

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

*Anna Bednářová*

*Etická dilemata sociálních pracovníků při práci  
s osobami závislými na alkoholu*

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Vlastimil Vohánka, Ph.D.

2020

## **Prohlášení**

*„Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedl/a v seznamu literatury.“*

V Olomouci dne 15.5.2020

Anna Bednářová

-----

## **Poděkování**

*Především děkuji vedoucímu mé bakalářské práce panu Mgr. Vlastimilu Vohánkovi, Ph.D., za jeho cenné rady a připomínky, které mi po celou dobu mého psaní poskytoval a pomohl mi tak k úspěšnému dokončení této práce.*

*Dále děkuji za ochotu a vstřícnost všem respondentům, kteří mi poskytli rozhovor a mohla jsem tak díky nim provést výzkumnou část. V neposlední řadě děkuji rodině a kamarádům za psychickou podporu, které se mi během psaní dostávalo.*

## Obsah:

Úvod .....	6
1 Závislost na alkoholu .....	7
1.1 Vznik závislosti .....	8
1.1.1 Biologická rovina .....	8
1.1.2 Psychická rovina .....	8
1.1.3 Sociální rovina .....	9
1.1.4 Spirituální rovina.....	10
1.2 Vývoj závislosti na alkoholu.....	10
1.2.1 Vývojová stadia závislosti dle Jellineka.....	11
1.3 Jak poznám, že jsem závislá?.....	13
1.3.1 Diagnostika dle K. Nešpora .....	13
1.3.2 Diagnostika dle E. M. Jellineka .....	14
1.4 Léčba závislosti na alkoholu.....	15
1.4.1 Anonymní alkoholici.....	15
1.4.2 Ambulantní péče .....	17
1.4.3 Lůžková péče .....	17
2 Etika v sociální práci.....	19
2.1 Etika.....	19
2.2 Morálka.....	20
2.3 Etický problém, etické dilema .....	21
2.4 Etický kodex .....	22
2.4.1 Etický kodex sociálních pracovníků ČR .....	22
3 Duševní hygiena .....	25
3.1 Komu je duševní hygiena určena? .....	26
3.2 Charakteristika kritérií duševního zdraví podle M. Jahodové .....	27
3.3 Syndrom vyhoření .....	28

4	Metodologie výzkumu .....	30
4.1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	30
4.2	Popis výzkumné metody .....	31
4.3	Popis techniky sběru dat .....	32
4.4	Popis výběru vzorku .....	33
4.5	Metoda transkripce a analýza dat .....	34
4.6	Průběh výzkumu .....	35
5	Prezentace výsledků .....	38
5.1	Etická dilemata sociálních pracovníků .....	38
5.2	Role osobních hodnot sociálního pracovníka při řešení etického dilematu .....	40
5.3	Pohlížení sociálních pracovníků na etický kodex a jiné nápomocné příručky během řešení etického dilematu .....	41
5.4	Klíčové faktory pro učinění konečného řešení etického dilematu .....	42
5.5	Vliv řešení etický dilemat na běžný život sociálních pracovníků .....	42
	Závěr .....	44
	Seznam použité literatury .....	46

## Úvod

Je všeobecně známo, že se každý sociální pracovník během své práce setkává, ať už častěji či výjimečně, s etickými dilematy. Jsou to situace, které nemají jednoznačně vhodné řešení, a proto tyto situace mohou být pro pracovníky psychicky náročné. Musí totiž zvážit všechny výhody či nevýhody a musí být vzhledem k situaci objektivní a nestranní. Vedle profesního života mají také život soukromý, ve kterém se věnují rodině, přátelům, nejrůznějším koníčkům a zájmům. Proto je důležité, aby pečlivě dbali o svoji psychohygienu a omezili tak možnost vzniku syndromu vyhoření.

Problematikou závislých lidí se zabývám již od střední školy, a proto je mi toto téma velmi blízké. Také se domnívám, že je tato tematika v oblasti sociální práce důležitá. Hlavním cílem této práce je zjistit, s jakými etickými dilematy se sociální pracovníci, kteří pracují s lidmi závislými na alkoholu, na svých pracovištích setkávají. Následně jsem chtěla být obeznámena s tím, jak etická dilemata řeší – jaké jsou klíčové faktory pro učinění konečného řešení. V neposlední řadě jsem se zaměřila na to, jakým způsobem jim řešení těchto situací zasahuje do běžného života. Výsledky z mého výzkumu pak budou nápomocny jiným sociálním pracovníkům, kteří se nacházejí v podobné situaci.

V práci nejdříve přiblížím samotné téma závislosti na alkoholu. Jak taková závislost vzniká, jaké jsou její fáze, podle čeho lze závislého člověka diagnostikovat a jak probíhá léčba. V úvodu další kapitoly se zaměřím na etiku a morálku jako celek. Následně podrobněji popíšu etická dilemata a etický kodex sociálních pracovníků, který s nimi úzce souvisí. Jak jsem zmínila výše, celý tento proces se odráží i na psychice sociálního pracovníka. Z toho důvodu jsem se ve třetí kapitole zaměřila na téma duševní zdraví a na syndrom vyhoření, který se v oblasti pomáhající profese vyskytuje poměrně často.

V druhé části bakalářské práce jsem se zaměřila přímo na výzkum, jehož cílem je upozornit na etická dilemata sociálních pracovníků. Dále jsem popsala metodologii výzkumu. Ten jsem uskutečnila na základě kvalitativní analýzy, konkrétně techniky polostrukturovaných rozhovorů. Na závěr jsem popsala samotný průběh výzkumu a představila jsem konečné výsledky, které mi při analýze jednotlivých rozhovorů vyšly.

## 1 Závislost na alkoholu

S konzumací alkoholu se v dnešní době setkává každý z nás. Málokdo si však uvědomuje, že se člověk může stát na alkoholu velmi rychle závislým, a ještě méně si uvědomuje to, jak velký dopad to může mít na jeho život. Závislost na alkoholu (dříve užíván termín alkoholismus) je onemocnění, které má dopad nejen na závislého jedince, ale také na jeho rodinu a okolí.

Vzhledem k tomu, že jsem se v práci zaměřila na lidi, kteří jsou na alkoholu závislí, v následujících řádkách čtenářům pro lepší pochopení podrobněji přiblížím problematiku závislosti na alkoholu.

Podle J. Hellera, O. Pecinovské a kol. (1996, str. 83): *„Závislost je tedy choroba mající ve své kolébce nezodpovědnost a neukázněnost, která se vyvíjí postupně, velmi obtížně se léčí a nezřídka končí předčasnou smrtí za dramatických okolností zasahující především rodinu.“* Jak autoři uvedli, jedná se tedy o opravdu závažné onemocnění, které může pro závislého jedince skončit velmi špatně.

Jednoznačně souhlasím s výše uvedenou definicí – pro rodinu je to skutečně náročné období. Když jsem na toto téma mluvila s lidmi, kteří mají/měli kolem sebe závislého člověka na alkoholu, všichni se shodli na tom, že to je pro rodinu a nejbližší okolí velký problém. Kolikrát nevěděli, jak přesně se závislým jedincem mluvit nebo co konkrétně změnit, aby se situace začala zaobírat jiným (lepším) směrem. Obzvláště těžké to mají děti/dospívající, kteří mají tento problém s rodiči. Aby se závislý jedinec vyléčil, musí to chtít především on sám.

*„Závislost na alkoholu – převážně je chápána jako onemocnění, které se postupně rozvinulo u původně zdravého jedince, vykazuje řadu příznaků, dle nichž je možno tuto diagnózu stanovit.“* (Řehan, 2007, str. 23) Stejně jako kterákoliv jiná nemoc, tak i závislým na alkoholu se člověk nestane ze dne na den. Je to dlouhodobý proces, během kterého můžeme u jedince pozorovat několik příznaků a začít tak s řešením celé situace co nejdříve.

Podle O. Matouška (2016, str. 254) je závislost: *„Stav, v němž se člověk není schopen obejít bez určité látky, případně činnosti. Má obvykle jak stránku fyzickou, tak psychickou i sociální.“* Jak se v pozdějších kapitole mé práce dozvíme, tak závislost může vést opravdu až k omezování každodenních činností a k zanedbávání osobních základních potřeb. Když je člověk v posledním stádiu závislosti, všechno ostatní jde zkrátka stranou.

## **1.1 Vznik závislosti**

Ne všichni lidé, kteří pijí alkohol, se stanou závislími. Proto je dobré (nejen pro sociální pracovníky) vědět, kdy a kde taková závislost může vzniknout. Protože se ve své práci závislostí zabývám, ráda bych poukázala na to, kde celá tato nemoc vzniká.

Zatím neexistuje jasně daná příčina, podle které by se poznalo, který člověk bude mít větší sklony k závislosti. Existuje však několik faktorů, které tuto skutečnost ovlivňují. Mohou to být např. genetické (vrozené) sklony užívat alkohol, jedinec začne pít kvůli psychickým problémům, které zrovna má nebo zkrátka užívá alkohol, aby zapadl do svého okolí a necítil se ostrčený. V případě, že se člověk stane závislým, dojde ke změně na úrovni neurobiologie člověka (Kalina, 2003, str. 91).

Stejný autor se také zaměřil na vznik závislosti na základě čtyř jednotlivých úrovní – biologická, psychická, sociální a spirituální.

### **1.1.1 Biologická rovina**

V téhle rovině je prozatím pouze jeden podložený předpoklad pro vznik závislosti na alkoholu. V případě, že jsou rodiče daného jedince alkoholicí, je mnohem vyšší pravděpodobnost, že se i jejich dítě stane na alkoholu závislé (Royce dle Kalina, 2003, str. 91). Dítě, které má rodiče závislé, je mnohem odolnější vůči pití alkoholu. Nemá problém s tím, když alkohol odezní (nemá tzv. kocoviny), vydrží mnohem déle pít než jeho kamarádi, tím pádem potřebuje více alkoholu, aby to mělo na jeho tělo nějaký dopad. Čím více a čím častěji však bude alkohol pít, tím rychleji může dojít ke vzniku závislosti (Kalina, 2003, str. 91 – 92).

Mezi další činitele je možné zařadit např. užívání alkoholu matky během těhotenství (v jaké míře a jak často se nenarozené dítě již v prenatálním období setkávalo s alkoholem) nebo jiné faktory během porodu, kupříkladu jestli jí byly podávány psychotropní či tlumivé látky (Kalina, 2003, str. 91 – 92).

### **1.1.2 Psychická rovina**

Stejně jako v předchozí rovině, tak i v psychické oblasti hraje důležitou roli průběh těhotenství. Jeden z faktorů je to, zdali matka prožívá těhotenství bez stresu a jiných obtíží, zdali užívala nějaké tlumené látky, apod. Všechno, co prožívala matka během těhotenství, přenášela také na



plod. Nemalý význam má také samotný vývoj dítěte, uspokojování jeho potřeb a v případě potřeby, jestli se dostalo dítěti včasné a odpovídající pomoci (Kalina, 2003, str. 92).

Spadají sem také všechny psychické problémy, kvůli kterým daný jedinec začne pít. Má pocit, že mu to pomáhá, a proto dochází k častějšímu užívání alkoholu a může se u něj rozvíjet závislost. Zajímavostí také je, že ačkoli má alkohol na začátku antidepresivní efekt, postupně dochází přesně k opačnému výsledku. Po dlouhodobějším užívání alkohol začne způsobovat depresivní a úzkostné stavy (Kalina, 2003, str. 92).

### **1.1.3 Sociální rovina**

Oproti dvěma předchozím rovinám se sociální oblast zaměřuje i na ostatní ovlivňující faktory, nikoli pouze na důvody závislého jedince. Hraje zde velkou roli všechny sociální činitele, jako např. rasa jedince, z jaké pochází rodiny, zdali bydlí na vesnici či ve městě, apod. Opět se zde opakuje vzorec situace, že v případě, že se jedinec vyskytuje v blízkosti závislého člověka, s největší pravděpodobností začne alkohol užívat taky. Není to z důvodu genetických predispozic, ale z toho důvodu, že jedinec bývá často vystaven nepříjemnému tlaku a zneužívání (fyzického i psychického) od závislého. Z toho důvodu začne užívat alkohol taky. Stejně jako v kapitole 1.1.2 může mít poté pocit, že tak minimalizuje své problémy (Kalina, 2003, str. 92 – 93).

Jak jsem výše zmínila, je spousta faktorů, které tuto rovinu ovlivňují. Další velmi významný faktor jsou naši vrstevníci. Člověk není uzpůsoben tomu žít jako samotář. Naopak chce být ve společnosti, mít kamarády a důležitý je pocit, že někam patří. Z toho důvodu někdy spousta z nás dělá věci, které bychom jinak nedělali. Spadá sem i užívání alkoholu. Chceme zapadnout, mít kamarády, tak proč bychom se s nimi občas nenapili. Když jsem byla na praxi v Nízkoprahovém denním centru, tak mi bylo řečeno, že je tohle rizikové obzvlášť u dětí a dospívajících. Ti netuší, jak využít svůj volný čas, a tak se toulají po městě se svými kamarády. Konkrétně na mé praxi s užíváním alkoholu a jiných návykových látek souviselo i to, že to byly děti ze sociálně vyloučených lokalit, na kterých se odsuzování ostatních dětí podepsalo takhle. Důležité je tyto věci včas podchytit a děti nějak zaměstnat, protože i taková situace směřuje ke vzniku závislosti, která může mít špatný konec (Kalina, 2003, str. 92 – 93).

### 1.1.4 Spirituální rovina

V této rovině jde především o to, že se jedinec snaží dosáhnout hlubšího pocitu. Může postrádat svůj smysl života, a tak zkouší nejrůznější varianty, jak by ho mohl znovu najít. Na spiritualitu a vnitřní poznání sebe sama se zaměřila skupina Anonymních alkoholiků (viz kapitola 1.4.1). Hlavním cílem ve spirituální oblasti není se přidat k církvi či vyznávat nějakou konkrétní víru. Jde především o to, uvědomit si smysl života a nezažívat pocity prázdnoty (Kalina, 2003, str. 93 – 94).

Uvedením všech čtyř rovin možného vzniku závislosti jsem chtěla poukázat na to, že závislost nevzniká pouze kvůli jedné konkrétní oblasti. Naopak to je to mnohdy propojení jednotlivých oblastí lidského života, a proto se na vzniku mnohdy podílejí všechny čtyři roviny zároveň.

### 1.2 Vývoj závislosti na alkoholu

S alkoholem se do kontaktu dříve či později dostane každý z nás. Podle J. Hellera, O. Pecinovské a kol. (1996, str. 15): *„Přibližně každému desátému člověku působí pití alkoholu občas nějaké potíže, ale jeho problémy s pitím se nestupňují. U některých lidí se problémy s pitím začnou časem stupňovat a ničit jejich základní životní hodnoty – pak hovoříme o závislosti na alkoholu. Do této situace dospějí asi 3% populace. Jen část z nich vyhledá léčbu, ostatní se v podstatě upíjejí za progredující degradace.“*

Propuknutí závislosti na alkoholu je u každého jedince zcela odlišné. Existuje celá řada faktorů, které vznik závislosti ovlivňují. (šance na vznik závislého jedince...) Ovšem šance, že se člověk stane závislým, se zvyšuje tím, v kolika letech jedinec začne pravidelně užívat alkohol a v jaké míře ho užívá (Heller, Pecinovská a kol., 1996, str. 15).

Je také důležité si uvědomit, že se člověk nestane závislým ze dne na den. Stejně jako u jiných nemocí, i zde jsou určitá stádia, kterými jedinec prochází. Pro sociálního pracovníka je užitečné jednotlivá stádia znát, protože čím dříve si člověk přizná, že je závislým, tím dříve může začít léčba a může se tak předejít nepříjemným událostem. Pro lepší pochopení každého stádia jsem si vybrala autora E. M. Jellineka, který se touto problematikou zabývá.

### 1.2.1 Vývojová stadia závislosti dle Jellineka

E. M. Jellinek byl americký psychiatr českého původu, který popsal jednotlivé fáze vzniku závislosti. Chvilu trvá, než se u jedince závislost plně vyvine. Na základě toho Jellinek (In Heller, Pecinová a kol., 1996, str. 16 - 19) stanovil čtyři vývojová stadia závislosti:

1. *stadium: iniciální, počáteční* – jedinec v tomto stádiu, ať už vědomě či nevědomě, pije především kvůli tomu, že se pod vlivem alkoholu cítí lépe, než když je střízlivý. Většinou to souvisí s tím, že má nějaké osobní problémy, které mu alkohol „pomáhá“ řešit. Pomalu a jistě svoji dávku alkoholu navyšuje, a s tím roste i touha dát si alkohol častěji. V tomto stádiu jedinec, který alkohol požívá, nemá hladinu alkoholu v krvi vyšší jak 0,5‰. Člověk v tomto stádiu však není ještě nemocný a úplné závislosti nemusí propadnout.
2. *stadium: prodromální, varovné* – ve druhé fázi se výrazně zvyšuje touha po alkoholu a s ní i jeho tolerance. Jedinec je proti každodenní dávce imunní a pro dosažení příjemné nálady, kterou díky alkoholu má, potřebuje mnohem více. Čím dál více se stává, že to člověk s alkoholem přežene a může se o něj projevit tzv. palimpsest (krátkodobý výpadek paměti). Tento výpadek může někdy nastat i poté, co daný jedinec vypije pouze malé množství alkoholu. Jeden z dalších příznaků je také pití o samotě a hlavně nenápadně, aby ho nikdo neviděl. Člověk se za své pití stydí, má pocit nejistoty a studu, má pocit, že by měl nad alkoholem zvítězit, a tak pije dál, aby si dokázal, že to má všechno pod kontrolou. Čím více však pije, tím rychleji se může stát závislým. Stejně jako u prvního stadia, tak ani zde ještě nejde o nemoc.
3. *stadium: krucální, rozhodné* – jedinec, který se nachází v této fázi, potřebuje čím dál větší dávky alkoholu, aby se dostal do té správné příjemné nálady, kvůli které pije. Nicméně v tomto stadiu je již za dobrou náladu považován takový stav, kdy je člověk viditelně opilý. Protože je jeho tolerance alkoholu velmi vysoká, jedinec se domnívá, že má své pití pod kontrolou a ví, kdy má přestat. Tato domněnka je však mylná a snaha o konzumaci alkoholu bez opití se je bez výsledku. V této fázi již dochází k tzv. změně kontroly v pití, což znamená, že došlo ke změně v metabolismu a odezva těla na alkohol je zcela jiná. V tomto případě je potřeba začít abstinovat a s alkoholem skončit úplně, protože i malá dávka jakéhokoliv alkoholu může v jedinci vyvolat touhu se okamžitě opít. Člověk má čím dál větší pocity viny a studu, ztrácí zájem o své koníčky, záleží mu

na tom, co si o něm myslí ostatní, často vyvolává konflikty a je agresivní. Během této fáze jedince nejde o to se opít, ale chce mít pocit, že má pití alkoholu pod kontrolou. Což však už nemá, takže se vždy opije a celý kolotoč začne znovu. V případě potřeby je schopen delší dobu abstinovat, ale to jen kvůli svému okolí. Je mu zcela jedno, co konkrétně pije. Jde mu pouze o to, aby něco pil. Člověk už je opravu závislý, avšak si stále neuvědomuje, jak závažné to je a že je potřeba vyhledat odbornou pomoc co nejdříve.

4. *stadium: terminální, konečné* – v případě, že je člověk jednoznačně méně dnů střízlivý než opilý, přichází čtvrté, tedy poslední stadium. To se projevuje především tak, že se člověk napije hned po ránu. Většinou jde o tzv. „vyprošťovák“, aby závislému pomohl překonat nepříjemný stav po včerejším pití. Ačkoli je původní myšlenka ta, aby mu bylo lépe, jakmile si dá, byť jen skleničku, touha po alkoholu se navrátí a jedinec pije celý den. Tohle je poměrně zamotaný kruh, který může trvat i několik dní vkuse. Jelikož je jedinec již v zoufalé a bezvýchodní situaci, kdy je na alkoholu opravdu závislý, vyhledává různé možnosti, jak se alkoholu napít (pití technických prostředků, např. kolínská voda). Alkohol je pro něho jednoznačnou prioritou. Všechny ostatní hodnoty a povinnosti, jako starání se o děti či o domácnost, chození do práce, apod. jdou stranou. Lidé, nacházející se v této situaci, jsou většinou natolik bezradní, že začnou vyhledávat odbornou pomoc.

### 1.3 Jak poznám, že jsem závislá?

Jeden z nejdůležitějších kroků při léčbě závislosti na alkoholu je přiznat si, že je člověk závislý. Existují různé druhy závislosti, které jsou odlišně závažné. Při posuzování daného jednotlivce je tedy nutné, aby ten, kdo posuzuje, dokázal mezi jednotlivými druhy závislosti vidět rozdíl.

Na toto téma se zaměřil J.L. Johnson (dle Millerová, 2011, str. 61), který radí všem, kteří se do situace posuzování druhé osoby dostanou, aby se při diagnostikování zaměřili na osm důležitých zásad, které jim pomohou jednat v co nejlepším zájmu klienta:

- 1. Pamatujte na jedinečnost každého klienta a jeho příběhu.*
- 2. Snažte se klienta do procesu zhodnocení aktivně zapojit.*
- 3. Každého klienta se zeptejte na užívání nebo problémové užívání drog a podle toho postupujte dál.*
- 4. Obeznamte se s rozdílem mezi užíváním, problémovým užíváním a závislostí.*
- 5. Uvědomte si, že ne každý, kdo užívá návykové látky, se stane závislým.*
- 6. Nezapomínejte, že stejnou teorii chemické závislosti nelze aplikovat na každého klienta.*
- 7. Vytvořte si přístup, jehož prostřednictvím budete při léčbě schopni reagovat na řešení specifických potřeb klienta.*
- 8. Dávejte pozor na své vlastní projekce do osob, které užívají.*

Jak jsem již v úvodu mé práce zmínila, je důležité rozpoznat, kdy už se jedná o závislého člověka. Jelikož cíl bakalářské práce se týká právě závislých lidí, tato kapitola se zaměřuje na samotné diagnostikování závislosti. Kapitola má také za úkol čtenářům přiblížit, jak lze diagnostikovat závislého člověka. Pro lepší pochopení a objektivnější názor jsem si vybrala dva autory, kteří se diagnostikováním závislosti zabývají.

#### 1.3.1 Diagnostika dle K. Nešpora

Karel Nešpor (2006, str. 16) ve své knize uvedl tři základní rozdělení závislosti na alkoholu.

- 1. Rizikové užívání alkoholu – tento typ je ze všech tří nejmírnější. Jde o občasnou konzumaci alkoholu, při které nedošlo k žádnému zranění či zdravotním komplikacím. V případě, že by jedinec konzumoval alkohol ve stejné či větší míře i nadále, mohlo by dojít k fyzickým či psychickým problémům.*

2. *Škodlivé užívání alkoholu* – zde může mít člověk pocit, že ho pití alkoholu nijak neomezuje či nemá vliv na jeho zdraví, avšak se mýlí. V této fázi alkohol již nějak naše zdraví ovlivňuje.
3. *Závislost na alkoholu* – ta lze diagnostikovat například na základě dotazníků.

### 1.3.2 Diagnostika dle E. M. Jellineka

Kromě čtyř stádií závislosti se E. M. Jellinek Morton Jellinek (In Řehan, 2007, str. 51 – 52) zabýval i diagnostikováním závislosti na alkoholu, kterou rozdělil do pěti hlavních typů:

1. *typ Alfa* – spadají sem lidé, kteří mají nějaké psychické problémy. Patří sem tedy především lidé, kteří mají nějaké trápení či starosti, a tak si zajdou někam na skleničku. Vzhledem k tomu, že jde pouze o občasné popíjení, které je spojeno s řešením těžších životních situací, které nejsou trvalé, nedochází u těchto lidí k trvalé závislosti.
2. *typ Beta* – domnívám se, že s tímto typem se setkala většina z nás. Typ Beta je spojen především s pitím alkoholu někde ve společnosti (na večírcích, s kamarády v hospodě, pracovní příležitosti, apod.). Jde o to, že konkrétní jedinec nepotřebuje nezbytně pít, ale ocitá se na místech, kde se to od něj očekává, takže se s ostatními napije. Může zde dojít k občasnému abúzu (tj. nadměrné konzumaci alkoholu), avšak ani zde se nestává, že by u jedince vznikala závislost.
3. *typ Gama* – tento typ převažuje hlavně u mužů. Stejně jako typ Beta, tak i typ Gama je propojený především se sociálním okolím, avšak s tím rozdílem, že zde u jedince dochází i k vnitřní touze pít alkohol. V tomhle případě může docházet k pomalému růstu závislosti na alkoholu.
4. *typ Delta* – oproti předešlému typu Gama, který převládá především u mužů, typ Delta se vyskytuje primárně u žen. Typ Delta bývá někdy označován jako alkoholická toxikománie. Jedinec popíjí záměrně o samotě, aby ho nikdy neviděl. Konzumace alkoholu bývá v pravidelných intervalech. Ze začátku jde o úmyslné pití, aby se člověk dostal do stavu, který mu alkohol navodí. Později mu to však nestačí, ztrácí kontrolu a může se objevovat intoxikace.
5. *typ Epsilon* – někdy také označován jako kvartální pití či dipsomanie. Z mírného pití se najednou stává pití časté a problémové. U jedince tohoto typu dochází k nadměrné

konzumaci alkoholu velmi často a dlouhodobě (až na několik dní či týdnů). Kvůli pití zanedbává své ostatní každodenní povinnosti jako např. chození do práce, často utíká od své rodiny a je schopen se kvůli pití zadlužit.

## **1.4 Léčba závislosti na alkoholu**

Tak jako každá nemoc, tak i člověk, který je závislý na alkoholu se své závislosti může zbavit. Každý závislý jedinec o tom rozhoduje sám a záleží tedy pouze na něm, zda léčbu podstoupit chce či nikoliv. Každý má právo na svobodné rozhodnutí. Jediná výjimka je v případě, když soud stanoví nucenou léčbu. To se může stát tehdy, když závislý jedinec provedl trestný čin, ohrožoval výchovu dětí či zcela narušoval osobní svobodu (Heller, Pecinovská a kol., 1996, str. 84).

*„Alkoholik je nemocný a proto se musí léčit. Léčí se jen sám kvůli sobě (=svému onemocnění), ne kvůli svému okolí. Nemoc se rozvíjí léta, léčba proto musí být také dlouhodobá.“* (Řehan, 2007, str. 104)

Důležitý fakt je to, že ačkoli se jedinec pro léčbu rozhodne, je to teprve začátek těžkého boje. Nejdříve ze všeho si musí uvědomit, že mu léčba nepomůže odstranit touhu po alkoholu, ani jeho kladný vztah a postoj k pití. Samotný proces léčby mu pomůže se uzdravit a očistit, takže nebude mít žádné příznaky závislosti. Nicméně poškození, díky kterému dochází k problému s kontrolou pití, to nevyléčí. Je proto důležité, aby byl závislý jedinec připraven na to, že musí zanechat užívání alkoholu. Nesmí si dát ani malou dávku a musí abstinovat již celý život (Heller, Pecinovská, 1996, str. 83).

Tuto podkapitolu zde zmiňuji především z toho důvodu, že dva z pěti mých respondentů pracují v psychiatrických nemocnicích, kde se závislí lidé léčí. Existuje však několik dalších služeb, které se na léčbu závislých lidí specializují. Všechny služby spolu úzce spolupracují, a proto jsem se rozhodla je v následujících podkapitolách popsat podrobněji.

### **1.4.1 Anonymní alkoholici**

Anonymní alkoholici (neboli AA) je považována za jednu největší a nejúspěšnější svépomocnou skupinu. Ačkoli v dnešní době má poměrně velký úspěch, dříve byly postupy této skupiny považovány za nedostatečně odborné a brány jen jako vedlejší východisko (Řehan, 2007, str. 102).

Pro tuto svépomocnou skupinu je typické 12 kroků, na základě, kterých úspěšně funguje již dlouhou dobu. Tyto kroky znázorňují určité vodítka, které pomáhají lidem, kteří se snaží s pitím alkoholu přestat (Millerová, 2011, str. 241).

*„Ačkoli je řeč modelu 12 kroků jazykem laiků a ne profesionálních psychologů či jiných vědců, je jazykem bohatým a vyčerpávajícím, vztahujícím se k mnoha fyzickým, psychologickým, sociálním a duchovním aspektům člověka.“ (Rotgers, 1999, str. 17)*

Dvanáct kroků dle G. Millerová (2011, str. 241) zní:

- 1. Přiznali jsme svoji bezmocnost vůči alkoholu – naše životy začaly být neovladatelné.*
- 2. Dospěli jsme k víře, že síla větší než naše může obnovit naše duševní zdraví.*
- 3. Rozhodli jsme se předat svoji vůli a svůj život do péče Boha, tak jak ho my sami chápeme.*
- 4. Provedli jsme důkladnou a nebojácnou morální inventuru sami sebe.*
- 5. Přiznali jsme Bohu, sami sobě a jiné lidské bytosti přesnou povahu svých chyb.*
- 6. Byli jsme zcela svolni s tím, aby Bůh odstranil všechny tyto naše charakterové vady.*
- 7. Pokorně jsme ho požádali, aby naše nedostatky odstranil.*
- 8. Sepsali jsme listinu lidí, kterým jsme ublížili a kterým to chceme nahradit.*
- 9. Rozhodli jsme se provést tyto nápravy ve všech případech, kdy to okolnosti dovolí, s výjimkou situací, kdy by jim nebo jiným toto počínání uškodilo.*
- 10. Pokračovali jsme v provádění osobní inventury, a když jsme udělali chybu, pohotově jsme ji přiznali.*
- 11. Pomocí modlitby a meditace jsme zdokonalovali svůj vědomý styk s Bohem, jak jsme ho chápali, a modlili se pouze za to, aby se nám dostalo poznání jeho vůle a síly ji uskutečnit.*
- 12. Výsledkem těchto kroků bylo, že jsme se duchovně proudili a v důsledku toho jsme projevíli snahu předávat toto poselství ostatním alkoholikům a uplatňovat tyto principy ve všech našich záležitostech.*

*„Facilitace programu 12 kroků je časově omezenou intervencí (12 až 15 sezení). Je relativně strukturována a zaměřuje se na čtyři úkoly. Zahrnuje také krátký souběžný program pro lidi, kteří mají s pacienty blízký vztah, a volitelný program zahrnující práci s tématy spojenými s léčbou, jehož se účastní pacienti podle pokroku dosaženého v základním programu.“ (Rotgers, 1999, str. 35)*



Anonymní alkoholici fungují na principu facilitace. Na sezení se nachází terapeut (facilitátor), který skupinu vede. Je to však člověk, který měl kdysi rovněž problémy s pitím a byl na alkoholu závislý (Řehan, 2007, str. 102). Jde tedy především o to, že tahle skupina nijak nesouvisí s odbornou pomocí. Schází se zde pouze lidé, kteří stále jsou nebo byli závislí na alkoholu a pomoc spočívá v tom, že si poskytují rady a vzájemně se mezi sebou podporují (Kurtz dle Millerová, 2011, str. 240).

### **1.4.2 Ambulantní péče**

V ambulantní péči jde především o to, aby pracovníci byli schopni pacientovi pomoci a on přitom mohl normálně fungovat ve svém běžném životě. Existuje spousta možností, jak může být ambulantní péče provozována. Mohou to být poradny pro pacienty a jejich blízké, psychiatrické ordinace, pedagogicko-psychologické poradny, apod. (Řehan, 2007, str. 106).

Oproti lůžkové péči (viz kapitola 1.4.3) je zde čas spíše negativním faktorem. Na jednoho klienta je ho pouze omezené množství, a proto je velmi důležité, aby ho pracovníci využili co nejefektivněji. Další možná přítěž pro pracovníky může být velké množství klientů během krátkého časového úseku. Je důležité, aby každému pacientovi mohli dát skutečně co nejvíce ze svého času, aby ho dostatečně vnímali a dali mu jisté pochopení. Z toho důvodu to pro ně někdy může být psychicky velmi náročné (Řehan, 2007, str. 106 - 107).

### **1.4.3 Lůžková péče**

Na rozdíl od ambulantní léčby má lůžková péče výhodu v tom, že lékařům a dalším pracovníkům daného zařízení umožňuje hlubší možnost pozorování pacienta a větší časovou možnost s ním pracovat. Na druhou stranu je velmi důležité, aby spolu ambulantní a lůžková péče spolupracovali. Spousta klientů nechce být na dlouhou dobu někde zavřená, a proto nejdříve zkouší ambulantní léčbu. Když v ní však neuspějí, nezbude jim už nic jiného než zkoušet poslední možnost (Řehan, 2007, str. 113).

V případě, že má závislý člověk zájem o dlouhodobější léčbu a snaží se o větší efektivitu, je zde možnost využít formu ústavní (lůžkové) péče. Je to péče, při které závislý člověk (pacient) pobývá na nemocničním lůžku po delší dobu. Rozhodnutí podstoupit tuto léčbu je opět dobrovolné. Minimální doba léčby, která by měla pro závislého význam je 4 až 6 týdnů. Tohle je potřebná doba pro tzv. detoxikaci (očistění těla od drogy). Nicméně komplexní krátkodobá

léčba by měla být v rozsahu 3 až 4 měsíců, poté by měl pacient navštěvovat doléčovací programy či ambulantní služby. Stanovit potřebnou dobu léčby je velmi těžké, protože každý člověk je jiný a léčba je provázána s mnoha dalšími službami, které závislým pomáhají (Heller, Pecinovská a kol., 1996, str. 86).

## 2 Etika v sociální práci

Vzhledem k tomu, že sociální pracovníci pracují s lidmi, kteří od nich potřebují pomoc, je velmi důležité, aby pracovníci nezneužívali svého „vyššího“ postavení. Nikdy nevíme, kdo se do tíživé sociální situace může dostat, a proto je nezbytné, abychom ke všem klientům přistupovali rovnocenně, s úctou a s respektem. Nejednou jsem se během praxí setkala s tím, že pracovníci dávali svým klientům jasně najevo, kdo má nad kým „převahu“ a pomáhali jim velmi neochotně. Narušovali lidskou důstojnost klientů a nechovali se k nim s úctou a respektem. Na základě této osobní zkušenosti se domnívám, že etické jednání hraje v sociální práci významnou roli.

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat etická dilemata sociálních pracovníků, se kterými se na pracovištích nejčastěji setkávají. Když jsem se pracovníkům snažila tuto otázku přiblížit, tak jsem k podrobnějšímu vysvětlení použila slova jako etika (viz kapitola 2.1) či morálka (viz kapitola 2.2). O těchto pojmech jsme se bavili v souvislosti s etickými dilematy, a také v kontextu etického zacházení s klienty/pacienty. Z toho důvodu jsem rozhodla tyto pojmy zařadila i do teoretické části, abych čtenářům přiblížila, s čím etická dilemata vlastně souvisí.

### 2.1 Etika

Každý z nás už během svého života použil slovo etika. Často toto slovo spojujeme s hodnotícím prvkem – když je něco dobré nebo naopak špatné. Podle V. Gluchmana (1994, str. 3): *„Dobro, zlo, správne, nesprávne patria k základným kategoriám etiky a pojmom, ktoré tvoria základnú štruktúru pojmového aparátu používaného v morálke.“*

O. Matoušek a kol. (2003, str. 21) definuje etiku takto: *„Etika (z řeckého ethos – mrav, zvyk, obyčej, charakter) je teorií morálky, vědou o morálce jako stránce života společenského člověka, o původu a podstatě morálního vědomí a jednání.“* Jde tedy o zkoumání morálky daného jedince a o nalezení příčin jeho morálního jednání.

Podobnou podstatu etiky definoval V. Gluchman (1994, str. 3): *„Podle môjho názoru etika je humanistická nauka zaoberajúca sa skúmaním mravných aspektov konania, správania a rozhodovania mravného subjektu.“* z toho vyplývá, že se podle tohoto autora etika zaměřuje především na mravní hlediska při rozhodování v určitých situacích a na běžné chování jedinců.

Autor J. Jankovský (2018, str. 26 – 27) propojuje etiku s filozofií. Popisuje svoji teorii, že základy pro etiku postavili staří Řekové, konkrétně Aristoteles. Ten se díky svému dílu *Etika Nikomachova* podle autora zasloužil o položení základů pro etiku jako vědu. Tvůrce také poukazuje na to, že si někteří lidé mylně zaměňují pojmy etika a morálka. Jsou to dva odlišné pojmy, mezi kterými je značný rozdíl. Podle J. Jankovského (2018, str. 27): *„Pokusíme-li se etiku definovat, pak lze říct, že je filozofickou vědou o správném způsobu života, vycházející z racionálních přístupů a snažící se nalézt, popřípadě i zdůvodnit společné a obecné základy, na nichž morálka (předmět etiky) stojí.“*

K myšlenkám předešlého autora má blízko i tvůrce I. A. Bláha, který ve své knize *Ethika jako věda* rozlišuje 4 vývojová období etiky jako vědní nauky. V současné době (ethika doby přítomné) autor dochází k závěru, že dnešní myšlenky a nápady jsou založeny již na dávno vyřčených teoriích (Bláha, 1991, str. 7). Taky podle I. A. Bláhy (1991, str. 33): *„...základní myšlenky dotyčných filosofů jsou pravdivé a správné a že jen od zbytečností a omylů musí být očištěny, snad i tu a tam zlepšeny, zdokonaleny...“*

## 2.2 Morálka

Jak jsem zmiňovala v předchozí podkapitole – etika a morálka spolu úzce souvisejí. Někteří autoři morálku považují za předmět etiky jako vědní nauky. Stejně jako již zmíněný výraz etika, tak i pojem morálka je užíván v každodenním životě velmi často.

Slovo morálka pochází z latinského *mos* – původně vůle, zákon, charakter či vnitřní podstata. *„Je to systém regulativů lidského jednání, který je založen na rozlišení správného a nesprávného, schopnosti rozlišovat dobro a zlo a v těchto intencích jednat...“* (Matoušek a kol., 2003, str. 21-22) z morálky dále vychází určité hodnoty, které nás mohou ovlivnit v mnoha směrech. Hodnota je něco, co je pro nás osobně velmi významné, a proto mohou ovlivňovat naše chování či rozhodování (Matoušek a kol., 2003, str. 21-22).

Morálku můžeme chápat také jako vůli. Vůli dodržovat jasně daná pravidla, které jsou psané určitými odborníky. Důležité je si uvědomit, že ačkoli jde o posuzování chování daného jedince na základě těchto pravidel a kritérií, nemůže být v případě nedodržování nikterak soudně stíhaný. Z toho důvodu se rozlišují se dva termíny – normy morální a právní (Jankovský, 2018, str. 29).

Právní normy jsou zřízeny autoritami a v případě nedodržení může jedinec dostat pokutu. Zatímco morální normy se v průběhu své existence pořád vyvíjí a mění. Vždy záleží na dané společnosti a na tom, jaké hodnoty, pravidla či názory zrovna považuje za přiměřené jejich době. Jedinec se snaží tyto normy dodržovat, čímž si také vytváří svoji sociální identitu (Jankovský, 2018, str. 29). „*Morálka hodnotí lidské chování z hlediska dobra a zla, a to v porovnání s lidským svědomím. Morální neboli mravně dobré je to jednání, jež je ve shodě se svědomím jednajícího.*“ (Jankovský, 2018, str. 29)

### 2.3 Etický problém, etické dilema

I přesto, že se tyto dva pojmy zdají být totožné, je v nich určitý rozdíl. Tak jako v běžném životě, tak i lidé v pomáhajících profesích často stojí na křižovatkách nelehkého rozhodování.

Banksová (dle Matoušek a kol, 2003, str. 24) tyto dva pojmy rozlišuje následovně:

*Za etický problém se považuje situace, kdy pracovník ví, jak by se měl správně zachovat, avšak je to v rozporu s jeho vnitřními osobními hodnotami. Např. když by chtěl pracovník klientovi poskytnout pomoc (ví, že by tu pomoc potřeboval), ale vzhledem ke stanoveným pravidlům organizace mu ji poskytnout nemůže.*

*Zatímco etické dilema je taková situace, kdy pracovník stojí před dvěma či více nepřijatelnými možnostmi. Každé z těchto východisek je morálně nepřijatelné a pracovník se musí rozhodnout pro tu možnost, která bude v konečném důsledku vhodnější.*

„*Dilema – nutnost volby mezi dvěma vzájemně se vylučujícími možnostmi.*“ (Klimeš, 2005, str. 121) z toho vyplývá, že se musí vybrat mezi dvěma rozdílnými situacemi, při kterých ani jedno řešení není zcela vhodné. Proto je důležité si nejdříve uvědomit, zdali možnosti nemůžeme sloučit, čímž bychom dospěli k vhodnému kompromisu a taky jestli je to naléhavé dilema, kterému se nemůžeme nějak vyhnout či jeho vyřešení nechat na později (Musil, 2004, str. 36).

Byla jsem opravdu překvapená, když mi respondenti během rozhovoru řekli, že nemají nejmenší tušení, co myslím slovním spojením etické dilema. Myslela jsem si, že je to něco, s čím se každý pracovník během své práce setkává. Když jsem pro podrobnější vysvětlení použila definici autorky Banksové (1995), dva z pěti respondentů mi řekli, že takové situace se jim na pracovištích nestávají a vždycky ví přesně co mají dělat. Domnívám se, že buď

pracovníci dostatečně nepochopili moji otázku nebo pracují už tak dlouho, že se nad takovými věcmi již vůbec nepozastavují.

Autor Fleck–Henderson (In Musil, 2004, str. 36) popisuje tři hlavní příčiny, proč sociální pracovníci neřeší etická dilemata:

1. *Důsledek morální necitlivosti* – pracovník nechápe morální podstatu určité situace.
2. *Jasně stanovené priority* – pracovník má jasně stanovené priority, které vedou k jasné stanovenému závěru.
3. *Rutina* – v případě, že se z jednoho etického dilematu stane běžná rutina, může tím u pracovníka dojít k odstranění morálních zásad.

## **2.4 Etický kodex**

Jak jsem zmínila již na začátku druhé kapitoly, někteří pracovníci se ke klientům chovají povýšeně a nerespektují jejich lidskou důstojnost. Proto je velmi důležité, aby pracovníci byli dobře seznámeni s etickým kodexem organizace, ve které pracují. Kromě obeznámení se s etickým chováním vůči ostatním, je to také vhodná forma získání jiného nadhledu v případě řešení etického dilematu.

### **2.4.1 Etický kodex sociálních pracovníků ČR**

První pokusy o sepsání kodexu spadají do 30. let 20. století. K první verzi etického kodexu došlo až v roce 1976, a poté byl ještě roku 1988 Mezinárodní federací sociálních pracovníků přepsán na finální verzi. L. Gulová (2011, str. 40) uvádí, že v konečném kodexu je popsáno 9 principů sociální práce, které právě tuto práci utvářejí:

1. *Nezávislost*
2. *Osvobození od represe a podřadných životních podmínek*
3. *Protidiskriminační přístup*
4. *Demokracie a lidská práva*
5. *Spoluúčast klientů*
6. *Ochrana integrity klientů*
7. *Sebeurčení*
8. *Odpor proti násilí*
9. *Osobní zodpovědnost*

*„Závazek k respektování etiky sociální práce je základním aspektem kvality výkonu sociální práce. Etické povědomí je zásadní a neoddělitelnou součástí profesní činnosti každého sociálního pracovníka.“<sup>1</sup>*

Etický kodex sociálních pracovníků ČR<sup>2</sup> se zaměřuje na pět základních oblastí, se kterými by měl být pracovník jasně obeznámen. Jednotlivé kategorie jsou:

1. *Hodnoty sociální práce*

- lidská důstojnost,
- sociální změna,
- sociální rovnost,
- mezilidské vztahy,
- a v neposlední řadě mlčenlivost a diskrétnost.

2. *Etická zodpovědnost*

- etická zodpovědnost ke klientovi sociální služby,
- etická zodpovědnost k zaměstnavateli,
- etická zodpovědnost ke kolegům v sociální práci,
- etická zodpovědnost k profesi a odbornosti sociálního pracovníka,
- etická zodpovědnost ke společnosti.

3. *Etické problémy a dilemata*

4. *Závaznost etického kodexu*

5. *Závěr*

Výše zmíněné oblasti mohou sociálním pracovníkům během jejich práce často pomoci. Zároveň je důležité si uvědomit, že ačkoli to tak na první pohled nevypadá, někdy se mohou jednotlivé oblasti dostat do střetu s pravidly organizace, což může vést k dalším překážkám (Matoušek a kol, 2003, str. 43).

Etické kodexy úzce souvisí s etickými dilematy, a to zejména v situacích, kdy může dojít ke střetu mezi hodnotami etického kodexu a konečným řešením etického dilematu. Vzhledem

---

<sup>1</sup> *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)

<sup>2</sup> *Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20svaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf)

k tomu, že etický kodex hrál určitou roli při výzkumné části, přišlo mi vhodné ho zde čtenářům podrobněji přiblížit.



### 3 Duševní hygiena

Spousta lidí přesně neví, co si pod pojmem „duševní hygiena“ přesně představit. Není to až tak užívané slovní spojení, avšak péče o naši mentální hygienu je velmi důležitá, a to nejen pro život sociálních pracovníků. Jde o vědní disciplínu, která je propojena se sociologií, psychologií a s lékařským vědním oborem. Zaměřuje se především na vytvoření dobrých a zdravých návyků pro život, dobrou péči o svoje duševní zdraví, podporu odolnosti jedince vůči negativním jevům, které se zasahují do jeho života a na podporu prevence vzniku duševních nemocí (Křivohlavý, 2001, str. 143).

Pro naplnění jednoho z vedlejších cílů, kterým bylo zjistit, jak etická dilemata působí na psychiku sociálních pracovníků, jsem zvolila výzkumnou otázku zabývající se přímo duševním zdravím. Z toho důvodu jsem se rozhodla pro lepší přehled pojem duševní zdraví podrobněji popsat.

L. Míček (1984, str. 9) ji definuje: *„Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Tento systém se v naší době pozvolna konstituuje v duševní hygienu jakožto novou vědní disciplínu.“* Tento autor duševní hygienu bere jako jasné dané rady, které nám pomohou dosáhnout lepšího duševního zdraví a vnitřní rovnováhy.

Autoři P.Hartl, H. Hartlová (2015, str. 199) mají velmi podobný názor, co přesně duševní hygiena je: *„Hygiena duševní – h. mentální, psychohygiena; obor, kt. se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duš. poruch a nemocí; pomáhá k tomu soubor opatření a postupů, jak těchto cílů dosáhnout; k hlavním patří životospráva, zdravotní výchova, poradenství --> alkoholismus, nemoc duševní, patologie sociální, porucha, psychiatrie sociální, toxikomanie, závislost, zdraví.“* Jsou to tedy nějaké základy pro dobrý a zdravý život.

Zatímco autor M. Frýba se na pojem duševní zdraví kouká zcela z jiného hlediska – abidhammy. *„Abidhamma je eticko-psychologický systém vědění používaný již dvacet pět století jako podklad buddhistických technik školení mysli, meditace, psychohygieny a psychoterapie.“* (Frýba, 1991, str. 15) Taky podle M. Frýby (1991, str. 125): *„Psychohygiena je péče i duševní zdraví. V praxi psychohygieny jde o pěstování těch dovedností, těch způsobů prožívání, myšlení a jednání, které přispívají k realistickému a harmonickému vedení každodenního života. Psychohygiena je vpravdě umění žít šťastně.“* Oproti předchozím autorům

se zaměřuje i na samotné prožívání života, nikoli pouze na zdravotnickou stránku. To, že jsme zdraví, ještě nutně neznamená, že jsme v našem životě i šťastní.

### 3.1 Komu je duševní hygiena určena?

Pečovat o své duševní zdraví by měli všichni lidé, bez ohledu na to, jakou práci vykonávají.

Výzkum prokázal, že existují konkrétní postupy, které jedinci pomůžou prožít úspěšnější a produktivnější život, a to nejen v profesní oblasti. Ze všeho nejdříve je důležité se zaměřit na základní věci jako dostatek spánku, cvičení, dobré jídlo a udržování nejbližších přátelství. Studie v oblasti pozitivní psychologie potvrzuje, že tyto základy mají velký dopad na každodenní štěstí jedince, nemluvě o jeho zdraví a energii. Je proto velmi důležité o svoje duševní zdraví začít pečovat dostatečně brzy, protože je prokázáno, že asi 20% lidí ve dvaceti letech má nějaký druh duševního zdraví.<sup>3</sup>

V této kapitole chci poukázat na to, že ačkoli pracovníci mohou mít pocit, že jim nic nehrozí a jsou na tom duševně dobře, i přesto by psychohygienu neměli zanedbávat. Během rozhovorů mi jeden respondent řekl, že se o svoji psychohygienu starat nemusí, protože to nepotřebuje. Domnívám se, že je v zájmu každého člověka, aby o své duševní zdraví pečoval.

Psycholog a autor Libor Míček (1991, str. 13) ve své knize *Duševní hygiena* popsal tři skupiny lidí, komu je duševní hygiena přímo určena:

1. *Lidem, kteří jsou zdraví* – to jsou lidé, kteří mají zcela nepatrné náznaky nějaké duševní nepohody. Je to tedy skupina, do které spadají převážně duševně zdraví jedinci. V případě, že se budou řídit radami pro udržení a zlepšení své duševní hygieny, bude jejich život ještě kvalitnější a dojde ke zlepšení jejich životní adaptace.
2. *Lidem, kteří balancují mezi zdravím a nemocí* – u této skupiny lidí se již projevilo vyšší množství příznaků, že došlo k oslabení jejich duševního zdraví. Pro tuto skupinu je mnohem více důležité, aby zásady pro zlepšení duševní hygieny dodržovali. Vzhledem k tomu, že se nějaké symptomy projevily, můžou jim tyto zásady značně ovlivnit život

---

<sup>3</sup> Evidence-based advice on how to be successful in any job - 80,000 Hours. *80,000 Hours: How to make a difference with your career* [online]. Copyright © 2020 [cit. 15.05.2020]. Dostupné z: <https://80000hours.org/career-guide/how-to-be-successful/>

k lepšímu. Pomohou jim najít znovu cestu k sobě samému, jedinec zjistí původ své začínající poruchy a dojde k celkovému zlepšení duševního zdraví.

3. *Lidé, kteří jsou tělesně i duševně nemocní* – tohle je poslední skupina, které však už vzhledem k rozšířené nemoci pouze duševní hygiena nepomůže. Zde je potřeba odbornější pomoc, např. od lékařů, neurologů, psychologů, apod. Přesto však jednotlivé zásady duševní hygieny hrají stále velkou roli. Několik odborníků potvrdilo, že v případě dodržování těchto zásad, je velká pravděpodobnost, že vzhledem k pozitivním účinkům, jaké tyto zásady na člověk mají, bude léčba jedinců kratší.

### **3.2 Charakteristika kritérií duševního zdraví podle M. Jahodové**

Pojem duševní zdraví je velmi rozsáhlý, a proto je důležité si umět definovat jednotlivá kritéria, která nám mohou pomoci zlepšit osobní či profesní život a můžeme tak předejít případnému vyčerpání neboli syndromu vyhoření. Na toto téma se také zaměřila autorka M. Jahodová (dle Míček, 1991, str. 23 – 24), která popsala šest základních kritérií duševního zdraví:

1. *Postoj vůči sobě samému* – jedna z nejdůležitějších věcí je vidět sám sebe upřímně a realisticky. Jde zde o uvědomění si sám sebe v různých chvílích našeho života. Měli bychom vnímat sami sebe v naší minulosti, přítomnosti, ale i budoucnosti. Konkrétně je tím myšleno, čeho jsme v dané chvíli schopní, čeho bychom mohli být schopní, jaké jsou naše limity či zdroje a kam chceme v našem životě dále směřovat. Je velmi důležité vědět, kdo jsme a nepřeceňovat naše síly.
2. *Růst, vývoj a sebeuskutečňování* – v tomto kritériu je důležité si uvědomit, že jsme naprogramováni k tomu, abychom využili všech našich možností a šancí. Důležité je se zaměřit na motivy růstu (seberealizaci), u kterých je velká pravděpodobnost, že nám naše duševní zdraví pomůže zlepšit.
3. *Integrace* – neboli také celistvost osobnosti znamená, že u jedince dochází k vyrovnanosti jeho psychicky. Vnitřní vyrovnanost hraje pro jedince důležitou roli a je jedním z hlavních kladných znaků duševního zdraví. Do vnitřní vyrovnanosti spadají i otázky smyslu života či životní plány a cíle jedince.
4. *Autonomie, nezávislost a sebeurčení* – v tomto bodě je důležité si uvědomit, že jsme každý jiný a originální. To, co někdo považuje za pěkné, moderní či normální ještě

neznamená, že tomu tak skutečně je. A co víc, že jsou tyto představy zdravé. Podle Jahodové mohou být lidé šťastní a nezávislí v případě, že mají takové tužby, které jsou reálné, aby se v životě mohly uskutečnit. Upozorňuje také na to, že dosáhnout pocitu štěstí může být ovlivněno vnějšími okolnostmi, které daný člověk nemá ve své moci nijak ovlivnit či změnit. I přesto je však v této oblasti pro duševní zdraví důležité, aby jedinec dokázal ovládat své chování.

5. *Adekvátní percepce reality* – zde autorka poukazuje na to, že zdravý jedinec je schopen vnímat realitu. Je objektivní, nezávislý a je způsobilý vidět věci skutečně tak jak jsou bez zkreslené představy. Důležitý je zde pojem empatie (vcítění se do pocitů druhého člověka), protože to může být jeden z klíčových faktorů, jak ostatním pomoci. K tomu je však nezbytné, aby porozumění bylo objektivní, důkladné a ohleduplné.
6. *Zvládnutí svého prostředí* – autorka popisuje několik oblastí, které by měl duševně zdravý jedinec zvládat. Je to např. schopnost mít rád sám sebe, zvládat tři základní okruhy lidského života (láska, práce, hra), osvojit si dovednost v oblasti meziosobních vztazích, schopnost dobře reagovat na nově vzniklé situace a následně je umět vyřešit a v neposlední řadě se dokázat přizpůsobit svému okolí.

### 3.3 Syndrom vyhoření

V případě, že u pracovníků začne docházet k oslabování jejich duševního zdraví a nebudou dostatečně naplňovaná kritéria pro duševní zdraví (viz kapitola 3.2), může se pomalu a jistě stát, že se to kromě jejich osobního života odrazí i v tom pracovní. Protože se nebudou cítit sami dobře, může se stát, že u nich dojde k syndromu vyhoření.

Podle P. Hartla a H. Hartlové (2015, str. 586): „*Syndrom vyhoření (burn-out syndrome) ztráta profesionálního zájmu n. osobního zaujetí u příslušníka někt. z pomáhajících profesí; nejčastěji spojeno se ztrátou činnosti a poslání; projevuje se pocity zklamání, hořkosti při hodnocení minulosti.*“ Nejednou jsem se během svých praxí setkala s pracovníky, kteří byli přepracováni a k syndromu vyhoření měli opravdu blízko. Jejich nezdravý postoj se poté odrážel v chování nejen ke klientům, ale třeba i k zaměstnancům nebo k praktikantům.

Jak jsem uvedla již v prvním odstavci, jestliže je pracovník dlouhodobě vystaven náročným a stresovým situacím, může u něj dojít k syndromu vyhoření. Je to poslední fáze

dlouhotrvajícího procesu. Jednotlivé fáze ve své knize podrobněji popisují autoři Roman Pešek a Ján Praško (2016, str. 19), kteří je rozdělují následovně:

1. *Idealistické nadšení* – pracovník je plný elánu a těší se na pomáhání ostatním.
2. *Stagnace* – už je toho na pracovníka moc, hlavní je odpočinek.
3. *Frustrace* – pracovník má pocit, že ho všichni pouze využívají.
4. *Apatie* – stav, kdy už pracovníka nic nebaví, je bez energie.
5. *Syndrom vyhoření* – pracovník má pocit, že mu nikdo nerozumí, do práce chodí nerad, ví, že je něco špatně, ale nemá chuť na sobě zapracovat.

Podle M. Rushe (2003, str. 7): „*Stav vyhoření lze definovat jako druh stresu a emocionální únavy, frustrace a vyčerpání, k nimž dochází v důsledku toho, že sled (nebo souhrn) určitých událostí týkajících se vztahu, poslání, životního stylu nebo zaměstnání dotyčného jedince nepřinese očekávané výsledky.*“ Každý z nás se někdy setkal s prvotním nadšením, které však vzhledem k vedlejším okolnostem velmi rychle upadlo. Ať už se to stane v běžném životě nebo v zaměstnání, důležité je znovu najít naše ztracené nadšení.

Syndrom vyhoření jsem definovala především proto, že se jedna z mých výzkumných otázek zabývá dostatečnou psychohygienou sociálních pracovníků, která jak už víme, když je zanedbávaná, může vést až k syndromu vyhoření sociálního pracovníka. Jestliže k tomu dojde, nejvíce se to dotkne klientů/pacientů, kteří od takového člověka potřebují zrovna pomoc či dostat nějakou podporu.

## 4 Metodologie výzkumu

Cílem této kapitoly je podrobněji popsat a vysvětlit, jak celý výzkum probíhal. Proč jsem si vybrala zrovna kvalitativní výzkum, jakou jsem zvolila konkrétní techniku sběru dat a komu přesně byly určeny mé výzkumné otázky. Pracovat s lidmi, kteří jsou na alkoholu závislí, je poměrně náročné, a proto jsem si vybrala zrovna tuto cílovou skupinu. Dále mě zajímalo, jaká etická dilemata s nimi pracovníci řeší a jak tyto dilemata následně sociální pracovníky ovlivňují v jejich běžném životě.

### 4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zjistit, s jakými konkrétními etickými dilematy se sociální pracovníci během své práce setkávají. Dále mě zajímalo, podle čeho se rozhodnou pro konečné řešení a jakým způsobem se starají o svoji psychohygienu při takové práci. Pro zjištění mého cíle jsem zvolila kvalitativní metodu, konkrétně techniku polostrukturovaného rozhovoru. Vzhledem ke stanovenému cíli mi takhle metoda přišla nejvhodnější.

#### Hlavní výzkumná otázka

Jak jsem výše zmínila, tak mým hlavním cílem je zjistit, s jakými etickými dilematy se pracovníci setkávají. Z toho důvodu moje hlavní výzkumná otázka zní: „*S jakými etickými dilematy se na pracovišti setkáváte?*“

#### Vedlejší výzkumné otázky

Zvolila jsem šest vedlejších otázek, na které jsem se sociálních pracovníků ptala. Následně jsem se podle potřeby jednotlivě doptávala, abych získala potřebné informace. Výzkumné otázky zněly:

1. Jakou roli hrají Vaše osobní hodnoty při výkonu práce? a jakou roli při řešení etického dilematu?
2. Jak při řešení dilemat pohlížíte na Etický kodex Společnosti sociálních pracovníků ČR, 2006? (Popřípadě na kodex vaší organizace)
3. Který konkrétní faktor je pro Vás klíčový při učinění konečného rozhodnutí?
4. Máte nějaké metody, jak se staráte o svoji psychohygienu? Jaké konkrétně?
5. Staráte se o své duševní zdraví jinak, když zrovna řešíte nějaké etické dilema?
6. Užíváte nějaké příručky či konkrétní osvědčené postupy, které Vám pomáhají etické dilema vyřešit?

Vzhledem k tomu, že mezi mé vedlejší cíle patří také otázky, jak taková dilemata pracovníci řeší a jestli to má nějaký vliv na jejich psychiku či běžný život, zvolila jsem výše uvedené otázky. Domnívám se, že mi tyto otázky pomohly zjistit můj dopředu stanovený cíl. Vzhledem k tomu, že každé etické dilema se většinou musí nějak vyřešit, respektive je potřeba, aby se sociální pracovník rozhodl, jak ho vyřeší, může se toto rozhodnutí následně nějakým způsobem odrazit na jeho psychice. Proto jsem zvolila zrovna takové vedlejší otázky, které mi pomohly doplnit moji otázku hlavní a přispěly tak k naplnění mého cíle.

## **4.2 Popis výzkumné metody**

Pro vypracování výzkumné části své bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Tento výzkum jsem si vybrala z toho důvodu, že se se mi zdál pro naplnění cíle mé bakalářské práce nejvhodnější.

Ačkoli nelze stanovit jednotný postup, jak nejlépe a nejefektivněji provést kvalitativní výzkum, tak se této metodě v současné době již přikládá stejná váha jako ostatním metodám výzkumu (Hendl, 2005, str. 49).

Kvalitativní výzkum spočívá v tom, že si osoba, která výzkum provádí (nazývána také jako výzkumník) nejprve ze všeho vytvoří výzkumné otázky, které jsou v souladu se zkoumaným tématem výzkumníka. Protože tento typ výzkumu je dlouhodobý, může se stát, že během výzkumu dojde k určitým změnám. Může dojít k doplnění či obnově výzkumných otázek, je zde šance, že se změní výzkumníkova hypotéza a v konečném důsledku může změnit svoji původní myšlenku na zcela jinou s novým záměrem. Další charakteristickou vlastností pro kvalitativní výzkum je pro výzkumníka práce v terénu a komunikace s cizími lidmi. Mezi základní metody tohoto výzkumu patří např. pozorování, texty a dokumenty, interview či audio a videozáznamy (Hendl, 2005, str. 50).

Tak jako všechno, tak i tato metoda má několik kladných či negativních stránek oproti kvantitativnímu šetření. Mezi nevýhodu, která se mi osvědčila i v praxi, patří například to, že je metoda časově obtížná a práce v terénu nemusí vždy znamenat pouze výhodu. Jeden můj respondent pracoval v psychiatrické nemocnici v Kroměříží a druhý respondent zase v psychiatrické léčebně v Opavě. Proto vzhledem k cestě a rozhovorům jsem si vždy musela vyčlenit celý den. Za další nevýhodu může být považováno také to, že konečné výsledky mohou být výzkumníkem subjektivně zbarvené. Během rozhovorů jsem se vždy cítila jinak příjemně

a každý pracovník na mě působil odlišně. Z toho důvodu jsem si při analýze musela dávat pozor, abych výsledky citově nezabarvovala. V neposlední řadě se může za nevýhodu považovat to, že oproti kvantitativnímu výzkumu jsem zde pracovala s jednoznačně menším počtem respondentů (Hendl, 2005, str. 52).

Ačkoli jsem výše uvedla hned několik nevýhod kvalitativní metody, stejně jsem se pro ni v konečném důsledku rozhodla, protože má několik výhod, které mě o tom přesvědčily. Jedna z mnoha výhod je ta, že výzkumník se může během svého zkoumání zaměřit na konkrétní detaily a také je schopen sehnat obsáhlejší informace od výzkumného vzorku. Proto ačkoli jsem za respondenty musela dojet a vyčlenit tomu svůj celý den, domnívám se, že osobní kontakt byl pro získání mých odpovědí jednoznačně přínosnější. Právě díky osobnímu kontaktu jsem se totiž mohla respondentů několikrát doptat na to, co jsem přesně potřebovala. Také jsem se mohla ujistit, že jsem dobře porozuměla jejich odpovědím. Jak jsem výše v kapitole zmínila, výzkumník pracuje hodně v terénu, a proto mezi další výhodou patří například i to, že může sledovat svůj výzkumný vzorek v jeho přirozeném prostředí (Hendl, 2005, str. 52).

### **4.3 Popis techniky sběru dat**

Vzhledem ke stanovení mého cíle jsem si pro svůj výzkum vybrala techniku interview (rozhovoru). Ačkoli má tato technika několik nevýhod, jako například častější odbíhání od tématu, vzniklé situace, kdy respondent nechce odpovídat a může dojít k tzv. trapnému tichu nebo nevhodné podmínky pro uskutečnění rozhovoru (rušivé prostředí, apod.), přesto se mi technika rozhovoru zdála jako nejlepší metoda k naplnění mého cíle. Potřebovala jsem zjistit informace, u kterých jsem si potřebovala být naprosto jistá, že jim správně porozumím, a popřípadě se doptat na doplňující otázky.

U techniky rozhovoru je opravdu důležité, aby měl výzkumník dopředu dobře promyšlené a zformulované otázky ve správném pořadí. Mezi další podstatný bod patří délka rozhovoru. Je vhodné se na délce rozhovoru domluvit buď ještě před samotným rozhovorem, nebo lze trvání rozhovoru upravovat podle toho, jakým směrem se rozhovor vyvíjí (Hendl, 2005, str. 166).

Také podle Hendla (2005, str. 167) jsou během rozhovoru pro výzkumníka dva klíčové momenty, na které by se měl obzvlášť zaměřit. Je to začátek a konec rozhovoru. Jak je všeobecně známo, udělat první dojem je ve všech stránkách našeho života velmi důležité. To platí i pro výzkumníka, který se setká se svým výzkumným vzorkem. Je tedy na výzkumníkovi,



aby dokázal na začátku setkání dostatečně odstranit psychické zábrany a popřípadě prolomit tzv. trapné ticho. Výzkumník by měl také zařídit, aby se jeho respondent během rozhovoru cítil příjemně a pohodlně. V neposlední řadě je také velmi důležité, aby výzkumník získal souhlas s pořízením záznamu z jejich rozhovoru. Jak jsem výše zmínila, dalším klíčovým momentem je konec rozhovoru. Je to z toho důvodu, že rozloučení se s respondentem a samotné ukončení rozhovoru je stejně podstatné jako všechny ostatní části rozhovoru. A navíc je velká šance, že k závěru rozhovoru dostaneme od respondenta ještě nějaké podstatné informace, které by se výzkumníkovi mohly hodit. Proto je důležité, aby se výzkumník stále soustředil a nepřišel tak o případné cenné informace.

Pro svůj výzkum jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor. „*Polostrukturované interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview.*“ (Miovský, 2006, str. 159) v této metodě má výzkumník vytvořenou osnovu, která mu pomáhá rozhovor vést. Celá osnova je však pouze orientační. V průběhu rozhovoru je možné měnit např. pořadí otázek, je možné se ptát na doplňující otázky, výzkumník se ujišťuje, že odpověď dobře pochopil a celkově vedení rozhovoru průběžně přizpůsobuje tak, aby získal potřebné informace (Miovský, 2006, str. 160). To, co se může zdát jako výhoda, může být však současně považováno za nevýhodu. Vzhledem k tomu, že polostrukturovaný rozhovor má poměrně volnou osnovu, při které se mohou měnit a doplňovat otázky podle potřeby výzkumníka, může se snadno stát, že se rozhovor začne ubírat jiným směrem, než bylo původní téma výzkumníka. I přes toto možné riziko se však domnívám, že polostrukturovaný rozhovor byl vzhledem k mému stanovenému cíli nejlépe zvolená forma.

#### 4.4 Popis výběru vzorku

Výzkumný vzorek pro moji bakalářskou práci jsem si vybrala na základě účelového výběru. Ačkoli není možné konečný výsledek zobecnit na celou populaci, výsledky mohou být přesto okolí prospěšné. „*Účelový výběr je založen na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat.*“ (Disman, 2002, str. 112) Stejný autor také klade velký důraz na přesnou definici výzkumného vzorku. „*Při použití výběru musí výzkumník jasně, přesně a otevřeně definovat populaci, kterou jeho vzorek **opravdu** reprezentuje.*“ (Disman, 2002, str. 113) Jako svůj výzkumný vzorek jsem si vybrala sociální pracovníky, kteří pracují s lidmi závislými na alkoholu. Aby byl výzkumný vzorek pestřejší, provedla jsem rozhovor se dvěma pracovníky, kteří pracují na lůžkovém oddělení a se třemi pracovníky, kteří pracují v ambulantní organizaci.

Celkově se mi podařilo sehnat pět respondentů neboli sociálních pracovníků, kteří mají nějakou zkušenost s prací s lidmi závislími na alkoholu. Na tři schůzky jsem byla schopna se dostavit osobně, avšak zbylé dvě jsem musela absolvovat pomocí videohovoru na aplikaci Skype. Bylo to z toho důvodu, že byl vládou ČR vyhlášen nouzový stav z důvodu pandemie Covid-19 a byl nařízen zákaz vycházení.

První respondentkou byla sociální pracovníce, která pracuje v psychiatrické nemocnici ve městě Kroměříž. Byla to jediná sociální pracovníce pracující na toxirehabilitačním oddělení. V nemocnici pracuje delší dobu a během rozhovoru bylo vidět, že má již svůj zavedený systém práce.

Dalším respondentem byly dvě sociální pracovníce z psychiatrické nemocnice v Opavě. Původně jsem měla domluvené dva rozhovory, které se však nakonec spojily do jednoho, a tak jsem vedla rozhovor se dvěma pracovnícemi zároveň. Na oddělení závislostí, konkrétně na přijímací stanici pro léčbu závislosti na alkoholu pracují celkově tři sociální pracovníce. Respondentky tam pracují již delší dobu a bylo vidět, že mezi sebou mají dobré vztahy, které jim náročnou práci hodně usnadňují.

Třetím respondentem byl sociální pracovník, který pracuje na noclehárně pro muže ve městě Blansko. V organizaci pracuje již delší dobu.

Předposlední respondentka je čerstvá absolventka Vyšší odborné školy CARITAS. V současné době pracuje ve středisku Samaritán v Olomouci, kam nastoupila hned po škole. Ačkoli pracuje v organizace teprve rok a půl, poskytla mi na moje otázky bohaté odpovědi.

Poslední respondentka byla sociální pracovníce, která pracuje stejně jako výše zmíněná respondentka ve středisku Samaritán v Olomouci. V tomto zařízení pracuje však již delší dobu.

Vzhledem k tomu, že jsem žádného respondenta před rozhovorem neznala a s každým jsem strávila pouze okolo třiceti minut, nejsem schopna o nich napsat více.

#### **4.5 Metoda transkripce a analýza dat**

Pro analýzu svého výzkumu jsem si zvolila metodu doslovné transkripce. „*Transkripce se nazývá proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuze do písemné podoby. Jedná se o časově velmi náročnou proceduru.*“ (Hendl, 2005, str. 208) Ačkoli je tato metoda časově náročná, je nezbytná pro vyvození konkrétních výsledků. Mezi velké výhody

například patří to, že si po přepsání výzkumník může nejrůznějšími způsoby označit, co je pro něj podstatné. Může porovnávat jednotlivé respondenty, dopisovat si poznámky, které výzkumníkovi pomohou s analýzou a spoustu dalšího (Hendl, 2005, str. 208).

Metodu doslovné transkripce jsem si zvolila z toho důvodu, protože se mi zdála jako nejlepší možnost vzhledem ke stanovenému cíli. Potřebovala jsem od respondentů získat odpovědi, které jsem následně musela porovnat a vyvodit z nich konečný výsledek. Vzhledem k tomu, že odpovědi byly velmi pestré a rozsáhlé, bylo nezbytné, abych zaznamenala všechny odpovědi doslovně, aby mi při analýze rozhovoru nic neuniklo. Pro analýzu jednotlivých rozhovorů jsem zvolila program MAXQDA 2020. Kódování rozhovorů probíhalo tak, že jsem se snažila hledat podstatné informace v jednotlivých rozhovorech. Potřebné kódy jsem si barevně poznačila, a poté je vložila do mnou vytvořených kategorií. U některých kódů jsem označila pouze jedno slovo, někde naopak celé věty. Jedna z kategorií byla například psychohygienu, kam jsem zařadila veškeré informace s ní spojené – jak konkrétně se pracovníci o svoji psychohygienu starají, jestli jim práce nějak zasahuje do života, apod.

#### **4.6 Průběh výzkumu**

Už když jsem si stanovila cíl bakalářské práce, tak jsem věděla, že bych chtěla cíl splnit pomocí rozhovorů se sociálními pracovníky, kteří pracují s lidmi závislými na alkoholu. Vyhledala jsem si nejrůznější organizace, kde se s těmito lidmi nějak pracuje. Byla jsem překvapená, jak dlouho mi trvalo nějaké respondenty sehnat, protože se mi většinou na moji žádost o rozhovor žádné odpovědi nedostalo, popřípadě byla negativní. Nakonec se mi však poštěstilo a nějaké kladné odezvy jsem dostala.

Jak jsem zmiňovala ve výše uvedené kapitole, u rozhovorů je velmi důležitá příprava. Proto jsem pečlivě zvažovala, na jaké otázky se budu ptát, abych dostala co nejvýšechnější odpověď, která by mi pomohla naplnit stanovený cíl. Určila jsem si hlavní výzkumnou otázku, na kterou navazovaly vedlejší výzkumné otázky. Všechny dotazy jsem podrobněji popsala v kapitole 4.1.

Každé interview bylo zcela odlišné, a proto jsem podle potřeby otázky doplňovala. Po každém rozhovoru jsem se snažila ho zrekapitulovat, abych věděla, na co si mám dát příště pozor. Stejně tak jsem se zaměřila na to, co se mi naopak v povedlo a co si z toho do další schůzky odnáším, aby se mi podařila provést ještě lépe. Všechny rozhovory trvaly okolo dvaceti až třiceti minut.

První rozhovor probíhal v kanceláři sociální pracovnice, která pracuje v psychiatrické nemocnici v Kroměříži. Byla to menší místnost, kterou měla celou pro sebe. Seděly jsme naproti sobě, takže jsem na respondentu dobře viděla. Byl to první rozhovor, který byl použit do této práce, takže jsem se cítila lehce nervózně a nebyla jsem si úplně sebejistá. Respondentka se mi snažila zodpovědět veškeré moje připravené otázky, rozhovor nebyl ničím rušen, avšak v celkovém důsledku u mě převládaly spíše smíšené pocity.

Po prvním rozhovoru, se kterým jsem zcela spokojená nebyla, jsem z toho druhého měla o to větší strach. Tentokrát jsem jela do psychiatrické nemocnice v Opavě, kde jsem měla domluvené dva rozhovory, které se však nakonec spojily do jednoho. Rozhovor probíhal opět v kanceláři respondentů. Tentokrát to však byla kancelář, ve které pracovaly tři sociální pracovnice, takže místnost byla velká, prostorná, avšak celkově působila příjemně a útulně. Seděly jsme na pohovce naproti sobě, takže jsme na sebe všechny pěkně viděly. Původně jsem měla strach mluvit ve stejnou dobu s oběma respondentkami, ale později se to ukázalo spíše jako výhoda. Obě byly velmi milé, vzájemně se doplňovaly. Zároveň na nich byla vidět upřímná snaha mi na všechno výřečně odpovědět, abych získala co nejvíce potřebných informací. Interview bylo jednou přerušeno. Bylo to tehdy, když se došla zeptat vedoucí sociálních pracovnic, se kterou jsem původně rozhovory domlouvala, jestli je všechno v pořádku. Ačkoli k přerušení došlo, na rozhovoru jsem to nijak nepocítovala. Po celou dobu panovala uvolněná a příjemná atmosféra a tento rozhovor se mi vedl moc příjemně.

Třetí a také poslední rozhovor v rámci osobního kontaktu probíhal v kanceláři sociálního pracovníka, který pracuje na noclehárně pro muže ve městě Blansko. Na rozdíl od minulého rozhovoru jsem šla na tuto schůzku mnohem klidnější a sebevědomější. Měl kancelář sám pro sebe a byla to opravdu malá místnost, ve které byl pouze kancelářský stůl, počítač a dvě židle. Respondent byl milý a moc příjemný, takže jsem se cítila pohodlně. Byl také velmi výřečný, snažil se mi dostatečně odpovědět na všechny moje otázky, takže se mi rozhovor prováděl velmi dobře. Byli jsme sice jednou přerušeni jiným zaměstnancem, ovšem pouze na chvíli a ani tady mi vyrušení nepřišlo nijak závažné. Plynule jsme s v konverzaci navázali tam, kde jsme před vyrušením skončili. Byla jsem ráda, že jsem stihla alespoň ještě tento rozhovor předtím, než byl vyhlášen nouzový stav.

Jak jsem výše zmiňovala, poslední dva rozhovory probíhaly pomocí videohovoru na aplikaci Skype. Před čtvrtým rozhovorem jsem byla opět trochu nervózní, protože jsem vůbec nevěděla, jak to bude přes Skype probíhat. Na druhou stranu velkou výhodou pro mě bylo domácí

prostředí, kde jsem se cítila velmi dobře a pohodlně. Chvíli nám trvalo, než se nám podařilo Skype zprovoznit, abychom se vzájemně slyšely a viděly. V konečném důsledku tom mělo spíše pozitivní dopad na věc, protože jsme tak prolomily počáteční bariéry. Následně rozhovor probíhal velmi dobře. Pracovnice byla moc milá, ochotná a na všechny otázky mi rozsáhle odpovídala. Chvílemi jsme měly problém se zvukem, protože se Skype sekal, ale jinak jsme ničím rušeny nebyly. Ačkoli jsme během rozhovoru měli nějaké technické problémy (zvuk, počáteční připojení), tak to v konečném důsledku mělo na rozhovor pozitivní vliv, protože jsme se tomu společně zasmály a vznikala díky tomu uvolněnější atmosféra.

Pátý a také poslední rozhovor probíhal velmi podobně jako ten předchozí. Interview opět probíhalo prostřednictvím aplikace Skype, kde jsme nyní měly mnohem menší problém s připojením. Vzhledem k tomu, že to byla kolegyně předchozí sociální pracovnice, se kterou se mi povídalo velmi hezky, před rozhovorem jsem tolik nervózní nebyla. Stejně jako u minulého rozhovoru velkou výhodou pro mě bylo domácí prostředí, ve kterém jsem mohla rozhovor vést. Stejně jako většina předchozích respondentů, dotazovaná byla velmi milá, ochotná a odpovídala mi na všechny otázky. Byla jsem mile překvapena, že se mi dostávalo jiných odpovědí a příkladů z praxe než od její kolegyně. Se zvukem jsme měly občas problém, jinak jsme ničím rušeny nebyly a rozhovor se dle mého názoru velmi povedl.

## 5 Prezentace výsledků

Hlavním cílem výzkumu bakalářské práce bylo zjistit, s jakými etickými dilematy se sociální pracovníci během své práce setkávají, jak jejich dilemata následně řeší a jestli to má nějaký dopad na jejich osobní život. V minulé kapitole jsem popisovala, jak samotný průběh výzkumu probíhal a v této kapitole se zaměřím přímo na samotné výsledky. Ze začátku věnuji pozornost přímo etickým dilematům. Konkrétně na to, jak na ně pohlíží sociální pracovníci a zároveň uvedu některé příklady z praxe. Druhá podkapitola pojednává o jejich osobních hodnotách, které se odráží během jejich práce. Následně zkoumám, jak pracovníci při řešení etických dilemat pohlížejí na etický kodex či jiné příručky, které jim pomáhají dilema vyřešit. Dále čtenáře seznámím s procesem samotného řešení dilemat a s metodami, jak se pracovníci starají o svoji psychohygienu.

### 5.1 Etická dilemata sociálních pracovníků

Při výběru tohoto tématu jsem si byla jistá, že se každý pracovník během své práce s etickým dilematem setká. Domnívala jsem se, že když jim položím tuto otázku, budou mi říkat jeden příklad za druhým. Proto mě velmi překvapilo, když se mi na mnou položenou otázku „*S jakými etickými dilematy se na pracovišti setkáváte nejčastěji?*“, kterou jsem následně pro lepší pochopení svými slovy dovysvětlila, dostalo odpovědi jako například „*s ničím takovým se nesetkávám*“, „*etické dilema určitě žádné nemám*“ nebo „*my takové věci moc neřešíme*“.

Tři z pěti na začátek našeho rozhovoru řekli, že se s ničím takovým nesetkávají a že vždycky hned ví, co přesně mají udělat. Ačkoli se všechny mé otázky týkaly etických dilemat, snažila jsem se na dotazované netlačit a tolerovat jejich negativní odpověď na moji otázku. Následně jsem jim však pro lepší pochopení otázky uvedla příklad etického dilematu s jinou cílovou skupinou. Dva mi na to odpověděli větou „*Tak jestli toto chcete považovat za etické dilema, ...*“, kterou následně dokončili „*... já ale mám svůj zavedený postup, takže udělám, co se po mně chce a zbytek nechám na ostatních.*“ Třetí si díky tomu na jedno ojedinělé etické dilema vzpomněl. Poslední dva mi poskytli každý hned dva příklady, se kterými se setkávají.

Na každém pracovišti pracovníci řešili spíše odlišné problémy, avšak u některých došlo k podobné podstatě problému. Například oba respondenti pracující v psychiatrické léčebně se shodli na tom, že občas mají problém ohledně vyřízení dávek pro pacienty. Ačkoli každý z nich na to poukazoval z jiného hlediska, podstata problému byla stejná. Ani pro jednoho to nebyla

neznámá situace, se kterou by si nevěděl rady, proto to za etické dilema nepovažovali. K podobně definovanému dilematu také došlo u sociálních pracovníků, kteří pracují na stejném pracovišti – středisko Samaritán v Olomouci.

Pro názornou ukázkou uvádím dilemata dvou respondentů:

*„Máme třeba hodně klientů, kteří jednou za čas dostanou chuť si zajít do protialkoholní léčebny. Nejčastěji je to v zimě, ale to bude specifický pro naši cílovku, aby měli de přebýt v tom nejhorším počasí. No, objeví se takovej klient, kterej už byl asi 10x v léčebně a říká, že chce znova. Když jsi ty ten člověk, který mu tu léčebnu pomáhal zařizovat už třeba 3x a vidíš, že motivace toho člověka se léčit je vlastně naprosto nulová, tak už to může být dost náročný rozhodnout se, jestli poslat do léčebny člověka, kterej tam vlastně chce jen přečkat zimu, ale zároveň zabírá místo někomu jinýmu nebo ho odmítnout.“*

*„Tak nějaký dilemata jsem měl, třeba v otázce když ten člověk byl nějakým způsobem postižený a my jsme bezbariérová služba, jo, protože tam jsou schody navrch, takže nějakým způsobem se po těch schodech musí dostat do té lůžkové části, takže určitý dilema bylo, že tam přišel uživatel, který byl dočasně, podotýkám teda dočasně, indisponován, ale naplňoval to.. ten skutek nebo to co máme popsanej v těch našich materiálech, že služba není bezbariérová a tudíž uživatel s dopomocí tam nemůže jít, ale vzhledem k tomu, že to bylo dočasné, tak se jako kdyby pracovníci i s vedoucím po poradě jsme přimhouřili oko, že to bylo na dobu, já nevím.. šesti dnů, takže mu bylo jakoby dopomoženo jiným uživatelem se dostat na to patro, kde jsou vlastně ty ložnice a ta postel pro ně a po těch šesti dnech uživatel nějakým způsobem měl po operaci a že to rehabilitoval se mu to spravilo tak, že už službu mohl užívat bez toho, aniž by mu někdo musel pomáhat, takže to bylo jednou, kdy jsme měli takový dilema, kdy jsme zvážili situaci a jako kdyby jsme v uvozovkách porušili to naše nařízení, ale já říkám není to jako zas dogma, takže dá se jakoby přimhouřit když to je tady ten účel. V případě, že by byl trvale indisponován, tak by to rozhodně nešlo. Řešilo by se to jiným způsobem, kontaktovali bychom jiné zařízení, ale my bysme ho přijmout nemohli. Dlouhodobě prostě. to byla fakt výjimka, protože to bylo dilema jestli ho tohle, ale tady byla i lékařská prognóza že se to za těch šest dnů změní, že bude moct samostatně chodit, ale pokud je to trvalý stav, tak ne.“*

Během rozhovoru bylo vidět, že má většina pracovníků svůj již zavedený systém, co a jak konkrétně řešit. Vzhledem k tomu, že jsem většinou dostala negativní odpovědi na moji první (hlavní) otázku, bylo potom těžší získat potřebné informace z dalších otázek, které navazovaly

právě na tu první. **Dva dotazovaní mi byli schopni na moji hlavní výzkumnou otázku odpovědět hned, zbylí tři mi k této problematice neměli moc co říct.**

## **5.2 Role osobních hodnot sociálního pracovníka při řešení etického dilematu**

Každý z nás zastává v životě určité hodnoty, které se mohou mnohdy lišit od hodnot ostatních lidí. *„Jako jo, občas se stane, že je něco v rozporu, ale to musíme zpracovat.“* uvádí jeden respondent. Proto mě zajímalo, jakou roli hrají osobní hodnoty sociálního pracovníka při jeho práci a jaké konkrétně při řešení etického dilematu.

**Všichni dotazovaní shodli na tom, že v tom žádný rozdíl nepocit'ují.** Dále se shodli na tom, že vykonávají pomáhající profesi, takže ačkoli někdy s některými věcmi vnitřně nesouhlasí, **osobní hodnoty musí jít mnohdy stranou. Jinak by takovou práci dělat nemohli.** *„Je to naše práce, takže to беру z té strany jako vždycky že se jim snažím pomoci a že mají tu šanci ještě.“* nebo *„Jednou pracuji v pomáhající profesi, ne ve vězeňské službě.“* říkají. Často jsem také na tuto otázku slyšela hodnoty jako *„bezpečí, respekt a pomoc druhým“*, které pro respondenty hrají důležitou roli.

**Další významnou hodnotou zde bylo dodržování a ctění pravidel příslušné organizace.** Jeden pracovník tvrdí: *„Je pro mě důležité znát pravidla služby, o ty se poté mohu opřít v nepřehledných situacích.“* Další uvádí: *„Pravidla slouží jako rámec pro vzájemné fungování a bezpečí a je třeba ho oboustranně respektovat.“* Opět se všichni shodli na tom, že pravidlům organizace přikládají velkou váhu. Jsou si vědomi, že kdyby udělali výjimku pro jednoho klienta, dožadovali by se této výjimky i všichni ostatní. *„Kdybychom dělali výjimky, tak bychom se do toho zamotali tak, že by to nebylo ku prospěchu té služby.“* dodává respondent. Dva dotazovaní pracovali pro křesťanskou organizaci, která zastává zase křesťanské hodnoty a všichni zaměstnanci této organizace by se podle nich měli řídit. *„Hodně se ve všem odráží křesťanská láska a milosrdenství.“* nebo *„Určitě jsou ale věci ve kterých se lišíme... ..třeba přístup k eutanázii nebo potratům mají křesťanské organizace stopro jiný než ostatní.“* uvádějí.

Z uvedeného vyplývá, že všichni berou na vědomí to, že pracují v pomáhající profesi a podle toho se také řídí. Ačkoli v práci nastanou situace, které jim nejsou zcela příjemné, pracovníci jednájí nadále profesionálně. Dále je pro ně důležité dodržovat a respektovat pravidla organizace, protože si uvědomují riziko, které by uděláním výjimky mohlo přinést.



### 5.3 Pohlížení sociálních pracovníků na etický kodex a jiné nápomocné příručky během řešení etického dilematu

Většina dotazovaných mi řekla, že etická dilemata na jejich pracovištích tolik neřeší. Proto moje otázka směřovala k tomu, jestli jim byl někdy etický kodex (ať už Etický kodex sociálních pracovníků ČR nebo jejich vlastní) nějak nápomocný. Popřípadě jestli užívají jiné příručky, které jim při řešení situace, kdy si nevědí rady, nějak pomáhají. Někteří uvedli, že se řídí Etickým kodexem sociálních pracovníků ČR (více viz kapitola 2.4), jiné organizace měli vypracovaný svůj vlastní.

**Dva respondenti mi řekli, že jim nikdy nijak nepomohl,** konkrétně uvádí: *„A že by mi pomohl při nějakém rozhodování, tak to ne.“* nebo *„... asi nikdy žádná situace jako nebyla, že bychom museli něco hledat.“* Jeden pracovník si nevzpomněl na konkrétní situaci, kdy by mu byl nápomocný, ale domnívá se, že taková situace někdy jistě nastala. Poslední dva se naopak domnívají, že během rozhodování se jim nahlédnutí do takové příručky může hodit. *„Jakýkoliv rozhodnutí je dobrý opřít o něco pevného... ..ideálně o pravidlo, který by klient měl znát...“* nebo *„Je dobré se k nim vracet, nezapomínat, že existují.“* říkají respondenti, kterým již někdy pomohl.

Kromě toho pracovníci uváděli i jiné příručky, které jim během řešení dilematu pomáhají. *„Popravdě o Etickém kodexu sice všichni víme, ale při rozhodování se většinou spoléhám spíš na zákony – jakože koukám co mi zákon umožňuje a co ne – a na standardy kvality + metodiky služby + situaci proberu s kolegy/vedoucím a společně nějak rozhodneme...“* uvádí respondent, který má hned několik způsobů, jak si s obtížnou situací poradit. Další odpověď zněla velmi podobně: *„Máme metodické pokyny a popsány havarijní a nouzové situace.““*

Kromě psaných návoduů však uváděli i jiné věci, které jim pomáhají. Velmi často jsem slyšela odezvy typu *„držíme se rad zkušenějších kolegů a doporučení nadřízených“*, *„zavoláme kolegyni a ta nám řekne co a jak“* nebo *„... je nám umožněno volat vedoucímu, který je na telefonu.“* Jeden respondent také uvedl: *„I když každý ten pacient je jiný, tak je to trošku individuální, ale ten rámec je stejný u hodně věcí.“*

**Byla jsem překvapená, že dva z mých respondentů žádný etický kodex nevyužívají.** Zbývající tři s ním pracují mnohem více. Kromě toho pro pracovníky hrají důležitou roli metodické pokyny a standardy kvality. Také mi tři z pěti dotazovaných uvedlo, že se během

řešení dilematu mohou opřít o svoje kolegy nebo nadřízené. Našel se však jeden, který mi na mnou položenou otázku odpověděl, že využívá pouze „*sílu osobnosti*.“

#### 5.4 Klíčové faktory pro učinění konečného řešení etického dilematu

Každé dilema je samozřejmě jiné a vždycky záleží i na jeho okolnostech. Ráda bych znovu podotkla, že respondenti uvedli, že se s nimi až tolik nesetkávají, a proto se mi na tuto otázku dostávalo spíše obecnějších odpovědí.

Jeden dotazovaný mi rovnou řekl: „*Na tohle neumím přesně odpovědět, protože se s ničím takovým nesetkávám.*“ Jiní uvedli „*klíčové jsou pro mě pravidla služby*“, „*zákon*“ nebo „*klíčové je pro mě povaha a „problémovost“ klienta.*“ Čtyři z pěti se však shodli na **jedné věci, která pro ně byla hlavní – co nevhodnější řešení pro klienta.** „*...víme, že vlastně když jim nepomůžem, tak se oni budou zase točit v tom začarovaném kruhu, nebudou mít nic.*“, „*...zrovna teď to bude ta jejich poslední šance a zrovna ji třeba teď využijou.*“ nebo „*klient a jeho potřeby.*“ **Zároveň je pro pracovníky ale důležité, aby se do procesu řešení zapojil i sám klient a oni taky viděli nějakou snahu z jeho strany.** „*Přenechat jemu zodpovědnost za jeho situaci...pokud je to samozřejmě možný.*“ uvádí k tématu.

Dotazovaný uvedl, že pokud jde o výjimečnou situaci, svolají mimořádnou poradu, kde situaci projednají s ostatními kolegy. Mezi další rozhodující faktory patří například „*historie klienta*“ nebo „*je to současnej uživatel*“. U konkrétního příkladu mi bylo řečeno, že na poradě zkrátka použili „*selský rozum*“.

Když bych však měla udělat konečné shrnutí, tak se téměř všichni pracovníci (s výjimkou jednoho) shodli na tom, že klíčovým faktorem je co nevhodnější řešení pro klienta. Situaci se snaží vždycky vyřešit tak, aby z toho klient vyšel dobře, i když je to občas potřeba nějakým způsobem obejít. „*...at' se rozhodnu jakkoliv, chci, aby to mělo nějakou návaznost, aby klient měl nějaké další možnosti.*“ řekla respondentka.

#### 5.5 Vliv řešení etických dilemat na běžný život sociálních pracovníků

Jedním z výzkumných cílů bylo také zjistit to, jakým způsobem se řešení etických dilemat odráží na životě sociálního pracovníka. Otázka byla zaměřená především na to, jakým způsobem se starají o svoji psychohygienu během normálních pracovních dnů a jakým způsobem se o ni stará, když v práci řeší nějaké etické dilema. Domnívám se, že péče o duševní

zdraví je pro v takové práci nezbytná, aby nedošlo například k syndromu vyhoření (více viz kapitola 3.4).

**Všichni se shodli na tom, že nerozlišují to, jestli v práci zrovna něco řeší** (ať už etické dilema nebo cokoliv jiného) **nebo ne**. O svoje duševní zdraví se starají pořád stejně. **Jeden respondent dokonce uvedl, že se o svoji psychohygienu nijak nestará.** „*Já vypínám, jak zavřu dveře.*“ nebo „*Jo a přijdu domů a už vlastně máte jiné starosti...*“ uvádí pracovnice, která poukazovala na to, že má vlastní rodinu, kde má starostí až dost, takže nemá důvod se prací zaobírat, když už nemusí.

Zbylí čtyři mi naopak vyjmenovali hned několik věcí, které jim pomáhají se udržet v psychické pohodě. **Často jsem slyšela metody jako „sport“, „chození po horách“ nebo „jít na čerstvý vzduch“.** Velkou podporou jsou také individuální a skupinové supervize, intervize či porady. **Jak je všeobecně známo, dobrý pracovní kolektiv je nedílnou součástí pro udržení psychické pohody.** „*Největší podpory se nám dostává po práci v hospodě s kolegy, kdy si navzájem brečíme na ramenou.*“ nebo „*...můžu si postěžovat kolegovi, jak to stojí za houby.*“ dodala na toto téma respondentka. Dva z dotazovaných také uvedli, že mají možnost duchovních cvičení, psychohygienických kurzů, nebo mít rozhovor s pastoračním pracovníkem.

Až na jednoho pracovníka mají všichni své metody, jak se o psychické zdraví dobře postarat. Ačkoli každému vyhovuje něco jiného, odpovědi byly velmi podobné. Zmiňovali například sportování, porady, podpora kolegů nebo obědová pauza s uvařenou kávou. „*To je na pracovišti asi nejlepší psychohygienu společně s možností na chvíli se zastavit, dát si kafe, jít na čerstvý vzduch.*“ uvedla na toto téma respondentka.

## Závěr

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, s jakými etickými dilematy se pracovníci na svých pracovištích nejčastěji setkávají, podle čeho se rozhodují pro konečné řešení a jak je to následně ovlivňuje v jejich běžném životě. Na základě toho jsem se v teoretické části nejdříve zaměřila na samotnou závislost. Popsala jsem, co je to závislost na alkoholu, jak vzniká, jaká jsou její stádia a v neposlední řadě jsem popsala průběh léčby takové závislosti. Když jsem čtenáře seznámila s cílovou skupinou, které se tato práce týká, zaměřila jsem se na kapitolu, která souvisí s hlavním cílem. Sociální práce je pomáhající profese, a proto by se v ní měli dodržovat a ctít určitá pravidla. Z tohoto důvodu jsem se nejdříve zaměřila na pojmy jako jsou etika a morálka, poté jsem podrobněji popsala etické dilema a na závěr jsem zmínila etický kodex, který je pro tento typ práce rovněž velmi důležitý. K naplnění mého vedlejšího cíle sloužila poslední kapitola, která pojednává o duševním zdraví.

V druhé části práce se zaměřuji na metodologii a prezentaci zjištěných výsledků. Nejdříve ze všeho jsem uvedla cíl bakalářské práce a výzkumné otázky, které mi sloužily k jeho naplnění. Výzkum jsem prováděla pomocí kvalitativní metody, kterou jsem v metodologii podrobně popsala. Poté jsem se zaměřila i na určitou techniku, konkrétně na polostrukturované rozhovory. Následně jsem popsala výzkumný vzorek, kterému byly otázky určeny a průběh celého výzkumu. Poté, co jsem představila přípravu a samotný proces výzkumu, jsem poukázala na konkrétní výsledky, které mi z analýzy vyšly.

Jak jsem uvedla již při samotné prezentaci, konkrétní výsledky dvou oblastí mě velice překvapily. V první řadě oblast týkající se etických dilemat a v druhé řadě mě zaujala problematika psychohygieny. Domnívala jsem se, že se pracovníci etickými dilematy budou zabývat více. V průběhu rozhovorů jsem měla z téměř všech dotazovaných pocit, že jim je něco takového vlastně úplně jedno a přišli mi spíše zaskočení, že se na něco takového vůbec ptám. V oblasti psychohygieny mě velmi překvapilo to, že se někteří pracovníci o něco jako je péče o duševní zdraví vůbec nezajímají, protože to podle jejich slov nepotřebují. Z vlastní zkušenosti vím, že když jsem byla na praxi v nějaké organizaci, tak jsem po skončení praxe měla hned několik témat, které jsem na supervizi chtěla probrat. Proto jsem byla velmi zaskočená, když mi pracovníci řekli, že se o nic takového nestarají a nikdy nestarali.

Pro napsání své bakalářské práce jsem se inspirovala především odbornou literaturou, kterou jsem následně propojila s vlastními zkušenostmi. Pro naplnění cíle jsem zvolila techniku

polostrukturovaných rozhovorů, které byly provedeny s pěti sociálními pracovníky. Dva z nich mi popsali dané situace, se kterými se na pracovištích nejčastěji setkávají a jeden respondent mi popsal etické dilema, které bylo ojedinělou situací. Poslední dva mi řekli, že se s ničím takovým neseťkávají, a tudíž mi vyloženě žádné etické dilema nebyli schopni popsat.

Když jsem si toto téma zvolila, měla jsem o průběhu celého výzkumu a o konečných výsledcích zcela jinou představu. Domnívala jsem se, že se pracovníci s etickými dilematy setkávají mnohem častěji. Zároveň jsem čekala, že se dozvím mnohem více zajímavých a názorných příkladů z praxe. To se bohužel nestalo. Na druhou stranu mě mile překvapilo, jakým způsobem pracovníci ke klientům přistupují. Během rozhovorů bylo vidět, že všichni ve své klienty věří a snaží se pro ně udělat maximum. Jak uvedl jeden respondent: „*Třeba se jim opravdu povede tu závislost nějak zvládnout.*“

## Seznam použité literatury

1. BLÁHA, Arnošt Inocenc, 1991. *Ethika jako věda: úvod do dějin a teorie mravnosti*. Brno: Atlantis. Prosum. ISBN 80-7108-023-3.
2. DISMAN, Miroslav, 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0139-7.
3. FRÝBA, Mirko, 1991. *Abhidhamma: základy meditativní psychoterapie a psychohygieny*. Praha: Stratos.
4. GLUCHMAN, Vasil, 1994. *Úvod do etiky*. v Tribune EU vyd. 1., (Celkove 3., dopl. a upr.). Brno: Tribun EU. Librix.eu. ISBN 978-80-7399-552-2.
5. GULOVÁ, Lenka, 2011. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3379-1.
6. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
7. HELLER, Jiří a Olga PECINOVSKÁ, 1996. *Závislost známá neznámá*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-277-8.
8. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
9. JANKOVSKÝ, Jiří, 2018. *Etika pro pomáhající profese*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Stanislav Juhaňák – Triton. ISBN 978-80-7553-414-9.
10. KALINA, Kamil, c2003. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Praha: Úřad vlády České republiky. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
11. KLIMEŠ, Lumír, 2005. *Slovník cizích slov*. 7. vyd., v SPN vyd. 2., rozš. a dopl. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství. ISBN 80-7235-272-5.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.

13. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.
14. MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
15. MÍČEK, Libor, 1991. *Duševní hygiena: vysokoškolská učebnice pro studenty filozofických fakult oboru psychologie*. 2. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství).
16. MILLER, Geraldine A, c2011. *Adiktologické poradenství*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-765-3.
17. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
18. MUSIL, Libor, 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-1-9.
19. NEŠPOR, Karel, 2006. *Zůstat střízlivý: praktické návody pro ty, kteří mají problém s alkoholem, a jejich blízké*. Brno: Host. ISBN 80-7294-206-9.
20. 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.
21. ROTGERS, Frederick, 1999. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-836-9.
22. RUSH, Myron D, 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů. Moudrost do kapsy. ISBN 80-7255-074-8.
23. ŘEHAN, Vladimír, 2007. *Adiktologie 1*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1745-5.

## **Internetové zdroje:**

*Etický kodex sociálních pracovníků České republiky* [online]. [cit. 2020-05-15]. Dostupné z: [http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex\\_Profesn%C3%AD%20Osvaz\\_verII.pdf](http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20Osvaz_verII.pdf)

Evidence-based advice on how to be successful in any job - 80,000 Hours. *80,000 Hours: How to make a difference with your career* [online]. Copyright © 2020 [cit. 15.05.2020]. Dostupné z: <https://80000hours.org/career-guide/how-to-be-successful/>