je to online forma, opatření a koronavirus se stal tématem, což uvádí také R5: „*Pro někoho téma do teď i životní náplň, kdy sleduje různé názory, prognózy, postoje, někdo z toho má i koníček, ač nepříjemný, protože se toho bojí.*“

Dle R4 je změna daná pouze vlivem opatření – nutnost mít roušky atp. Pro R3 je rozdíl ve spolupráci zejména při navázání vztahu při prvokontaktu, protože ne vždy nám umožní osobní setkání v PN, a online forma není schopna toto nahradit. R6 odpovídá, že to nedokáže plně posoudit.

TO19: Je o Vaše sociálně zdravotní službu zvýšený zájem oproti období před epidemií? A pokud ano, čím si to vysvětlujete?

Z jednotlivých odpovědí respondentů vyplývá, že zájem o službu je vysoký, ale většina pracovníků to považuje za obvyklý stav, který nesouvisí s epidemií koronaviru.

R1: „*Zároveň si myslím, že to zvedlo zájem u lidí, který nemaj až ta závažný duševní onemocnění, ale jsou to lidi s úzkostma nebo lehčíma depresema, který vlastně někde hledali vlastně jako pomoc, protože už toho na ně bylo moc ještě s tou pandemií.*“

Dle R2 se proměnila cílová skupina, oslovují CPDZ i lidé, kteří by tu službu nepotřebovali, jednalo se o zajištění nákupů nebo depotních injekcí. R3 a R6 toto nedokážou posoudit, R6 zájem o službu přičítá více faktorům. R4 toto nedokáže přesně určit, protože množství odmítnutých nebo přesíťovaných zájemců do doby vzniku CPDZ nebylo podrobně evidováno.

R5: „*Zájem o sociální službu byl vždycky vysoký a zůstal vysoký.*“

TO20: Uvádí klienti, proč se rozhodli oslovit Vás právě v tomto období?

R3 a R4 se shodují na tom, že primární důvod vstupu do spolupráce není souvislost s koronavirovou epidemií. R3: „Nesetkala jsem se s tím, že by to bylo ovlivněný dobou, že by to byl stěžejní důvod, proč s námi navázali spolupráci.“ R4: „Vyhledání pomoci to třeba uspiší, ale mnohdy ani ne.“ S čímž se shoduje odpověď R5: „Nevím, zda budu schopný toto kompetentně odpovědět, protože oni oslovují v první řadě naši koordinátorku vstupu, ale myslím, že to není primárně kvůli koronaviru“

R1, R2 a R6 se shodují na tom, že dochází častěji k tomu, že oslovují CPDZ lidé, kteří nejsou cílovou skupinou, potřebují např. jen zdravotní službu (aplikaci depotní injekce při karanténě) nebo jejich závažnost duševního onemocnění není tak velká, případně hledají psychologickou nebo psychologickou podporu, některé lidi je třeba přeměřovat na jinou pomáhající organizaci.

Shrnutí DVC4

Oblast spolupráce s klientem je zásadní náplní sociálního pracovníka v této organizaci a zároveň nejvíce problematickou ohledně epidemie koronaviru, kdy je nutné ošetřit možná rizika nákazy jak směrem ke klientovi, tak směrem k danému pracovníkovi.

Pracovníci daného střediska uvedli, že spolupráce s klientem byla zachována, služba je bez rozdílu poskytována nadále, pouze každý z nich dbal na nošení ochranných pomůcek, dezinfekci a testování, vyžadovala-li to epidemiologická situace.

Obavy z onemocnění koronavirem ze strany klientů nenarušovaly ochotu spolupracovat, pouze ovlivnil samotnou náplň spolupráce, nutnost některé klienty edukovat nebo ubezpečit. Zájem o sociálně zdravotní službu v tomto období se nijak neobvykle nezvýšil a klienti ani neuvádějí, že by důvod jejich zájmu o spolupráci souvisel s epidemií koronaviru

4.8 Shrnutí praktické části a doporučení

Výzkumného šetření v kvalitativním výzkumu se zúčastnilo 6 pracovníků v sociální oblasti. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jak sociální pracovníci zvládali vykonávat svou profesi při koronavirové epidemii. Na hlavní výzkumnou otázku: Do jaké míry epidemie koronaviru ovlivnila pandemie koronaviru výkon profese u sociálních pracovníků? Z odpovědí respondentů vplynulo následující:

Pracovníci se snažili zvládat svou práci stejně jako doposud i s ohledem na epidemii koronaviru bylo poskytování sociálně zdravotní služby zachováno v plném rozsahu.

Možnosti spolupráce jak s klientem, tak návaznými organizacemi se rozšířily o online prostředí. Každý z pracovníků reflektoval individuální spokojenost v týmu. Z odpovědí také vplynulo, že není od pracovníků očekáváno vyšší nebo naopak nižší pracovní nasazení, přestože někteří z pracovníků vyšší náročnost, s ohledem na epidemii, vnímají.

Obavy z onemocnění koronavirem ze strany klientů nenarušovaly ochotu spolupracovat, nebyl ani navýšen počet zájemců o službu a příslušní zájemci neuváděli spojitost koronavirové epidemie se svým zájmem o spolupráci s touto službou.

Tým se shodl na tom, že supervize v tomto týmu je funkční, dostatečně četná a každému z pracovníků její forma vyhovuje. Supervize je jeden z nástrojů prevence syndromu vyhoření a v tomto kontextu může být tedy velmi důležitým aspektem. Dobrým nástrojem podpory jsou také metodické porady, které pomáhají zejména novým pracovníkům zvládnout těžké klientské případy.

Z rozhovorů také vplynulo, že jedna z kolegyně se začala potýkat s obtížemi při své práci, a rozhodla se tým opustit a změnit práci. Tým se v průběhu času postupně obměňuje, pracovníci se však shodli na tom, že pracovní vazby kolegů jsou natolik pevné a vřelé, že jsou schopni si být vzájemně oporou, nabídnout si sdílení a otevřený prostor pro vyjádření se.

Výsledky tohoto výzkumu není možné generalizovat pro širší veřejnost vzhledem k nízkému počtu osob, které se zúčastnily výzkumné části. Myslím si, že je důležité věnovat se tomuto tématu více do hloubky a bylo by zajímavé udělat reprezentativní výzkum zabývající se tématem Syndromu vyhoření. Především je také důležité rozšířit povědomí o možnostech prevence nejen ze strany zaměstnavatele, ale také samotných pracovníků dané služby, protože je jednodušší předcházet negativním rizikům pracovního stresu, než čelit jejich důsledkům.

Z hlediska prevence syndromu vyhoření bych doporučila ze strany zaměstnavatele poskytovat svým zaměstnancům benefity (např. příspěvek na kulturu, sportovní aktivity, rekreační nebo wellness pobyty), podporovat a udržovat dobrou týmovou atmosféru například společnými akcemi, teambuildingem nebo nabídnout svým zaměstnancům tzv. sickdays, tedy dny volna, které mohou využít k odpočinku, necítí-li se dobře.

Pro zaměstnance by doporučením bylo nebrat si práci domů, věnovat se svým koníčkům a trávit čas s blízkými, dokázat si najít čas na odpočinek, věnovat se pravidelně pohybovým aktivitám, vzdělávat se a pracovat na svém seberozvoji, používat při kontaktu s lidmi asertivní techniky a dokázat požádat o pomoc, je-li to třeba.

Závěr

V bakalářské práci zaměřené na téma Syndrom vyhoření jsem se věnovala v teoretické části popisu syndromu vyhoření, možnostem pomoci a prevence. Další část teoretické části je zaměřena na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, specifikům práce s danou cílovou skupinou, přiblížení daných duševních onemocnění, se kterými se sociální pracovník organizace Centra péče o duševní zdraví nejčastěji setkává. Popsány jsou zde i organizace, které se věnují sociální práci s danou cílovou skupinou. Zahrnuta je v teoretické části také reforma psychiatrické péče.

V druhé, výzkumné části bakalářské práce, byl realizován kvalitativní výzkum formou rozhovoru s šesti pracovníky v sociální oblasti. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak pracovníci zvládali výkon své profese během epidemie koronaviru. Dílčí cíle byly zaměřeny na individuální spokojenost v týmu a týmovou spolupráci, spolupráci s dalšími organizacemi, vlivem koronavirové epidemie individuální na spolupráci s klientem a změny ve výkonu jejich profese.

Při interpretaci výsledků z kvalitativního šetření vyplynulo, že pracovníci se snažili zvládat svou práci i s ohledem na epidemii koronaviru. Poskytování sociálně zdravotní služby bylo zachováno v plném rozsahu. Pracovníci uvedli, že je pro ně při koronavirové epidemii důležitá týmová spolupráce, vzájemná podpora a sdílení. Pracovníci byli individuálně spokojeni s formou a četností supervize.

Téma syndromu vyhoření je někdy možná opomíjené téma, proto považuji za důležité o něm otevřeně mluvit a rozšiřovat povědomí o této problematice, příznacích syndromu vyhoření, pomoci a zejména prevenci, která může být klíčová v tom, zda syndrom vyhoření daného pracovníka postihne.

Seznam tabulek

Tabulka - Transformace DC do TO 1	33
Tabulka - přehled respondentů 2	37

Zdroje

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.

JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. *Interní supervize*. Vyd. 1. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-06-1.

JAROLÍMEK, Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: Příručka pro pacienty, jejich blízké a terapeuty*. Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2.

KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.

KLIMENT, Pavel. *Psychopatologie pro sociální pracovníky: studijní text pro kombinované studium*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3594-7.

MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0180-9.

MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

PEŠEK, Roman a Ján PRAŠKO. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. V Praze: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-00-8.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247_3553-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4082-9.

Internetové zdroje

ANIMA VIVA [online]. Opava, 2022 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.animaviva.cz/>

BONA, o.p.s. [online]. Solidpixels [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.bona-ops.cz/>

ČLS JEP, Psychiatrický společnost. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče* [online]. Galén, 2017 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

FOCUS Praha [online]. Praha, 2021 [cit. 2021-9-21]. Dostupné z: <https://www.fokus-praha.cz/>

Kaleidoskop [online]. 2022 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.kaleidoskop-os.cz/>

Mana, o.p.s. [online]. 2022 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://manaol.cz/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí: MPSV [online]. 2022 [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-info>

Na rovinu [online]. NUDZ, 2021 [cit. 2021-9-21]. Dostupné z: <https://narovinu.net>

Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 04.03.2022]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

Péče o duševní zdraví [online]. Pardubice, 2016 [cit. 2021-9-21]. Dostupné z: <http://www.pdz.cz/>

RIAPS Trutnov: Regionální institut ambulantních psychosociálních služeb [online]. Trutnov, 2021 [cit. 2021-9-21]. Dostupné z: <https://www.riaps.cz/cdz/>

SCHAUFELI, Wilmar. B. (2017). Burnout: A short socio-cultural history. In S. Neckel, A. K. Schaffner, & G. Wagner (Eds.), *Burnout, fatigue, exhaustion: An interdisciplinary perspective on a modern affliction*. Palgrave Macmillan. [online]. [cit. 17. 1. 2022]. Dostupné z: <https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/481.pdf>

Zákon o sociálních službách. In: . 2006, ročník 2006, číslo 108. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

Seznam příloh

Příloha A: Rozhovor s respondentem 1 57

Příloha B: Rozhovor s respondentem 1 63

Příloha A: Rozhovor s respondentem 1

Respondent 1

Tazatel: *„Dobrý den, jmenuji se Martina Žouželková, jsem studentka univerzity Hradec Králové, oboru Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností a tento výzkum slouží výhradně pro bakalářskou práci a nahrávka tohoto rozhovoru bude použita výhradně pro výzkumnou část. Souhlasíte?“*

Respondent: *„Souhlasím.“*

Tazatel: *„Děkuju a můžeme přejít k otázkám: Na jaké pozici pracujete?“*

Respondent: *„Teďka aktuálně jsem v Péči o duševní zdraví ve středisku Výměník, vedoucí chráněný kavárny, a předtím jsem 3,5 roku byl jako sociální pracovník v Centru duševního zdraví v Hradci Králové.“*

Tazatel: *„Jak dlouho v PDZ pracujete? A to už jste vlastně řekl. A co Vás vedlo k tomu tuto práci vykonávat?“*

Respondent: *„Pro mě bylo lákavý propojení. Já jsem nejdřív nastoupil do Péče o duševní zdraví, což ještě nebyl multidisciplinární tým jako je CDZ a pro mě ta cílovka byla lákavá, protože jsem byl i ve výcviku psychoterapeutickým, takže ta práce s lidmi s duševním onemocněním mi dávala smysl v osobním i odborným růstu.“*

Tazatel: *„Jak jste spokojen/a s týmovou spoluprací multidisciplinárního týmu?“*

Respondent: *„Za prvý, ta myšlenka je podle mě jako skvělá. Já jsem byl i ve Skotsku před ministerstvo na stáži ve Skotsku v multidisciplinárním týmu a tam to fungovalo už v 80. letech, takže máme skluz, dejme tomu, 40–50 let. Takže ta myšlenka je podle mě skvělá, kde rychle spolu můžou spolupracovat psychiatr, psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník a třeba peer. V té komplexnosti a akčnosti mi připadá skvělý a hlavně, že ty profese se můžou obohacovat. A pak ty kompetence, jak sociálního pracovníka, tak i zdravotníka se kultivují a zvyšují. Prospěch z toho má klient.“*

Tazatel: *„Jak hodnotíte atmosféru v týmu?“*

Respondent: *„No, to už trochu hůř. Myslím si, že když vznikají CDZ, tak vždy vznikají na nějaký platformě, a to buď zdravotnické při nějaké jako nemocnici, která propůjčí i personál zdravotnické anebo my jsme vznikli na platformě sociální jako ze sociální služby. Myslím si, že*

vlastně ten vznik je doprovázen střetem zdravotnického světa s tím jako sociálním, což je mnohdy jako dost odlišný v náhledu na to, co ten klient jako potřebuje. Kdo má tu pravdu, co je teda jako důležitější a tak dále. Vím, že prostě obě cesty jsou spojený s nějakýma třecíma plochama, nějakýma konfliktama a s nějakou dobou, kdy se to musí jako cizelovat. Jo, protože to není sociální služba, není to zdravotní služba, je to sociálně zdravotní služba, jo. To soužití prostě je na tom, než se obrousej hrany.“

Tazatel: *„Jaké máte vztahy se svými kolegy?“*

Respondent: *„Já jsem měl jako dobrý, s drtivou většinou. Myslím si, že jsem měl daleko lepší... Takhle to řeknu: Já jsem neměl problémy se zdravotníkama, protože jsem je respektoval, jak v odbornosti, tak v přístupu, ale ukazovalo se nám, že když vlastně sociální pracovník na vedoucí pozici a vedoucí psychiatra, tak to dost jakoby skřípe, protože... Hmm, zdravotníci jsou formováni nějakým jako způsobem a je tam víc autoritářskej nebo patriarchální přístup. Když se to skloubí s tím, že sociální pracovník není tak zkušeněj nebo nemá takové odborné schopnosti, tak to... vznikaj prostě konflikty.“*

Tazatel: *„Jak se změnil tým v průběhu nové spolupráce?“*

Respondent: *„Tým se rozrostl v momentě, kdy jsme se stali multidisciplinárním týmem. Přibyly nové profese a tým jako takový je prakticky jednou tak velký, než byl předtím.“*

Tazatel: *„Opustil tým někdo z kolegů?“*

Respondent: *„Tak ten tým se prostě obměňuje, to je přirozený. Někdo jde na mateřskou, někdo zjistí, že bych chtěl pracovat s jinou cílovkou. Já a ještě jedna kolegyně jsme se rozhodli přestoupit v rámci organizace do jiného střediska.“*

Tazatel: *„Pociťujete při výkonu Vaší práce v období koronavirové epidemie častěji vyčerpání, stres nebo zvýšenou fyzickou zátěž?“*

Respondent: *„Ehm. Myslím si, že v té první vlně vůbec ne, protože to jsme byli schopní dost věci řešit po telefonu. Všichni byli i jako vyděšený, takže hodně klientů vlastně jsme měli jenom po tom telefonu, protože osobní kontakt odmítali. Takže v té první vlně určitě ne a posléze asi jo, nějaký vyčerpání, ale i psychického rázu, který je vidět v celý tý společnosti, nějaká jako frustrace, že se to nelepší, že se opakujou vlny, že se vlastně zase jako věci, který se podařily v rozvoji klientů v rámci třeba... Jsem měl jako klienta, kterej byl uzavřenej doma, mezi čtyřma stěnama a před tou první vlnou se nám jakoby povedlo, že po, já nevím, 8 letech byl schopnej dojet autobusem sám. Samozřejmě, protože jsou různý stupně jako návyků, tak byl schopnej*

dojet z vesnice do města, a tak do toho přišla první vlna, který nám to zhatila. Pak jsme zase začínali jako od znova. Druhá vlna a myslím si, že jako v tomhle jsem vyčerpaní u sebe jako pociťoval. Že vlastně byly výrazný úspěchy a ten covid nám to vždycky jako vrátil. Jo. A fyzický jako vypětí jsem nepociťoval.“

Tazatel: *„Jak vnímáte současná vládní opatření v souvislosti s výkonem Vaší profese, testování, očkování?“*

Respondent: *„Tak u nás tím, že to je sociálně zdravotní služba, tak normálně. Tam sociální část trošku měla náhled, že zdravotníci moc jako plašej. V tom dodržování testů, v tom, jak by se měly věci ošetřovat tak, aby se snižovala a ta možnost přenosu nákazy, ale pak to bylo v prvních týdnech a pak jako všichni pochopili, že to je opravdu závažný. Myslím si, že ti zdravotníci na to byli víc jako vybavený mentálně, pro ně to nebyl problém, začali se nosit roušky, testovalo se. Pak čím dál tím víc jsme jezdili na testy antigenní do fakultní nemocnice. Očkování tím, že to bylo zdravotnický nebo sociálně zdravotnický zařízení, tak zdravotníci až na jednu výjimku s tím neměli problém. Vnímali to jako vlastně ochranu okolí a drtivá většina sociálních pracovníků vlastně jako taky. Mám pocit, že jsme to brali jako výhodu, že pracujeme v CDZ a že jsme i jako sociální pracovníci zapojení do prvních očkovacích vln. Tak jsem to vnímal já.“*

Tazatel: *„Co Vám pomáhá zvládnout výkon Vaší profese v tomto období?“*

Respondent: *„Tak já to vezmu zpětně. Co mi pomáhalo. Hmm. Nebylo to vedení, bylo to spíš jakoby nějaká jako kolegiální a nějaká sounáležitost s kolegy, že jsme si v tom multidisciplinárním týmu jako spolu a můžeme se o sebe opřít. A bylo to rozhodně opora od klientů. Protože zároveň ty jejich osudy jsou těžký, jsou psychicky velmi jako náročný, tak ale míra zotavení nebo posunu těch klientů byla na takový úrovni, že mi to dodávalo energii a udržovalo při té práci.“*

Tazatel: *„Je od Vás s epidemií koronaviru je od Vás očekáváno rozdílné pracovní nasazení (vyšší/nížší) oproti období před epidemií? A pokud vyšší, v čem spočívá?“*

Respondent: *„Já si myslím, že paradoxně ta epidemie pomohla k tomu, aby ty služby byly ve větší míře terénní. Jo, že vlastně najednou přestalo být zvykem si zavát do ambulance lidi a najednou bylo běžný, že ten zdravotník nebo sociální pracovník vyrazí do terénu. Myslím si, že ta míra té pohodlnosti, že je to prostě pohodlnější si pozvat jednoho, druhého, třetího, čtvrtého, ale myslím si, že ta pandemie tohleto nabourala, že to je strašně fajn.“*

Tazatel: *„Objevily se u některého z kolegů psychické obtíže?“*

Respondent: „*Na tom začátku epidemie mělo mnoho zdravotníků obavy, jak se situace vyvine a jak zachovat poskytování služby, a zároveň se nevystavovat přílišnému riziku. Část týmu si zase myslela, že zdravotníci jako moc zbytečně plašej, až pak se ukázalo, že je situace opravdu vážná. Tak jsme dodržovaly ty daný opatření, testovali se, každý z nás to prožíval víceméně odlišně, na psychiku každého z nás to určitě náročné bylo.*“

Tazatel: „*Všiml jste si, že by se u Vás nebo někoho z Vašich kolegů během pandemie koronaviru objevil syndrom vyhoření?*“

Respondent: „*Nevím, jestli přímo vyhoření, ale vyčerpání jsem u sebe postupem času pociťoval. Hlavně beznaděj z toho, že se situace nelepší, že přicházejí stále nové vlny, mutace, koronavirus blokuje spolupráci s klinety a neumožňuje tak posun, jakého by klient mohl dosáhnout za běžného stavu.*“

Tazatel: „*Máte pravidelně supervizi? Je dle Vás dostatečně často?*“

Respondent: „*Mívali jsme supervizi jednou za měsíc, tuším. Akorát ze začátku jsme to měli v tom velkém týmu, což bylo od samého začátku odkázaný k záhubě, protože prostě mít supervizi ve dvaadvaceti lidech si nemyslím, že jde zvládnout. Takže ta forma nemyslím, že byla vhodná.*“

Tazatel: „*Dobře. Spolupracujete i s dalšími organizacemi, psychiatrickými nemocnicemi? Pokud ano, s jakými?*“

Respondent: „*Tak spolupracovali jsme s Havlíčkovým brodem, spolupracovali jsme s klinikou psychiatrickou v Hradci králové a pak s Kosmonosy.*“

Tazatel: „*Lišila se spolupráce při epidemii?*“

Respondent: „*No, lišila. Ona přešla víc jako do online. Ze začátku, protože byly zakázaný schůzky, tak byla tendence to přesunout do toho onlinu. A nemůžu říct, jestli to bylo náma nebo tím prostředím nebo téma klientama, že to vlastně nějak úplně nezafungovalo. Že to fakt jako nenahradilo ten osobní kontakt.*“

Tazatel: „*V čem se liší výkon Vaší profese při probíhající epidemii oproti běžnému stavu?*“

Respondent: „*No, je to vlastně jako náročný v tom, že furt se zaváděj nějaký jako opatření, furt se to mění a je to takový jako svět se zbláznil. A vlastně v něčem my jsme nastoupili do toho vlaku klientů, kteří to mají vlastně jako furt. Takže tady pociťujeme dennodenně nápor, který oni maj denně, tak zažíváme jako i my. Takže v tý náročnosti asi jo.*“

Tazatel: „*Měli/mají klienti obavy z onemocnění koronavirem?*“

Respondent: „*Jo. Určitě nějaký procento klientů jo. Měl jsem jich několik takových, kteří to řešili, a ještě bylo špatná kombinace, když to nasedlo na onemocnění paranoidní schizofrenie, kdy ten člověk má strach z nějakých bakterií, virů a do toho nevycházel před kovidem a za kovidu prostě ten kontakt byl nižší, těžší, asertivnější. Takže určitě.*“

Tazatel: „*Jak probíhala Vaše práce s klientem při koronavirové epidemii?*“

Respondent: „*No tak s rouškama, s opatřením, v terénu ideálně. Když nebyla zima, tak na veřejném prostranství nebo v jeho přirozeném prostředí prostě, když k tomu byl svolnej. Hodně se vlastně skupinový aktivity se zatrhly, což jsem vnímal vlastně jako velkej problém. Chápu, že z epidemiologickýho hlediska to byla vlastně jako nutnost. Když se ten kolektiv nebo setkávání lidí s duševním onemocněním je nepřenositelnej do online. Takže to mi bylo líto. Zároveň někteří klienti za ten online, když to bylo jeden na jednoho, protože ten online je nějaká jako bariéra, která je pod kontrolou. Je to vlastně i jejich prostředí. Jsou doma, takže někomu to i mohlo vyhovovat. Rozhodně to bylo na škodu v těch skupinovejch aktivitách.*“

Tazatel: „*Co nejvíce koronavirová epidemie ovlivnila při práci s klientem ve srovnání s obdobím před koronavirovou epidemii?*“

Respondent: „*Já tý otázce vlastně nerozumím.*“

Tazatel: „*Dobře, zkusím otázku položit jinak. Čeho se práce s klientem nejvíce dotkla, co jste museli dělat jinak, když nastala koronavirová epidemie?*“

Respondent: „*Tak určitě ovlivnila formu toho setkávání. Jo a samozřejmě proměnila i obsah. Najednou jsme neřešili, že člověk chce někam docházet nebo že chce hledat práci, protože si pamatuju na případ, kdy jsme před kovidem byli s klientem, bylo několik stupňů a ten poslední byl, kdy jsme se dostali k tomu, že jsme jeli do chráněný dílny na exkurzi a pak do toho přišla pandemie a samozřejmě že ten obsah hledání práce tím byl pozastavenej, protože to zrovna byla práce, která byla vyspecifikovaná, že by zrovna jako šla, že by se mu třeba jako líbila, ale jiná forma tý práce nebyla z toho ranku, co by pro něj bylo vhodný. I obsahově mohla ta pandemie ty věci jakoby proměnit. Z hlediska toho prožívání bych řekl, že u těch klientů částečně pandemie ovlivnila, ale ne natolik, jako by se dalo předpokládat.*“

Tazatel: „*Je o Vaši sociálně zdravotní službu zvýšený zájem oproti období před epidemii? A pokud ano, čím si to vysvětlujete?*“

Respondent: „No, já bych řekl, že možná jo, ale nasedá to na to, že byla transformace, ubývání lůžek, tlak na to, aby lidi byli v přirozeném prostředí. Takže pak jako lidi, který by nemuseli být v nemocnici, byli propouštěný a o to víc byli v kontaktu s náma a ono to tak jakoby i nasedá na rozjedu transformace, tak po nějaký tý době přišla pandemie. Takže ono to zvedlo nějaký jakoby zájem. Zároveň si myslím, že to zvedlo zájem u lidí, který nemaj až tak závažný duševní onemocnění, ale jsou to lidi s úzkostma nebo lehčíma depresema, který vlastně někde hledali vlastně jako pomoc, protože už toho na ně bylo moc ještě s tou pandemií.“

Tazatel: „Uvádí klienti, proč se rozhodli oslovit Vás právě v tomto období?“

Respondent: „Tak ty, který by jinak nebyli propuštěný z těch nemocnic, tak ty to měli jasný. A jinak tím, že to je fakt pro závažný duševní onemocnění, tak to není úplně spojený s tou pandemií. Já jsem nezaznamenal jednoho jedinýho klienta, u kterýho by stres z pandemie vedl ke vzniku duševního onemocnění.“

Tazatel: „Dobře. Tak to je z mých otázek všechno. Já vám děkuji za Váš čas.“

Příloha B: Rozhovor s respondentem 1

Respondent 6

Tazatel: *„Dobrý den, jmenuji se Martina Žouželková, jsem studentka univerzity Hradec Králové, oboru Sociální práce s osobami se sníženou soběstačností a tento výzkum slouží výhradně pro bakalářskou práci a nahrávka tohoto rozhovoru bude použita výhradně pro výzkumnou část. Souhlasíte?“*

Respondent: *„Ano.“*

Tazatel: *„Děkuji a můžeme tedy přejít k otázkám. Na jaké pozici pracujete?“*

Respondent: *„Pracuju tak ze 2/3 jako vedoucí jednoho z týmu a zbytek jako sociální pracovnice v přímý péči s klientama.“*

Tazatel: *„Jak dlouho v PDZ pracujete?“*

Respondent: *„Hmm... Tak to jsem si měla připravit... 4 roky a potom jsem byla na mateřský, dejme tomu dva roky a teď tam jsem zpátky na plný úvazek tak rok.“*

Tazatel: *„Co Vás vedlo k tomu tuto práci vykonávat?“*

Respondent: *„No, asi jsem vždycky měla nějakou jako... Bavily mě lidský příběhy. Lidský osudy a nějak jsem jako cejtla, že práce s touhle cílovou skupinou, se kterou pracuju, že vlastně můžu já něco dávat, a zároveň mi to něco dává nazpátek a baví mě to, to je nejdůležitější.“*

Tazatel: *„Jak jste spokojen/a s týmovou spoluprací multidisciplinárního týmu?“*

Respondent: *„No, myslím, že jsem za ten teda rok, co můžu posoudit, ušli obrovské kus cesty. Předtím bych si nemyslela, jak ta spolupráce mezi odlišněma profesema může fungovat, takže v tomhle ohledu jsem jako velmi spokojená.“*

Tazatel: *„Jak hodnotíte atmosféru v týmu?“*

Respondent: *„Myslím si, že v rámci možností dobře. Asi tak jako to je, když jsou lidi různých profesí, různých názorů, ale přijde mi, že pořád nějak je jako prostor k diskuzi nad různěma otázkama, ať hodnotověma jako týmověma, takže v tomhle ohledu si myslím, že vlastně jako teď dobrý.“*

Tazatel: *„Jaké máte vztahy se svými kolegy?“*

Respondent: *(smích) „Já si myslím, že dobrý.“*

Tazatel: „*Jak se změnil tým v průběhu nové spolupráce?*“

Respondent: „*Určitě se rozšířil. Nastoupili noví pracovníci různých profesí a stali jsme se multidisciplinárním týmem.*“

Tazatel: „*Opustil tým někdo z kolegů?*“

Respondent: „*Ano. Ten tým se prostě postupně mění. Během několika let tu zůstane vždy jen několik stálých lidí. Mě vyhovuje mi spíš stálost, to zaškolování nových lidí je časově náročné.*“

Tazatel: „*Pocitujete při výkonu Vaší práce v období koronavirové epidemie častěji vyčerpání, stres nebo zvýšenou fyzickou zátěž?*“

Respondent: „*Myslím si, že jo. Posuzuju to asi jako i tým, že pracuju teďkon už jenom v tý pandemii, tak je horší to jaro a podzim a je to znát, je to určitě tady to období náročnější jak na to, vést tým, koordinovat péči o klienty. Hodně věcí se jako ruší, mění, ať pracovníci jsou v karanténě nebo klienti jsou v karanténě. Takže z tohohle toho pohledu si myslím, že náročnější to je. A no, asi tak.*“

Tazatel: „*Jak vnímáte současná vládní opatření v souvislosti s výkonem Vaší profese (testování, očkování)?*“

Respondent: „*Já v tom nevnímám vlastně žádný jako omezení nebo jsem si jako zvykla, takže to nedovedu posoudit, ale mě to nijak jako neomezuje.*“

Tazatel: „*Co Vám pomáhá zvládnout výkon Vaší profese v tomto období?*“

Respondent: „*Asi nějaká jako organizace práce, zároveň dělat si čas na odpočinek jako pěstovat si nějak v tom týmu dobrý a otevřený vztahy, prostor pro komunikaci, aby právě jsme mohli ty těžkosti nějak odkomunikovat. Takže v tomhle stavu supervize a dělat si čas i jako jenom na sebe.*“

Tazatel: „*Je od Vás s epidemií koronaviru očekáváno rozdílné pracovní nasazení (vyšší/nížší) oproti období před epidemií? A pokud vyšší, v čem spočívá?*“

Respondent: „*Já si nemyslím, že by bylo očekávaný, to si nemyslím, ani vyšší ani nižší, ale že to je nějaká realita, kterou zažíváme. Zažíváme jí, ať už ta epidemie je dlouhá, že jo není tady jako 10 let, ale furt přicházíme na něco nového, ale nemyslím si, že tam je nějaký jako očekávání nebo tlak zvenčí nebo shůry, z důly, že bysme měli víc nebo míň pracovat, to si nemyslím.*“

Tazatel: „*Objevily se u některého z kolegů psychické obtíže?*“

Respondent: „*No, jedna kolegyně vnímala obavy při kontech s klienty, protože byla v rizikové skupině. Takže jsme její potřeby považovali za racionální obavy a snažili jsme se v maximální možné míře zabezpečit a ošetřit možná rizika jak pro nás, tak pro klienty.*“

Tazatel: „*Všimla jste si, že by se u Vás nebo někoho z Vašich kolegů během pandemie koronaviru objevil syndrom vyhoření?*“

Respondent: „*No ona ta kolegyně, která se toho onemocnění obávala, tak jí to způsobovalo značné potíže, protože prostě při týchle práci jste v kontaktu s klientem a dalšími lidmi neustále, i přes všechna ta opatření a ochranné pomůcky tu to riziko, že se nakazíte, stále je. Pro tu kolegyni to bylo určitě dost náročné a ona se potom rozhodla odejít.*“

Tazatel: „*Máte pravidelně supervizi? Je dle Vás dostatečně často?*“

Respondent: „*Ted' už jo, díky Bohu. A myslím, že je dostatečně často.*“

Tazatel: „*Spolupracujete i s dalšími organizacemi, psychiatrickými nemocnicemi? Pokud ano, s jakými?*“

Respondent: „*Spolupracujeme nejvíc teda s Hradeckou klinikou, potom s nemocnicí v Havlíčkově Brodě, v Žamberku a v Kosmonosích.*“

Tazatel: „*Lišila se spolupráce při epidemii?*“

Respondent: „*Jo. To si myslím, že určitě lišila a myslím si, že to je i jedna z nejvýraznějších věcí. Zažili jsme velmi odlišný situace právě v té spolupráci právě v době, když nějak vrcholila ta pandemie nebo ta vlna. Bylo to v tom, že vlastně asi jako z logických i důvodů se ty nemocnice hermeticky uzavřely a v tu chvíli, když to řeknu jednoduše, nám bylo znemožněno nějak dělat naši práci, a to nějak jako pomáhat klientům, a to teda pomáhat klientům se z té ústavní péče dostávat ven, takže se prodlužovaly doby hospitalizace zbytečně kolikrát, protože lidi nemohli jezdit na propustky. Samozřejmě, že když byla karanténa, tak byla na celým jako oddělení a tak. Ale myslím si, zas na druhou stranu, že za ten jako rok, se v tom udávala změna, že i ty jako nemocnice už maj trošku jinej...nebo zjistily, že to takhle prostě nejde, že ten kovid tady asi chvíli bude, takže je to teď třeba lepší, než jako minulej rok, to zas jo, ale tak, no.*“

Tazatel: „*V čem se liší výkon Vaší profese při probíhající epidemii oproti běžnému stavu?*“

Respondent: „*No, to je to, co já nemůžu moc posoudit, protože jsem v CDZ nepracovala před epidemií, pracuju tam až za ten poslední rok, takže tohle bych nějak nerada posuzovala, protože nemám tu zkušenost.*“

Tazatel: „*Měli nebo mají klienti obavy z onemocnění koronavirem?*“

Respondent: „*Nemyslím si, že nějak jako výrazně víc, než běžná populace.*“

Tazatel: „*Jak probíhala Vaše práce s klientem při koronavirové epidemii?*“

Respondent: „*Ona probíhala prakticky...nebo snažíme se, aby probíhala prakticky stejně. Teda já můžu soudit podle toho, když třeba v létě nebyla žádná opatření nebo nevím, jestli to bylo léto nebo nějaké jako časovej úsek a moc se to nezměnilo, až na to, že teda pracujeme v plných ochranných pomůckách a u klientů, kteří jsou ...mají nějaký kombinovaný postižení v tom, že jsou jako nedoslýchavý nebo špatně hovoří nebo prostě jim je hůř rozumět, tak v tomhle to jako blokovaly ty respirátory a tak. Jo, teď nevím, jestli jsem ale odpověděla na otázku.*“

Tazatel: „*Řekla bych, že ano. Tak můžeme k další otázce: Co nejvíce koronavirová epidemie ovlivnila při práci s klientem ve srovnání s obdobím před koronavirovou epidemii?*“

Respondent: „*Jak jsem říkala, to nedokážu úplně posoudit.*“

Tazatel: „*Dobře. Je o Vaše sociálně zdravotní službu zvýšený zájem oproti období před epidemii? A pokud ano, čím si to vysvětlujete?*“

Respondent: „*Zase se mi posuzuje, přesto, že tohle to můžu mít nějak jako zprostředkovaně, ale tam je prostě velký rozdíl, že my jsme rok 2021 teda v ostrém provozu, kdy je velký rozdíl v tom fungování, než když jsme byli ...když ještě jsme nebyli v tom ostrém provozu předtím jako rokem. Takže tam je vícero faktorů.*“

Tazatel: „*Uvádí klienti, proč se rozhodli oslovit Vás právě v tomto období?*“

Respondent: „*Já si myslím, že nás oslovujou... Určitě nás oslovujou nějakí jako klienti, kteří potřebují víc třeba nějakou zdravotnickou službu, např. píchat nějaký depotní, teda psychiatrický léky, tak ty nás oslovujou víc. Pak si myslím, že nás více oslovujou lidi, kteří úplně nespádají do naší cílové skupiny a ta jejich závažnost duševního onemocnění není tak jako velká, aby splňovali cílovku, takže často choděj lidi, kteří získali nějakou psychologickou péči nebo mají různý úzkostný poruchy a ty vlastně se odkláněj, ti k nám do služeb většinou jako nejdou a nemyslím si a zase těžko se to porovnává, že nás více jako vyhledávali lidi přímo teda lidi, se kterými primárně pracujeme a splňují naši cílovou skupinu.*“

Tazatel: „*Tak jo. To je z mých otázek všechno a já děkuju za Váš čas.*“