

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Krize a syndrom vyhoření v dlouhodobém profesionálním vztahu sociální
pracovník – drogově závislý klient z pohledu sociálního pracovníka**

Magdalena Kobyláková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Praha, 2017

Prague college of psychosocial studies



**Crisis and burnout syndrome in the long-term relationship with drug addicted
client from a social worker's point of view**

Magdalena Kobyláková

The bachelor thesis supervisor: Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Prague, 2017

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze, dne

.....

Magdalena Kobyláková

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá syndromem vyhoření a krizí v dlouhodobém vztahu s drogově závislými klienty z pohledu sociálního pracovníka.

Teoretická část je tvořena teoretickými východisky, týkajícími se sociální práce s drogově závislými klienty, syndromu vyhoření a jeho prevence, a ochrany před syndromem vyhoření v podobě volnočasových aktivit a supervize.

Obsah praktické části je tvořen deskripcí průběhu a výsledků výzkumného šetření, které bylo realizováno ve formě kvalitativního výzkumu za použití polostrukturovaných rozhovorů se sedmi respondenty. Tito byli představováni osobami sociálních pracovníků, kteří v rámci své profese pracují s drogově závislými a v portfoliu svých klientů mají jedince, zažívající krizi v dlouhodobém vztahu, jehož délka není kratší než 6 měsíců. Na základě výsledků výzkumného šetření byla definována tři základní témata v podobě problémů, kterým sociální pracovníci při svém pracovním výkonu čelí, a to nespolehlivost klientů, náhlé ukončení služby a pracovního vztahu a absence motivace klientů ke změně.

Klíčová slova: drogová závislost, krize, sociální práce, syndrom vyhoření, závislost.

Annotation

This bachelor thesis deals with the topic of burnout and crisis syndrome in the long-term relationship with drug addicted clients from a social worker's point of view.

The theoretical part is based on the theoretical bases concerning social work with drug addicted clients, burnout syndrome and its prevention, and protection against burnout syndrome in the form of leisure activities and supervision.

The content of the practical part consists of a description of the course and results of the research, which was realized in the form of qualitative research using semi-structured interviews with seven respondents. These were presented by social workers who work with drug addicts in their profession, and in their clients' portfolio they have individuals experiencing a crisis in a long-term relationship no shorter than 6 months. Based on the results of the research, three basic issues have been defined in terms of the problems faced by social workers in their work performance, namely the unreliability of clients, the sudden termination of service and the working relationship, and the lack of motivation of clients to change.

Key words: Drug addiction, crisis, social work, burnout syndrome, addiction.

Obsah

Úvod.....	8
1 Sociální práce s drogově závislými klienty	10
1.1 Charakteristika sociální práce.....	10
1.2 Formy sociální práce s drogově závislými	12
1.3 Drogy a drogová závislost	15
1.4 Charakteristika drogově závislého	17
1.5 Vývoj drogové závislosti	19
1.6 Prevence drogové závislosti	20
1.7 Problémy drogově závislých	21
2 Syndrom vyhoření a jeho prevence	22
2.1 Definice syndromu vyhoření	22
2.2 Příznaky syndromu vyhoření.....	23
2.3 Fáze syndromu vyhoření	24
2.4 Příčiny syndromu vyhoření	25
3 Ochrana před syndromem vyhoření.....	28
3.1 Potřeby odborného pracovníka.....	28
3.2 Individuální možnosti ochrany před vyhořením.....	29
3.3 Supervize jako prevence syndromu vyhoření.....	29
4 Shrnutí teoretické části.....	31
5 Výzkumné cíle a oblasti.....	32
5.1 Metoda sběru dat a výzkumného šetření	32
5.2 Výzkumné oblasti	33
5.3 Možné problémy vedoucí k syndromu vyhoření.....	34

5.4	Výběr respondentů.....	36
5.5	Představení respondentů	37
6	Výsledky výzkumného šetření	39
6.1	Momenty, které mohou způsobit krizi.....	39
6.1.1.	Nespolehlivost klientů	39
6.1.2.	Nemotivovanost klienta ke změně.....	40
6.1.3.	Náhlé ukončení pracovního vztahu	41
6.2	Situační příčiny krize s typologií klientů.....	42
6.3	Řešení a předcházení problémů	44
7	Diskuze	47
	Závěr	51
	Seznam použité literatury.....	53

Úvod

Pro životní styl současné společnosti je příznačná rychlost veškerých aktivit a procesů, jakož i neustále zvyšující se nároky na každého jedince, a to jak v pracovním, tak soukromém životě. S nadsázkou můžeme konstatovat, že dnešní doba je uspěchaná natolik, že často vytváří pocit „ujíždějícího vlaku, který se člověk snaží všemi prostředky dohonit“. Dané způsobuje, že v první fázi se jedinec dostává do ojedinělých stresových situací, kterým se snaží svépomocí čelit, následně se situace může vyvinout do permanentního stresu, a finální fází je osobní krize v podobě syndromu vyhoření. Ačkoliv na téma stresu a jeho managementu bylo napsána řada odborných publikací, podle mého názoru se mu věnuje více pozornosti než syndromu vyhoření, které osobně vnímám jako záležitost vážnější. A z jakého důvodu? Čas od času býváme prostřednictvím hromadných sdělovacích prostředků informováni o kauzách, kdy například lékař či zdravotní sestra postupovali při svém pracovním výkonu neadekvátně a neeticky, s absencí respektu základních pravidel a postupů, vyplývajících z díkce jejich povolání. Takové informace vyvolávají u publika oprávněné pohoršení, ale já se ptám: „Víme skutečně, co jejich chování způsobilo? Je to jenom vada charakteru, špatný okamžik nebo je problém někde jinde, na zcela závažnější úrovni?“

Z tohoto důvodu jsem si zvolila jako téma mé bakalářské práce syndrom vyhoření, a to konkrétně pro kategorii sociálních pracovníků, kteří dlouhodobě pracují s drogově závislými klienty. Důvodem totiž je, že z mého pohledu právě pracovníci pomáhajících profesí čelí syndromu vyhoření častěji a s větší mírou než řada jiných povolání. A důvod? Sociální pracovníci vykonávají práci, která je především psychicky (a často i fyzicky náročná), není z mého osobního pohledu finančně ani celkově dostatečně hodnocena, a tudíž jí vykonávají většinou lidé, kteří pojmají sociální práci spíše jako filosofii nebo jako svůj koníček. Tím mám na mysli, že takoví jedinci žijí svou prací a věnují jí vše, často ovšem na úkor své vlastní osobnosti.

Pokud člověk dlouhodobě vykonává práci, u které nedostává adekvátní pozitivní zpětnou vazbu, není mu dáno vidět pravidelné pozitivní výsledky své práce, pracuje s náročnými klienty, a navíc mu není veškeré jeho úsilí

kompenzováno finanční či materiální satisfakcí, může se stát, že se u něj dostaví zmiňovaný syndrom vyhoření. Jak zmíněno, tato práce bude zaměřena na sociální pracovníky, kteří pracují s klienty v podobě osob drogově závislých, což je podle mého názoru jedna z nejvíce náročných klientských kategorií. A důvod? Ačkoliv se v rámci dnešní „zdravé“ společnosti hovoří o nutnosti potlačit kouření a tomuto tématu je věnována velká pozornost ze strany politické reprezentace formou přijímání nových legislativních opatření tento rozšířený lidský zlovyk potlačit, resp. zasadit do norem tak, aby negativně neovlivňoval celou společnost, tak problematika alkoholismu a drogové závislosti zůstávají z mého pohledu bokem této pozornosti, ačkoliv by zasluhovaly stejnou, ne-li větší pozornost.

Cílem této práce je na základě teoretických východisek na základě relevantní odborné literatury definovat krizi a syndrom vyhoření s jeho možnými příčinami ve vztahu sociálního pracovníka a klienta. Dílčím cílem je analyzovat, jaké konkrétní faktory mohou způsobit krizi, ze které se může vyvinout syndrom vyhoření u sociálních pracovníků v dlouhodobém vztahu s klienty s drogovou závislostí.

První část práce je věnována deskripci a charakteristice sociální práce s drogovými klienty se zaměřením pozornosti na prevenci drogové záležitosti a možnosti sociální práce s těmito klienty. Následně je pozornost zaměřena na syndrom vyhoření, jeho vznik a prevenci. Tuto kapitolu zařazuji z toho důvodu, že krize, se kterou se sociální pracovník potýká, se postupem času může vyvinout právě v syndrom vyhoření. Třetí kapitola je věnována individuálnímu, resp. volnočasovému a sociálnímu zázemí sociálního pracovníka, jakož i profesionálnímu nástroji, supervizi, jakožto možnostem, jak syndromu vyhoření předcházet, a které by měly být sociálním pracovníkům ve výkonu jejich profese prospěšné.

1 Sociální práce s drogově závislými klienty

V mé práci zaměřuji pozornost na definici možných problémů s drogově závislými klienty ze strany sociálního pracovníka. Z tohoto důvodu je v první kapitole, zabývající se specifiky sociální práce s drogově závislými klienty, nejdříve charakterizována sociální práce a problematika drog a drogové závislosti. V příslušných podkapitolách budou představena teoretická východiska, týkající se prevence drogové závislosti s podrobnou rešerší a deskripcí možností a forem sociální práce s drogově závislými klienty.

1.1 Charakteristika sociální práce

Sociální práce je nejen společenskovední disciplína, ale i oblast praktické činnosti, která má za cíl odhalovat, vysvětlovat, zmírňovat či řešit sociální problémy klientů. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, rodinám, skupinám, ale i komunitám ve svém životě dosáhnout způsobilost k lepšímu sociálnímu uplatnění nebo své dovednosti nalézt či znovu získat zpět (Matoušek, 2012, s. 155).

Z mezinárodního pohledu je sociální práce charakterizována definicí, která byla přijata Valným shromážděním Mezinárodní federace sociálních pracovníků (IFSW) a Mezinárodní asociací vzdělavatelů sociální práce (IASSW) v roce 2014: *„Sociální práce je na praxi založená profese a vědní disciplína, která podporuje sociální změnu, růst, soudržnost, podporuje zplnomocňování a osvobození člověka. Principy sociální spravedlnosti, 13 lidských práv, společenské odpovědnosti a respektu k jinakosti jsou pro sociální práci klíčové. Sociální práce, s využitím poznatků z teorie sociální práce, společenských věd, věd o člověku a znalostí místních podmínek, napomáhá lidem a společenským strukturám zaměřit se na životní možnosti a zlepšení životních podmínek“* (Šlajs, 2015, s. 5-6).

Sociální práce využívá řadu prostředků a nástrojů pro zlepšení nepříznivé sociální situace lidí a rodin, ať ve smyslu finanční či materiální pomoci nebo osobní služby. Sociální služby jsou v tomto duchu vnímána jako služby přímo poskytované nebo zprostředkovávané sociálními pracovníky. Příjemci sociálních služeb jsou pak *„občané, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu*

nebo věku a kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat tíživou sociální situaci“ (Kozlová in Malík Holasová, 2014, s. 10).

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109 vymezuje sociálního pracovníka jako osobu, která „vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitaci, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

Úlehla (1999, s. 24-25) ve své publikaci uvádí následující smysl a poslání sociální práce v podobě tří základních prvků, a to způsobech klienta, normách společnosti a odbornosti pracovníka. Mezi normy společnosti patří zákony, předpisy, pravidla, standardy a možnosti, které z předchozího vyplývají a které přikazují nebo zakazují určité chování pro konkrétní situace. Hlavním důvodem, proč se člověk stane klientem v sociální práci je, že se jeho způsoby chování, jednání, myšlení, přání, názory a přesvědčení nesrovnávají s normami společnosti. Proto je nutné, aby byl sociální pracovník odborníkem a prostředníkem mezi normami společnosti a klientovým přesvědčením. Sociální pracovník pracuje s klienty a jejich rodinami, s přirozenými, ale i uměle vytvořenými skupinami, s organizacemi, ale i místními komunitami. Zaměřuje se na cílový subjekt (v případě této práce na drogově závislé klienty) a na jejich aktuální situaci. Úkolem sociálního pracovníka je tedy pomoci klientovi překonávat různé životní překážky, které mu brání žít naplněný život a zároveň splňovat požadavky, které jsou na klienta kladeny v jeho sociálním prostředí. Sociální pracovník se tedy zabývá životními okolnostmi nebo životní situací, které klientovi působí problémy (Matoušek, 2003, s. 13).

Řezníček (1994, s. 63-64) ve své publikaci uvádí různé typy sociálních pracovníků, jedná se o:

- sociálního pracovníka profesionála, který spoléhá na svou odbornost, praxi a vzdělání, rozhoduje se nezávisle;

- sociálního pracovníka aktivistu, který se zabývá hlavně znevýhodněnými klienty a bojuje za jejich práva;
- administrátora či byrokrata, který se věnuje především administrativě, vyřizování psaných formalit a dokumentů, často se jedná o rutinní postupy;
- filantropa, který svůj vztah ke klientům zakládá na blízkém porozumění, empatii a vcítění se do jejich životních příběhů a problémů.

Co se týče délky terapie nebo navštěvování sociální služby, rozděluje je Vymětal (2004, s. 28) ve své publikaci následovně:

- krátkodobá, která se často může podobat krizové intervenci, její délka je do tří měsíců nebo 15 setkání;
- střednědobá, která trvá mezi 3 až 6 měsíci nebo do 50 setkání;
- dlouhodobá, která trvá déle než 6 měsíců a může zahrnovat i stovky setkání.

1.2 Formy sociální práce s drogově závislými

Mezi profesionální způsoby práce řadí Úlehla (1999, s. 33-41) osm základních profesionálních způsobů kontroly. Mezi tyto patří opatrování, kdy pracovník přebírá starost o klienta se vším všudy a klienta vnímá tak, že není schopen se sám o sebe postarat. Dozor, kdy pracovník kontroluje a hlídá, zda klient dodržuje normy a pravidla. Přesvědčování, kdy pracovník kontroluje klientovu motivovanost ke změně. Vyjasňování, kdy se pracovník spolu s klientem snaží společně definovat znění klientovy zakázky. Doprovázení, kde klient neočekává změnu toho, co je dané, ale chce či potřebuje mít někoho, kdo mu v daném pomůže ve smyslu nesení údělu, snášení a zvládnání nových situací. Vzdělávání, které je ve formě spolupráce a edukace mezi klientem a pracovníkem. Poradenství, kde klient touží po změně, ale není si vědom toho, co změně brání. Terapie, která nastupuje v případě, kdy si je klient vědom svého osobního problému, a potřebuje zmenšit svou bolest s tím, že má představu o tom, že by to bylo možné.

Matoušek (2005, s. 215) své publikaci uvádí následující rozdělení služeb a zařízení pro drogově závislé klienty. Terénní programy, které jsou realizovány přímo na ulici, v přirozeném prostředí klientů. Nízkoprahová kontaktní centra, která

nabízejí podobné služby jako terénní programy, ale s dodatečnou možností podávat klientům jídlo a provádění základních hygienických úkonů. Ambulantní léčba ve formě krizového či poradenského centra. Denní stacionář, který nabízí intenzivní denní program a léčbu. Psychiatrické nemocnice, nabízející pobytovou léčbu či terapeutické komunity, které poskytují středně až dlouhodobou léčbu a doléčovací centra s nabídkou následné péče.

Streetwork neboli terénní práce, která bývá zaměřena spíše na harm reduction (minimalizaci poškození) ve formě jednorázového poradenství, kde úkolem terénního pracovníka je spíše poskytnutí služeb než motivace ke změně návykového chování. Samotné motivační působení nastupuje většinou až v případně sekundární fázi. Primárním cílem je navázání kontaktu s uživatelem návykových látek a poskytnutí mu informací o možnostech odborné pomoci, harm reduction, snaha o zabránění nakažlivých nemocí (žloutenky, HIV, AIDS), výměna, sběr a likvidace použitých injekčních stříkaček a jehel. Není ovšem výjimkou, že terénní pracovníci nabízejí i první pomoc uživatelům či minimální zdravotnické ošetření, poradenství nebo základní krizovou intervenci. Jak příklad lze uvést terénní programy Sananim, které jsou zaměřeny na zmírnění zdravotního a sociálního poškození uživatelů nelegálních návykových látek na území hlavního města Prahy s tím, že zajišťují poskytování informací, distribuci sterilního zdravotního materiálu, ale i poradenství pro zlepšení zdravotní a sociální situace drogově závislých jedinců se snahou zvýšit jejich motivaci k změně stávajícího životního stylu a léčbě závislosti, jakož i zvýšení motivace ke změně životního stylu. Zmíněné terénní programy jsou určena i pro specifické skupiny, jako jsou Romové, uživatelé drog z bývalého Sovětského svazu, osoby s duálními diagnózami, lidé bez domova a další, kteří společně potřebují speciální přístup (Sananim, 2007).

Terénní programy jsou většinou první službou, se kterou se klient setkává a která mu je aktivně nabízena. Může se jednat o klienty, kteří si nepřipouští, že by mohli mít s drogami problém, prozatím pomoc sami aktivně nehledají nebo v institucionalizované pomoci nemají důvěru, nevědí, kam a na koho by se eventuálně mohli obrátit či dané zařízení znají, ale nemají pocit, že by jim mohlo být prospěšné a nabízelo jim služby, které potřebují (Broža, 2003, s. 269–273).

V **kontaktních centrech** se sociální pracovníci setkávají s klienty, kteří jsou více motivováni ke změně a je zde proto možnost pracovat na jejich změně formou motivačních rozhovorů i terapeutické práce na základě jasné zakázky. Rozdíl oproti harm reduction či terénní práci je v tom, že klient přichází sám, čili aktivně vyhledal pomoc odborníků: *„Pokud je klient ochoten docházet do kontaktního centra, můžeme hovořit o jakési záruce jeho stability přemýšlet o možnostech, které klient má vzhledem ke zmírnění následků užívání drog, k omezení nebo dokonce ukončení užívání drog nebo ke změně životního stylu. Zatímco v terénní práci klientovi především nabízíme, můžeme od klienta docházejících od kontaktního centra mnohem více chtít“*. (Broža, 2003, s. 271).

Jedním z hlavních bodů, aby nízkoprahové zařízení mohlo efektivně fungovat, je informovanost klientů o existenci tohoto zařízení. Z tohoto důvodu jsou kontaktní centra a terénní sociální práce propojeny. Jak vyplývá z analýzy potřeb klientů nízkoprahových zařízení, nejčastěji se o službách kontaktních center dozvídají od ostatních uživatelů či od přátel, přesto sami jako uživatelé doporučují dále šířit základní informace pomocí pracovníků těchto zařízení (Miovská et al., 2005, s. 43). Z daného lze vyvodit, že kontaktní centra tudíž nabízejí prohloubení vztahu mezi uživatelem a sociálním pracovníkem se zaměřením hlavně na změnu rizikového chování klientů formou nabídky různých programů, poradenství, motivačních tréninků, ale i zprostředkování léčby či poradenství pro rodinu a blízké okolí uživatelů.

Jak již zmíněno, v rámci dlouhodobé spolupráce s drogově závislými klienty, kteří splňují kritéria syndromu závislosti, ale nejsou motivováni abstinovat či nastoupit léčbu, se používá nejvíce tzv. harm reduction, který bývá vysvětlován jako minimalizace rizikového chování či poškození klienta, který není motivován k tomu, aby ve škodlivém a sebedestruktivním chování nepokračoval. Sociální pracovník se snaží o zmírnění či minimalizaci rizik, které mohou ohrožovat klientův život. V praxi se tak jedná např. o výměnu použitých jehel a injekčních stříkaček za nové, distribuci kondomů, ale i poradenství či edukaci týkající se možných rizik například u užívání drog nebo žloutenky typu B či C nebo AIDS (Kalina, 2003, s. 257).

Krátkodobá pobytová detoxikační léčba je uskutečňována v pobytových zařízeních. Většinou se jedná o uzavřená oddělení v psychiatrických nemocnicích, délka pobytu se zde pohybuje od jednoho týdne až po několik málo měsíců. Jedná se zde o klienty, kteří jsou motivováni ke změně svého návykového chování, ale nedaří se jim abstinovat, nebo o klienty, kteří jsou nuceni svým okolím ke změně. V tomto druhém případě je se velmi často jedná o neúspěšný proces, který drogově závislý za svůj život několikrát opakuje. Úspěšná detoxikace je podmínkou pro nástup do jiných dlouhodobých, často komunitních center pro léčbu závislosti (Čermák, 2014, s. 21-22).

Terapeutická komunita. V terapeutické komunitě, ve které klienti většinou po dobu jednoho roku spolu žijí, se pracuje především formou skupinové psychoterapie, vzdělávacích a pracovních programů, ale i volnočasových aktivit a práce na každodenním provozu zařízení, ve kterém pobývají a reflexe vzájemných vztahů mezi dalšími členy komunity. Klienti jsou tak vytrženi ze svého původního života, vzdáleni od rodiny či komunity uživatelů drog. Je zde podporován a kladen důraz na nácvik nového vhodného chování, zvyků a pracovních návyků (Kalina, 2003, s. 257).

1.3 Drogy a drogová závislost

Maisto (2015, s. 3-5) ve své publikaci uvádí, že pod pojmem droga je myšlena přírodní nebo syntetická látka, která má výrazný účinek na lidskou psychiku. Při pravidelném užívání může vést k fyzické či psychické závislosti, ale také ke zdravotním a sociálním komplikacím v životě uživatele. Drogou nejčastěji rozumíme psychoaktivní, omamnou či návykovou látku, která je nezákonná. Pro účely této práce vyřadím legální drogy, které jsou běžně v naší populaci využívány pro svůj psychoaktivní efekt jako například alkohol, tabák či kofein, a jsou společensky tolerovány a přijímány.

Mezi psychoaktivní látky podle Fišerové (2003, s. 114-118) patří:

- Stimulancia (kokain, extáze, nikotin, kofein) - stimulující drogy, přinášející slast a euforii;

- Tlumící látky (alkohol, benzodiazepiny, barbituráty);
- Opiáty (morfin, heroin, metadon);
- Kanabionidy (kanabis a marihuana) a Halucinogeny (LSD) - látky navozující změny smyslového vnímání.

A jak bývá definována závislost? Podle Vacka a Vondráčkové (2015, s. 513-515) je to chování, které nám přináší okamžité uspokojení, máme tendenci jej opakovat a stává se tak naším zvykem i přes negativní důsledky. Člověk se začne chovat impulsivně a ztrácí kontrolu nad svým chováním a jednáním.

Podle MKN-10 mluvíme o závislosti jakou o souboru „*behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritní v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí*“ s tím, že závislost vzniká, pokud během jednoho roku dojde ke třem a více z následující projevů: "*silná touha nebo nutkání užít látku, zaujetím užívání látky, projevující se narůstající redukcí jiných zálib a zájmů, zvýšením množství času nutného k získání látky nebo zotavení se z jejich účinků, potíže v kontrole užívání látky, pokračování v užívání látky navzdory jasnému důkazu škodlivých následků, zvýšená tolerance k účinku látky, somatický odvykací stav nebo užívání látky se záměrem zmínit odvykací příznaky.*" (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2014).

Oproti tomu DSM-5 rozlišuje i stupně závislosti na

- mírnou (dva až tři symptomy);
- střední (čtyři až pět symptomů);
- a silnou (šest a více symptomů).

Závislost je pak podle diagnostických kritérií závislostního chování definována následně: "*bažení, naléhavá potřeba a nutkání k užití substance; mnoho času strávených získáváním, užíváním nebo zotavováním se z účinků substance; užívání většího množství či po delší dobu, než bylo zamýšleno; přání a neúspěšná snaha*

omezit nebo přerušit užívání; nezvládnání pracovních, domácích nebo školních činností v důsledku užívání; pokračování v užívání i přes výskyt problémů v sociálních vztazích; opuštění důležitých sociálních, pracovních nebo rekreačních činností v důsledku užívání; opakované užívání navzdory vlastnímu ohrožení; pokračování v užívání navzdory povědomí o tom, že užívání zhoršuje či způsobuje vlastní somatické či psychické problémy; tolerance - potřeba zvyšování množství pro dosažení žádoucího účinku; rozvinutí odvykacích příznaků, které mohou být redukovány dalším užitím“. (Kalina a kol., 2015, s. 515).

Závislost lze členit na fyzickou, psychickou a sociální. Fyzická závislost vzniká hlavně u tlumivých léků a opiátů např. u heroinu. Projevuje se při nedostatku drogy v těle různými tělesnými obtížemi jako například: zvracení, únava, nespavost, zimnice, bolesti svalů a kloubů, křeče, deprese. Tímto vzniká začarovaný kruh, protože uživatel bere tyto látky ne z důvodu, aby mu bylo dobře a získal pozitivní symptomy, ale proto, aby se vyhnul výše uvedeným tělesným projevům.

Psychická závislost bývá spojená s uvedenou fyzickou, jinými slovy, pokud se necítíme dobře fyzicky, není nám dobře ani psychicky. Mozek si již zvykl na přísun látek, které ho i celé tělo pozitivně stimulují, a tak vyvolává chuť, aby tomu tak bylo i nadále. Proto uživatel pociťuje velmi silnou a nepotlačitelnou touhu po droze, snaží se jí získat, často se věnuje pouze tomu, aby získal finanční prostředky na její nákup, a tak ztrácí zájem o veškeré jiné činnosti, které nejsou spojené s nákupem nebo užitím drogy.

Sociální závislost neboli závislost na životním stylu a osobách, se kterými uživatel drogu aplikuje a poté sdílí své stavy. Tedy závislost na společenství drogově závislých uživatelů, na jejich přítomnosti, spolubytí, společnosti (Pešek, 2007, s. 9-10).

1.4 Charakteristika drogově závislého

Podle Vágnerové (2012, s. 289), která uvádí možné příčiny, proč se lidé uchylují k užití drogy, existují následující možnosti: únik z aktuální prožívané situace, dosažení pocitů štěstí, inspirace, pohody, lepšího sebeobrazu, nových zážitků, vylepšení osobních schopností a dovedností. Je tedy možné, že uživatelé

drog se snaží o vyhnutí se jak psychické tak fyzické bolesti, o nalezení duševního klidu a pohody nebo o útěk před realitou, nudou, potřebu nových zážitků, potřebu odlišit se od ostatních, jakož i snahu zvýšit si sebevědomí. Ale také potřebu zklidnit se nebo naopak načerpat energii, mít lepší výkonnost, zbavit se svých problémů a dosáhnout radosti.

Obdobně i Pešek (2007, s. 9-10) ve své publikaci uvádí jednotlivé příčiny, důvody a motivace k užívání drog:

- Fyzický důvod (snaha o uvolnění se, potřeba udržet dobrý výkon a mít dobré výsledky, zbavení se únavy);
- Smyslový (snaha o zesílení stávajícího smyslového vnímání, např. vnímat vyšší intenzitu barev a hudby);
- Pocitový (snaha o vyvolání si pocitu štěstí a dobré nálady, úleva před negativními pocity jako jsou úzkosti, deprese, strach, smutek a špatná nálada nebo zlost);
- Vztahový a sociální (získat lepší komunikační dovednosti, patřit do určité skupiny nebo party);
- Filozofický a intelektuální (snaha o hledání smyslu života, pochopení filozofických myšlenek, hledání nových pohledů);
- Politický (protestovat proti protidrogovým zákonům, proti kapitalismu);
- Kreativní a estetický (hledání nových inspirací);
- Spirituální (navázat kontakt s Bohem, nadpřirozenem nebo s minulými životy).

Pokud uživatel vyzkouší drogu a zjistí, že mu přináší příjemné prožitky a fyzickou pohodu, vyhledává jí stále častěji. Tím se může stát na jejich účincích závislý. Drogovou závislost můžeme rozdělit na fyzickou, psychickou a sociální. Mezi největší společenské problémy ilegálního užívání drog pak podle Lymana (2007, s. 8) patří násilí v rodinách a zneužívání dětí, zvýšené náklady ve zdravotnictví a na léčbu klientů, snížení bezpečnosti ve společnosti, snížená produktivita, narušení sociálního systému, ztráta individuální svobody, politická korupce a AIDS.

1.5 Vývoj drogové závislosti

Vývoj závislosti na drogách vzniká v stejných fázích jako u alkoholu, ale vznik závislosti je mnohem rychlejší. První fáze je fáze experimentu, kdy impulsem může být snaha o únik před problémy, zvědavost, nuda či touha po vyzkoušení něčeho nového nebo potřeba dokázat si svou nezávislost. Následuje druhá fáze příležitostného užívání, kdy její užívání je nepravidelné a důvody jsou stejné jako u předchozí fáze. Uživatel často nepřizná, že má s drogou již nějaké zkušenosti a je si vědom jejich rizik, stále má ovšem své zázemí a drogám ještě nepropadl. Jako třetí fáze je uváděna fáze pravidelného užívání, kdy se uživatel snaží popřít veškerá rizika spojená s užíváním a nechce si připustit svou závislost. Ve čtvrté fázi návykového užívání se stupňuje uživatelova závislost a začíná se projevovat lhostejnost k věcem, které se netýkají drog. Uživatel svou závislost již netají a drogy se stávají jeho prioritou. Mění se uživatelovo emoční prožívání i aktivační úroveň, člověk může být jak extrémně aktivní, tak i velmi utlumený, bývá labilnější, podrážděný, přestává mu záležet na okolí a má problémy se sebeovládáním. Mění se hodnotový žebříček a droga se stává jeho jediným zájmem. Při nadměrném užívání se mohou projevovat poruchy vnímání halucinace, bludy a poruchy psychomotoriky (Vágnerová, 2012, s. 291-292).

Stejně tak Kopecká (2015, s. 97) uvádí fázi experimentální, kdy si člověk nepřipouští možnou závislost a užívá si nové pocity jako svobodu a nezávislost a vnímá jen pozitiva, která droga přináší. Následuje fáze sociálního užívání, kdy si uživatel myslí, že má vše pod kontrolou, ale droga začíná být zdrojem problémů, protože se začínají projevovat zdravotní problémy, jako jsou např. bolest hlavy, nespavost, nechutenství, stres či sklony k agresivitě. Třetí fázi popisuje autorka jako fázi závislosti a každodenního užívání, kdy člověk ztrácí kontrolu nad svou závislostí, svůj denní rytmus a činnosti podřizuje droze, jeho zaměstnání, rodina, přátelé i hodnoty se odsouvají na poslední místo a droga je prioritou. Uživatel začíná mít finanční problémy, které řeší krádežemi, podvody či prostitucí. Díky tomu se dostává mimo okruh svého sociálního zázemí a bývá vylučován jak z okolí přátel a rodiny, tak i ze zaměstnání na okraj společnosti. Poslední fáze je fáze užívání k dosažení normálního stavu, v této fázi uživatel potřebuje drogu, aby se udržel při životě, při vynechání dávky se objevuje

abstinenční syndrom a s tím spojené bolesti, halucinace, zimnice, celkové vyčerpání, deprese a stres.

1.6 Prevence drogové závislosti

Cílem protidrogové prevence je předcházení škodám, které návykové látky mohou způsobit. Jedná se nejen o škody na zdraví jedince, ale celkově na jeho životě a životním stylu včetně jeho sociálního okolí a návyků. V zásadě se jedná o cíl, aby docházelo ke snižování poptávky po drogách, ale i opačně, aby drogy byly méně dostupné (Stibůrek, 1999, s. 25-29).

Kopecká (2015, s. 96) ve své knize uvádí, že primární prevence probíhá především v sociálním prostředí rodiny a školy a spočívá v dobré výchově dítěte. Proto je nutné, aby dítě vědělo, že drogy jsou škodlivé a bylo tak vedeno k zodpovědnosti a kvalitnímu trávení volného času. Sekundární prevence spočívá v identifikaci dětí, které mohou být drogou ohroženi, projevuje se u nich např. zhoršený prospěch, změny chování a drobné krádeže. terciární prevencí máme na mysli samotnou léčbu, která začíná zbavením organismu drogy a celkovým detoxem a léčbou přidružených onemocnění.

Podle WHO se protidrogová prevence rozděluje následovně: Primární prevence, která probíhá nejčastěji u dětí a dospívajících v rodinách nebo ve školách formou besed a seminářů, jedná se o předcházení a podávání informací osobám, kteří drogy neužívají. V případě sekundární prevence se jedná především o předcházení závislosti u osob, které s drogami již experimentují. U terciární prevence hovoříme o léčbu detoxem a následnou sociální rehabilitaci a podporu v abstinenci (Kalina, 2003, s. 17).

Vzhledem k tomu, že téma mé práce se zaměřuje na klienty, kteří jsou ve službách sociálních pracovníků déle než půl roku, se následně zaměřím především na sekundární a terciární prevenci.

1.7 Problémy drogově závislých

Většina uživatelů drog říká, že užívá více drog, jedná se o takzvané polymorfní užívání. Zároveň tito klienti často mívají problémy s alkoholem, který v léčbě závislosti bývá často podceňován a alkohol je tak jejich sekundární návykovou látkou. Drogově závislí často mají i různé sociální problémy jako například bezdomovectví, nezaměstnanost a s tím spojená chudoba a nízké dosažené vzdělání. Často také tito lidé páchají různou trestnou činností, proto je vysoká míra trestné činnosti u drogově závislých velmi vysoká. Dále tito uživatelé mívají psychické poruchy a onemocnění, někteří z nich byli v minulosti fyzicky či sexuálně zneužíváni. Pokud klienti užívají drogu nitrožilně, dochází ke snadnému přenosu infekcí pomocí krve, což má za výsledek výskyt žloutenky typu B, C či HIV. Bohužel u těchto klientů je velmi častá předčasná úmrtnost, může se jednat o následky fibrózy jater, AIDS, ale i o různé nehody a sebevraždy (Gossop, 2009, s. 13-15).

2 Syndrom vyhoření a jeho prevence

Cílem mé práce je zjistit příčiny, které by mohly způsobovat syndrom vyhoření v dlouhodobém vztahu sociálního pracovníka s klientem. Za účelem dosažení cíle v druhé kapitole nejdříve definuji syndrom vyhoření, uvedu příznaky, příčiny a jeho fáze.

2.1 Definice syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout, syndrom vyhasnutí, syndrom vyhaslosti či syndrom vyprahlosti byl zaveden a poprvé popsán v roce 1974 Herbertem Freudenbergerem v článku "Staff burnout" v časopise Journal of Social Issues. *„Tento pojem vznikl, když Freudenberg pracoval v rehabilitačních centrech pro drogově závislé a popisoval u lidí, kteří pracovali v pomáhajících oborech, jejich emocionální, fyzické a intelektuální vyčerpání, které bylo způsobené jejich neustálou mentální zátěží. Jejich vyčerpání se projevuje jako chronická únava, náchylnost k nemocem, nespokojenost a pocit selhání, bezmoc a beznaděj a cílicí odpor ke své práci a všeobecně k životu“* (Maroon, 2012, s. 9).

Křivohlavý (1998, s. 49) ve své publikaci říká, že Freudenberger syndrom vyhoření vymezuje takto: *„Vyhoření je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“*.

Podle Matouška je *„syndrom vyhoření soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu. Pracovníkem zde míníme jak profesionála, tak dobrovolníka“* (Matoušek, 2003, s. 55).

Syndrom vyhoření tedy vzniká, pokud dojde k nerovnováze mezi profesní realitou a profesním očekáváním. Je velmi důležité odlišit ho od deprese nebo vyčerpání, hlavním znakem je totiž pochybování o smyslu své práce. Projevy syndromu vyhoření jsou uvedeny v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10),

konkrétně je tato problematika řazena mezi Problémy spojené s obtížemi při vedení života, obdobně jako nedostatek odpočinku a volného času či stresu.

2.2 Příznaky syndromu vyhoření

Podle Křivohlavého (1998, s. 18-19) patří sociální služby a sociální péče mezi jedno z hlavních míst, kde k syndromu vyhoření dochází. Nejenže se sociální pracovníci denně setkávají s osobami v těžkých životních situacích, ve kterých nejsou náležitě ocenění, ale jsou velmi často i finančně špatně ohodnoceni. Dále se musí potýkat i s profesními překážkami, kdy se například klient nevyvíjí podle jejich představ, či s různými komunikačními či hodnotovými střety.

Mezi příznaky syndromu vyhoření patří na fyzické úrovni *„ztráta energie, tělesné vyčerpání, chronická únava, nedostatek spánku, oslabení imunitního systému, náchylnost k nemocem, problémy s krevním oběhem, problémy se zažíváním, časté bolesti hlavy, ztuhlé šjiové svaly“*, na emoční úrovni se jedná především o *„emoční vyčerpání a pocity přetížení, antipatie vůči klientům, defenzivní, paranoidní přístup, sníženou sebeúctu, depresi, skleslost, frustraci, strach jít do práce, pocity bezmoci, zoufalství, zbytečnosti nebo i o sebevražedné sklony“*, na kognitivní úrovni se jedná o *„slabou koncentraci a paměť, dezorganizaci, nepřesnost, neschopnost plnit své úkoly a ztrátu flexibility“*, a na úrovni chování jde o *„úpadku myšlení, cynismu, snížení výkonnosti, častých konfliktech s druhými, apatii, zvýšení agrese, vysoké absenci v zaměstnání, zlepšení nálady o víkendech, izolaci, vyhýbání se kontaktu, konflikty s druhými osobami, zvýšené konzumaci alkoholu, kávy, cigaret“* (Poschkamp, 2013, s. 35).

O základních třech druzích vyčerpání mluví i Křivohlavý (1998, s. 15-18) a Maroon (2012, s. 22-23), kteří vyčerpání rozdělují následovně:

- Fyzické vyčerpání, které se projevuje nedostatkem energie, chronickou únavou, častými nemocemi a zdravotními problémy, jako jsou bolesti zad a hlavy a dalšími různými psychosomatickými potížemi;
- Emocionální vyčerpání, které je často provázeno pocity jako beznaděj, bezmoc či lhostejnost;

- Mentální vyčerpání, které se projevuje negativismem jak vůči práci, kolegům a klientům tak i vůči sobě samému nebo i ke svému širšímu okolí.

Křivohlavý (1998, s. 52-54) zdůrazňuje odlišení syndromu vyhoření od ostatních negativních psychických jevů. Například od stresu nebo distresu, který sice patří mezi negativní emocionální zážitky a je definován napětím mezi zátěží a možností zátěžové situace zvládat, avšak od syndromu vyhoření se liší tím, že se vyskytuje pouze u osob, které jsou velmi zaujati svou prací, mají vysoké pracovní nároky, cíle, očekávání a výkonovou motivaci. V případě deprese, která se může vyskytnout i u osob, které nepracují, ale může být i projevem a vedlejším příznakem syndromu vyhoření. Únava se také může považovat za vedlejší příznak syndromu vyhoření, ale obecně bývá více spojena s tělesnou námahou a fyzickou zátěží.

2.3 Fáze syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření bývá popisován ve fázovém modelu Edelwiche a Brodského jako vývojová situace následovně: V prvním kroku je nadšení, přichází fáze stagnace, poté frustrace a následně apatie (Stock, 2010, s. 23-24).

V případě **nadšení** je pracovník v novém zaměstnání zpočátku zapálen pro svou práci a je nadšen, plný nápadů, jeho práce ho nabíjí a je smysluplná. Nebrání se práci přesčas nebo o víkendech, i ve svém volném čase se zabývá tím, co by se v práci dalo zlepšit. Dalším krokem je **stagnace**, kde postupně dochází k vystřízlivění, z původního nadšení se stává stagnace, nadšení pomalu upadá. Dané může být způsobeno okolím, které není příliš nakloněné ke změnám v organizaci a pracovník postupně slevuje ze svých ideálů. Následuje **frustrace**, v rámci které pracovník bilancuje nad svou prací, přemýšlí o jejím smyslu a o efektivitě. Může zde dojít k tzv. tunelovému vidění, tj. stavu, kdy se pracovník od své práce nedokáže odpoutat, ve volném čase přemýšlí nad možnými změnami, často se v této fázi cítí zklamaný a osamělý. Předposledním bodem je **apatie**, kdy v apatické či lhostejné fázi pracovník redukuje svou práci jen na nejnutnější úkoly, které je potřeba vykonat. Nevidí smysl v dalším rozvoji, vyhýbá se komunikaci s kolegy, často preferuje administrativní práci před kontaktem s klienty. Cítí se bezmocně a

beznadějně. Posledním krokem je **vyhoření**. Zde nacházíme negativní postoje vůči sobě i klientům, pracovník ztrácí pocit zodpovědnosti i schopnosti mít radost ze své práce, může dojít k projevům agrese, ztráty trpělivosti, vyčerpanosti a zvýšené únavě.

2.4 Příčiny syndromu vyhoření

Příčin syndromu vyhoření je celá řada, v zásadě se dají rozdělit do třech hlavních kategorií na příčiny na straně organizace, na straně jednotlivce a na straně společnosti jako takové.

Podle Krivohlavého (1998, s. 26-32) z pohledu organizace existují tyto rizikové faktory:

- nedostatek uznání či ocenění;
- nesmyslnost či nepřiměřenost požadavků či úkolů;
- vysoké byrokratické nároky na pracovníka;
- nedostatečný zájem o potřeby zaměstnanců;
- nepohoda a nevlídná atmosféra mezi jednotlivými členy kolektivu;
- nejasná struktura organizace, špatné vymezení pracovních kompetencí či rozložení pracovní zátěže;
- chybějící nebo nedostatečná supervize a nemožnost konzultací obtížných clientských případů;
- nedostatečné zaučení nových kolegů;
- chybějící plán osobního rozvoje.

Obdobně se vyjadřuje i Vodáčková, (2002, s. 174-175), která uvádí následující rizikové faktory, které mohou syndrom vyhoření způsobit:

- Nejasnost profesionální role;
- Nesplnitelnost pracovních úkolů;
- Neslučitelnost pracovních úkolů;
- Přemíra úkolů;
- Neadekvátní finanční ohodnocení;

- Pracovní náplň přesahující schopnosti a kvalifikaci pracovníka;
- Kritika a absence ocenění.

Křivohlavý (1998, s. 26-32) dále uvádí, že existuje blízké propojení s mírou kontroly a svobody, kterou má sociální pracovník na svém pracovišti. Bývá to spojeno s nemožností se rozhodnout podle svých představ tam, kde je pracovník úzce svázán s interními předpisy a nařízeními, ale na druhou stranu pracovníkovi ani nesvědčí, pokud má příliš mnoho volnosti a není korigován mantinely, které mu předpisy a směrnice mohou přinášet. Stejně tak s možností kontroly své práce se může pracovník cítit zavržený či nedůležitý, pokud ho nikdo nekontroluje, ale může se cítit i jako v pasti a pod drobnohledem, pokud je každý jeho krok bedlivě pozorován, kontrolován a hodnocen.

Na straně jednotlivce syndromu vyhoření mohou napomáhat určité osobnostní charakteristiky jednotlivce. Může se jednat jak o psychické příčiny, jako jsou např. absence volnočasových aktivit a zájmů, nedostatek spánku a odpočinku, špatná časová organizace, negativní myšlení a špatné sebehodnocení nebo pocit nedostatečnosti či detailnost a puntičkářství, může ale také jít o nadměrnou kritičnost vůči svému okolí, přecitlivělost či vztahovačnost, touhu po dokonalosti, nadměrný optimismus, nereálné představy či příliš velké pracovní nasazení. Z druhého pohledu se může jednat i o fyzické limity jednotlivce jako například nedostatečnou odolnost, neschopnost zvládat stresové situace či nezdravý životní styl. Samozřejmě i soukromí se může promítnout do pracovního života sociálního pracovníka, velký vliv na to mají obecně známé zátěžové situace v podobě finančních či rodinných problémů, úmrtí blízké osoby, rozvodu, stěhování apod. (Jankovský, 2003, s. 160).

Mezi rizikové faktory, které mohou vyhoření způsobit, může patřit nejen vysoká pracovní zátěž, ale i nedostatek samostatnosti, uznání, špatný kolektiv, pocit nespravedlnosti, konflikt hodnot, sebepoškozující vzorce chování, motivátory a nízká odolnost vůči stresu a napětí. Proto je velmi vhodné mít otevřený vztah s nadřízeným i kolegy, ale i pravidelnou supervizi, znát time management, mít odstup a být si vědom svých vlastních problémů a limitů. Sociální pracovník by si měl být schopen přiznat i své vlastní slabiny a zároveň mít oporu ve svých vlastních sociálních vztazích. Stock (2010, s. 32) ve své publikaci uvádí, že jednou

z možností jak předejít syndromu vyhoření, je být si vědom toho co nás stresuje a pracovat s tzv. stresovou mapou s možností mapování stresu, zobrazením pozitivních a negativních vlivů a s energií.

3 Ochrana před syndromem vyhoření

Cílem mé práce je mimo jiné také zjistit, jak se dá krizi a případnému syndromu vyhoření předcházet. Z tohoto důvodu v následující kapitole popíši potřeby odborného pracovníka, nutnost jeho volnočasových aktivit a dobrého zázemí, pomocí nichž se sociální pracovník může chránit a rozvíjet. Zároveň se z profesionálního pracovního hlediska zaměřím na supervizi jakožto na možnou pomoc v případě problémů s klientem.

3.1 Potřeby odborného pracovníka

Sociální pracovník je především člověk, proto i pro něj je velmi důležité mít stabilní zázemí. Podle Maroona (2012, s. 55-60) většina modelů znázorňující model syndromu vyhoření vysvětluje jeho vznik a vývoj jako následek neslučitelnosti a tření mezi jednotlivcem a jeho profesním i soukromým okolím. Nejdůležitějším prostředkem k dosažení profesních cílů a standardu jsou osobní, pracovní – technické a sociální podpůrné struktury, např. společenské cíle a hodnoty. Pokud má tudíž pracovník podpůrné okolí, jsou zde přítomny pozitivní faktory, je dosaženo cílů, dochází k naplnění očekávání, nastupuje pocit úspěchu a existenciální signifikace. V opačném případě, pokud má pracovník stresující okolí, jsou zde přítomny negativní faktory, cíle nejsou dosaženy, dochází ke ztroskotání a k vyhoření.

Schmidbauer (2008, s. 225) hned v první kapitole věnované ochraně před syndromem vyhoření uvádí pasáž: *„Kdo se může profesionálně vyvíjet, ten nevyhoří.“* Autor dále popisuje několik bodů, které podle studie Heinricha Jansen-Dittnera a Kerstin Munker pomáhají před syndromem vyhoření. Těmito jsou situace, pokud se pracovníci zajímají o své zdraví a práci, kterou vykonávají, a přitom se necítí být obtěžováni svými klienty, vnímají sami sebe jako profesionály, kteří umí zvládnout zátěž a učí se překonávat obtíže a zároveň mají nastavenou správnou rovnováhu mezi soukromým a pracovním životem. Vnímají smysl své práce, dokážou se distancovat od nároku pomoci v bezvýchodné situaci a vědomě usilují o změny a jsou iniciativní, mají pocit, že pracovní situaci mají takzvaně ve

svých rukou. Dále vnímají podporu své práce od kolegů, nadřízených i od rodiny a svou práci vnímají jako výzvu, díky které mohou profesně i osobnostně růst. V neposlední řadě se rádi učí novým věcem.

3.2 Individuální možnosti ochrany před vyhořením

Jak uvedeno výše, mezi možné příčiny syndromu vyhoření patří i soukromý život. Z tohoto důvodu je osobní a soukromé zázemí pracovníka velmi důležité pro výkon jeho povolání.

Kopřiva (2013, s. 100) uvádí následující hlavní nástroje jako individuální možnosti ochrany před syndromem vyhoření. Konkrétně se jedná o zdravý životní styl v příkladné podobě dostatku spánku a pohybu a zdravé výživy, dále je to dostatek aktivních zájmů a koníčků, kvalitní mezilidské vztahy a přijetí sebe sama.

Stejně tak Křivohlavý (2012, s. 119-121) uvádí, že velmi důležitá ochrana je také ve formě dostatku pohybu, odpočinku a relaxace. Je vhodné věnovat se ve volném čase odlišným činnostem než ve svém zaměstnání, a to zejména z toho důvodu, aby měl pracovník možnost přijít na jiné myšlenky, aby neuvízl ve stereotypu a nebyl zahlcen pouze svou prací a pracovními povinnostmi. V rámci daného je zde i zdůrazněn významu sportu, ale i různých manuálních prací, prací v domácnosti, a další různých kulturních aktivit a interakcí s dalšími lidmi, kteří pracovníkovi budou dobrou sociální oporou. V praxi může jít jak o rodinu, pracovní kolektiv a přátele, ale také o sousedy či známé, se kterými má pracovník společné zájmy.

3.3 Supervize jako prevence syndromu vyhoření

V této části naváží tématem supervize jakožto profesionální možnosti předcházení syndromu vyhoření.

Supervize je jednou z hlavních profesionálních možností, v rámci které má sociální pracovník možnost odborně konzultovat svou práci s jinými odborníky a získat možnost náhledu na svou práci s nabídkou možnosti řešení jeho případných

pracovních obtíží. Poprvé supervizi definovala Robinsonová v roce 1936 ve své práci *Supervision in Social Casework* jako „... *vzdělávací proces, ve kterém osoba s určitou výbavou znalostí a dovedností přijímá odpovědnost za výcvik osoby, která je vybavena méně*“ (Machová, 2004, s. 17).

Podle Havrdové a Hajného je „*supervize odborná činnost, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje pracovníka, skupiny nebo týmy v pomáhajících profesích k tomu, aby dosáhli určitých organizačních, profesionálních a osobních cílů. Obecnými cíli jsou zlepšení kvality práce a podpora profesionálního růstu.*“ (Havrdová, Hajný, 2008, s. 40).

Podle Kopřivy jde o „*proces praktického učení, v němž supervizor-učitel pomáhá supervidovanému řešit konkrétní situace, které vznikají při jeho práci s klienty*“ (Kopřiva, 2013, s. 136).

Matoušek uvádí, že cílem supervize by především měl být profesionální rozvoj sociálního pracovníka jak po stránce jeho dovedností a kompetencí pro napomáhání k lepšímu zvládnutí stresových situací a lepší vzájemné spolupráci mezi kolegy v rámci týmu, ale měla by být i nápomocna k lepšímu životu sociálního pracovníka (Matoušek, 2003, s. 514-516).

Co se týče forem supervize, tato může mít skupinovou podobu, ve které je ideální počet 5 až 8 supervidovaných osob s obdobnou náplní práce a z identické organizace, a v takovém případě hovoříme o týmové supervizi. Týmová supervize je zaměřena nejen na pracovní vztahy v organizaci, ale i na součinnost týmu jako celku. Existuje ale i možnost, že účastníci pocházejí z různých pracovišť a organizací a supervizní skupina je vytvořena pouze za účelem supervize, a v tomto případě hovoříme o skupinové supervizi. Jinou možností konzultovat své případy je intervize, resp. skupinové setkání stejně či obdobně postavených kolegů bez účasti supervizora. Supervize existuje i na úrovni jednotlivce, kdy je na sezení přítomen pouze supervizor a supervidovaný, v tomto případě hovoříme o individuální supervizi (Matoušek, 2003, s. 514-516).

4 Shrnutí teoretické části

Tématem mé bakalářské práce je krize a syndrom vyhoření v dlouhodobém profesionálním vztahu sociální pracovník – klient. Z tohoto důvodu jsem se v první kapitole věnovala problematice sociální práce s drogově závislými klienty se zaměřením pozornosti na základní teoretická východiska týkající se základní charakteristiky a definice sociální práce, jednotlivé formy sociální práce s klienty v podobě drogově závislých jedinců, deskripci problematiky drog a drogové závislosti, jakož i drogově závislého jedince, vývoj a prevenci drogové závislosti a související problémy drogově závislých.

Následující dvě kapitoly byly zaměřeny na téma syndromu vyhoření a prevenční faktory jak z hlediska supervize jakožto profesionálního nástroje, tak i z pohledu volnočasových aktivit a sociální opory pracovníka. Syndrom vyhoření byl analyzován ve smyslu definice pojmu s následným představením základních příznaků, jednotlivých fází a v neposlední řadě i příčin, které syndrom vyhoření způsobují. Pozornost byla věnována i tématu možné ochrany před syndromem vyhoření s určením základních potřeb odborného pracovníka a možností, jak syndromu vyhoření předcházet, a to jak v podobě individuálních možností či supervize.

5 Výzkumné cíle a oblasti

Na základě studia materiálů týkajících se drogově závislých uživatelů a syndromu vyhoření, představených v předcházejících kapitolách teoretické části práce, jsem se rozhodla pro realizaci empirického šetření týkajícího se problémů, které mohou přerůst v krizi a následně vyústit v syndrom vyhoření v dlouhodobém vztahu sociální pracovník – drogově závislý klient.

Jak jsem charakterizovala délku trvání terapie a spolupráce s klientem podle Vymětala v kapitole Charakteristika sociální práce, za dlouhodobou spolupráci, resp. dlouhodobý vztah pokládám délku spolupráce, která je delší než šest měsíců. Pod pojmem krize mám na mysli problémy, neshody, které mohou být pozvolným spouštěčem frustrace, která se může vyvinout v syndrom vyhoření.

5.1 Metoda sběru dat a výzkumného šetření

Pro tuto práci a vlastní výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní výzkumné šetření a jako metodu pro analýzu dat jsem zvolila tematickou analýzu, pomocí které analyzuji nejčastěji se opakující se témata, která z rozhovorů vyplynou. Kvalitativní data lze totiž charakterizovat jako komplexní a vysoce rozmanitá, kdy právě tematická analýza může být vhodným nástrojem pro zpracování veškerých nuancí spojených s daty z kvalitativního empirického šetření. Mezi benefity této metody lze jednoznačně řadit flexibilitu, její využití je možné v situaci, kdy vycházíme z určité teorie, resp. máme například předem stanovenou hypotézu či výzkumnou otázku, stejně tak se tato může objevovat až při samotné analýze, kdy hovoříme o induktivní tematické analýze (Braun, Clarke, 2006).

Pro moji práci jsem volila metodu stanovení výzkumných otázek na počátku se zohledněním stanovisek výše uvedených autorek ve smyslu případných rizik tematické analýzy, kdy výzkumník sehraje roli aktivního prvku, který o získaných datech přemýšlí, hledá příslušné korelace, vnímá je, rozumí jim a především je interpretuje. Z daného vyplývá, že individuální interpretace je skutečně individuální v tom smyslu, že dva jedinci mohou identická data interpretovat naprosto odlišně. Z tohoto důvodu jsem přesvědčena o tom, že úvodní

nastolení hypotéz, resp. výzkumných otázek případný kritický okamžik subjektivního výkladu získaných dat bude eliminován.

Data jsem se rozhodla získávat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Před realizací rozhovorů v souladu s etickým kodexem byli respondenti seznámeni s nutností podpisu informovaného souhlasu. V něm je uvedeno mé jméno a skutečnost, že provádím výzkumné šetření na téma Krize a syndrom vyhoření v dlouhodobém profesionálním vztahu sociální pracovník – drogově závislý klient z pohledu sociálního pracovníka, že při rozhovorech budu pořizovat zvukový záznam a že zpracování a následná prezentace výsledků v mé bakalářské práci bude anonymizováno.

Dále byli respondenti požádáni o sdělení základních informací v tom smyslu, jak dlouho pracují s drogově závislými klienty a jaké mají nejvyšší relevantní dosažené vzdělání.

Všechny rozhovory, které jsem vedla, byly nahrány na mobilní telefon. Vzhledem k tomu, že rozhovory probíhaly v klidném, tichém a nerušeném prostředí, jsou nahrávky velmi dobře srozumitelné.

Zpracování rozhovorů jsem před jejich přepisem několikrát znovu naposlouchala, tak aby došlo ke snadnější asociaci a následně jsem začala s jejich doslovným přepisem. Po poslechu, přepisu a čtení rozhovorů jsem zvýrazňovala nejčastěji se objevující témata rozhovorů. Tento postup jsem opakovala u každého jednotlivého rozhovoru a následně jsem seskupila nejčastěji se vyskytující se témata, které tvoří jednotný celek.

5.2 Výzkumné oblasti

Cílem mého výzkumného šetření je prozkoumání následujících výzkumných oblastí:

1. Kdy při dlouhodobé práci s klientem dochází k frustraci či syndromu vyhoření?
2. Jaký typ klienta, jaké situace a momenty mohou problém či krizi způsobit?
3. Jak se daný problém řeší, jak krizi předcházet?

Tato témata vzešla z teoretické části, ve které jsem popsala možné příčiny syndromu vyhoření a zároveň také problémy, se kterými se drogově závislí klienti setkávají a které ve svých životech prožívají.

Proto jsem své respondenty požádala o odpověď na následující otázky:

1. Popište prosím, problém či krizi, kterou zažíváte s klientem, kterého máte v péči alespoň půl roku. Máte v některých situacích pocit, že vaše práce je zbytečná?
2. Řešila jste tento problém s kolegy případně se svým nadřízeným nebo v supervizi?

Pokud to bylo nutné, pokládala jsem i doplňující otázky, jako například:

- a) Jak dlouho trvá váš pracovní vztah s problémovým klientem? Kdy se tento problém vyskytl?
- b) Vnímáte tento problém i u ostatních klientů?
- c) Zasahuje nepohoda s klientem i do vašeho soukromého života?

5.3 Možné problémy vedoucí k syndromu vyhoření

Na základě výše uvedených otázek, které respondentům přednesu, se domnívám, jaké jsou problémy či krize, které by později mohly být příčinou syndromu vyhoření. V praxi by se mohlo jednat o následující témata:

- Klient je nespolehlivý, nepřichází včas na domluvené schůzky či nedrží dohody;
- Klient stagnuje a neposouvá se, neřeší svůj problém;
- Klientů se stejným problémem je mnoho a sociální pracovník by uvítal změnu témat či zaměření na jinou cílovou skupinu.

Úlehla (1999, s. 28-31) ve své publikaci rozděluje vše, co sociální pracovník o klientovi ví a dozvídá se, do dvou skupin na přijatelné a nepřijatelné. Pracovník by si měl být neustále vědom toho, že je to právě on, kdo vybírá, jakému způsobu klienta se bude věnovat a rozlišuje klientovy způsoby na přijatelné a

nepřijatelné. Dané je o to náročnější, že pomyslná hranice mezi uvedenými způsoby není konstantní a neustále se mění. Autor dále uvádí, že jedním z nejdestruktivnějších názorů je přesvědčení, že existuje standardní postup, jak se v určitých situacích správně zachovat a jak řešit problém. Toto by se mohlo týkat zejména sociálního pracovníka typu administrátor či byrokrat, který se často řídí danými postupy. Často se také přijatelné a nepřijatelné chování mění také podle toho, v jakém rozpoložení se sám pracovník právě nachází. V dobré náladě je schopen více akceptovat a přijímat nežli v situacích, kdy je ve stresu nebo se necítí nejlépe. Stejně chování je také možné hodnotit jinak, pokud jsou mezi klientem a pracovníkem vzájemné sympatie. V praxi to znamená, že přístup sociálního pracovníka ke klientům se v různé době, náladě, u různých klientů a v různých situacích mění, proto je důležité počítat se svou lidskou stránkou a být si vědom svých limitů.

Bartošíková a kol. (2003, s. 33-34) uvádí několik negativních přístupů, kterými se sociální pracovník může ke klientům vztahovat. Jedná se o:

- Protipřenos a předsudky, kdy například nazývá klienty "špinavejma feťákama" a zabraňuje tak možnosti vnímat klienta jako individualitu a přijímat ho jako osobnost. Může se tak jednat o omyl v kariéře či omyl pracovního zařazení;
- Nereálné představy jako nadměrné očekávání, které může vést ke zklamání či nereálné představě o vlastních schopnostech či dovednostech
- „*Profesionální ješitnost*“, kdy sociální pracovník chce mít klienta ve své péči a nechce s ním spolupráci ukončit;
- „*Emoční zapletenost*“, kdy pracovník od klienta očekává, aby naplňoval různé potřeby, jako například potřebu se o někoho starat a pečovat, mít potřebu moci a uznání, potřebu být obklopen lidmi – dělat si z klientů kamarády, mít si s kým povídat, zažívat dobrodružství, snaha o dominanci, kontrolovat, trestat, poučovat či moralizovat klienty;
- Nedostatečné sebehodnocení či kladného vztahu sama k sobě, pokud pracovník nemá rád sám sebe, nemůže mít rád a přijímat klienty. Často se jedná o pracovníky s depresivními sklony;

- Vnášení osobních konfliktů či problémů do vztahu s klientem, např. rodinné, partnerské, či pracovní neshody s kolegy;
- Vlastní nevyřešené postoje k drogám, což bývá problém u bývalých, vyléčených a abstinujících pracovníků, „*být exuserem není kvalifikace sama o sobě*“;
- Snížená frustrační tolerance nebo zvýšená citlivost, kdy se pracovník může často cítit zraněný či dotčený.

5.4 Výběr respondentů

Před realizací rozhovorů a empirického šetření jsem si stanovila podmínky pro to, kdo může být v mém šetření respondentem:

- Sociální pracovník musí mít ve své péči klienta po dobu delší než půl roku;
- Musí si být vědom toho, že nějakou krizi s klientem zažil či zažívá, čímž se snažím eliminovat svůj výzkum pouze na relevantní odpovědi směřující k mému cíli zjistit, co způsobuje krizi a jaké krize mohou nastat.

Pro získání respondentů jsem použila nízkoprahové organizace a kontaktní centra, zabývající se prací s drogově závislými klienty. Vzhledem k tomu, že forem sociální práce s drogově závislými klienty je mnoho, tak jak jsem je uvedla v teoretické kapitole 1.2 Formy sociální práce s drogově závislými, pro účely své práce se zaměřím jen na několik z nich a záměrně zde vynechám denní stacionáře, léčebny, terapeutické komunity a doléčovací centra, protože si myslím, že hlavní krize pro sociálního pracovníka může nastat, pokud pracuje s klientem, který není příliš motivovaný ke změně a stagnuje.

Do mého výzkumného šetření se zapojilo sedm sociálních pracovníků ze čtyř různých zařízení v Praze a ve Středočeském kraji, délka jejich praxe s drogově závislými se pohybuje od 2 do 12 let. S jedním respondentem se znám již delší dobu a byl zdrojem informací, na jaké další osoby se v rámci výzkumného šetření obrátit, což jsem následně e-mailovou formou uskutečnila. V daném emailu jsem se představila, popsala jsem téma bakalářské práce a nastínila, čím se budu ve výzkumné části a v rozhovorech zabývat. Celkem pět osob mě odmítlo, sedm osob

na můj email nereagovalo, někteří se naopak zmínili svým kolegům, kteří byli ochotni se se mnou setkat a rozhovor uskutečnit. Většinu respondentů jsem navštívila v místě jejich pracoviště a uskutečnila s nimi rozhovor v terapeutické místnosti, se dvěma respondenty jsem se setkala v klidné kavárně. Všechny rozhovory proběhly podle stejného scénáře.

5.5 Představení respondentů

Respondent Adam

31 let, délka praxe s drogově závislými 6 let, bakalářský titul ze sociální práce, organizace A, Praha

Respondentka Petra

28 let, délka praxe s drogově závislými 3 roky, diplomovaný specialista v oboru sociální práce, organizace A, Praha

Respondent Tomáš

34 let, délka praxe s drogově závislými 5 let, SŠ zaměřená na sociální práci, organizace B, Praha

Respondentka Kateřina

34 let, délka praxe s drogově závislými 5 let, magisterský titul ze sociální práce, organizace C, Praha

Respondent Ondřej

37 let, délka praxe s drogově závislými 12 let, bakalářský titul ze sociální práce, organizace C, Praha

Respondentka Zuzana

32 let, délka praxe s drogově závislými 2 roky, bakalářský titul ze sociální práce, organizace D, Středočeský kraj

Respondent Jan

29 let, délka praxe s drogově závislými 5 let, SŠ zaměřená na sociální práci, organizace D, Středočeský kraj

6 Výsledky výzkumného šetření

Cílem této kapitoly podat odpověď na okruhy, které byly určeny v kapitole 5.2 Výzkumné oblasti a v zadání mé bakalářské práce. Jednotlivá témata, která vznikla z provedených rozhovorů, jsou potvrzena citacemi některých výroků jednotlivých respondentů.

6.1 Momenty, které mohou způsobit krizi

V první řadě jsem se zaměřila na momenty, které mohou sociálnímu pracovníkovi způsobovat obtíže při jeho práci s drogově závislým klientem. Jedná se o problémy, které by mohly vyústit v krizi, ze které by se postupem času mohl vyvinout syndrom vyhoření. Ze sedmi polostrukturovaných rozhovorů vyplynula tři základní témata, a to nespolehlivost klientů na prvním místě, nemotivovanost klientů na místě druhém a na třetím místě se objevilo náhlé ukončení služby a vztahu ze strany klienta.

6.1.1. Nespolehlivost klientů

Nejčastější téma, které se v mých rozhovorech opakovalo, byla nespolehlivost klientů. Šest respondentů odpovědělo, že mají problém s tím, že na jejich klienty není spolehnutí. Respondenti hovořili o tom, že klienti nechodí na domluvené schůzky nebo chodí s velkým časovým zpožděním, či se delší dobu neozvou. Překvapilo mě, že časté slovo, které jsem od respondentů slýchala, byla „marnost“. Mluvili o tom, že se klientům snaží nastavovat hranice a vést je k zodpovědnosti či dochvilnosti, ale bez pozitivního výsledku. Zároveň hovořili o tom, že nespolehlivost je pro tuto cílovou skupinu a pro drogově závislé typická a že s tím svým způsobem počítají. Nicméně občas se stane, že celý den na domluvené schůzky nepříjde nikdo a v takových případech pak respondenti zažívají pocity marnosti a zbytečnosti.

Na moji otázku, co je největší problém, Adam uvádí: „*Nejvíc mě klienti štvou tím, že nechodí na schůzky nebo chodí strašně pozdě. Jsou schopný se s tebou celý den domlouvat a nakonec nepřijdou.*“

Kateřina říká: „*Domluvíme si schůzku, kterou na poslední chvíli zruší, nebo kolikrát to ani nezruší, často se i delší dobu neozvou, pak se najednou objeví z ničeho nic a čekají, že se jim teď hned budu věnovat.*“

Obdobně pokračuje i Petra: „*Máme domluvený termín, já čekám a on nikde.*“

Ondřej otevřeně uvádí: „*Občas zažívám pocity zmaru a nedůstojnosti. Tak dlouho si domlouváme termín a ona stejně nakonec nepřijde. Ten čas bych mohl využít úplně jinak, mohl bych se věnovat někomu jinému.*“

Výroky Zuzany: „*Přijela jsem za ní, ale ona zase nepřišla. Cítila jsem se fakt zneužitá. Si říkám, jestli tohle má ještě cenu, už několikrát jsem se snažila jí nastavit nějaký hranice a pravidla, že když se domluvíme, tak to platí, ale ona na to prostě vůbec neslyší.*“

Tomáš říká: „*Vím, že se to u týhle cílovky asi čeká, ale prostě se s nima domlouvám, a oni nepřijdou, občas se stane, že celej den nepřijde vůbec nikdo, to je pak marnost, že si říkám, proč já tu vlastně ještě jsem.*“

6.1.2. Nemotivovanost klienta ke změně

Na druhém místě v mém výzkumném šetření se objevilo téma nemotivovanosti klienta ke změně. Respondenti odpovídali, že často jejich klienti nemají zájem či nejsou motivováni skončit se svou drogovou závislostí. Ačkoliv si uvědomují, že drogy mají svá velká zdravotní rizika, jejich závislost je silnější než oni. Objevili se ale i tací klienti, kterým jejich současná situace vyhovuje a kontaktní centra a sociální pracovníky kontaktují jen, protože musí. V odpovědích jsem opět slyšela slovo „marnost“, ale stejně jako v předchozím případě si i zde respondenti byli vědomi toho, že tento jev je u drogově závislých velmi častý. Z odpovědí jsem slyšela jistou frustraci z toho, že se klientům nedaří posouvat či řešit své problémy a skončit se svou drogovou závislostí.

Adam popisuje klientku následovně: „*Ona není vůbec motivovaná, všechno je to vynucený OSPODem. Rozčiluje mě to, my se jim fakt snažíme vycházet vstříc, jak nejvíc to jde, třeba za ní přijedu až před barák, a i přesto se na to vykašle a vůbec se se mnou nesejde.*“

Podle Jana: „*On ví, že potřebuje nový jehly, chce si je měnit, ví, že už s tím měl problém, ale stejně nepřijde. Vlastně tady nevidím žádný pozitivní výsledky, občas mu vyměním jehly, ale přemýšlet o léčení to on vůbec nechce.*“

Tomáš uvádí: „*On už byl několikrát v komunitě, ale vždycky vydrží jenom chvilku a pak se zase vrátí na ulici. Je to takovej nekončící kolotoč. Prostě furt to samý dokola. Slibuje, že se půjde léčit, a nakonec z léčebny stejně uteče.*“

Zuzana říká: „*Chodí sem i s rodinou, pořád slibuje, že s tím skoncuje, že už si nedá, a pak zase je s tou stejnou partou, na rodinu se vykašle a zmizí.*“

Kateřina uvádí: „*Ví, že má spoustu zdravotních problémů, který jí ty drogy způsobily, ale asi je to silnější než ona, stejně si znovu dá. Já se tu pro ni snažím být, pomoci jí, ale často mám pocit, že to nestačí.*“

6.1.3. Náhlé ukončení pracovního vztahu

Třetím nejčastějším tématem mého výzkumného šetření bylo téma náhlého ukončení pracovního vztahu a docházení klientů za sociálním pracovníkem. Celkem tři respondenti se zmiňují o náhlém ukončení služeb.

Kateřina říká: „*Chodila sem víc než rok, ze začátku to bylo pravidelně každých čtrnáct dní, pak najednou to začalo ochabovat, viděla jsem, že tak trochu rezignuje a najednou už nepřišla vůbec. Vím, že na to má právo, že jí nemůžu nutit, ale mrzí mě to. Pak mám pocit, jestli ten čas, co jsem jí věnovala, nebyl zbytečný.*“

O náhlém ukončení vztahu mluví Adam následovně: „*A to je to, že ti klient vypadne ze služby bez rozloučení, na což má právo, ale třeba půl roku se potkáváte každý týden a jednoho dne prostě nepřijde, nereaguje. Na tom mi vadí to, že jsme to neuzavřeli a taky to, že nevím důvod, proč už se neozval, jestli se mu něco stalo nebo jen prostě nechce dál pokračovat...*“

Zuzana uvádí: „Chodil sem asi tři čtvrtě roku, docela i pravidelně, hodně jsem mu věřila, že se z toho dostane, i zkusil léčení, ale pak se najednou neozval a už nepřišel, párkrát jsem ho potom dokonce i potkala, s partičkou dalších klientů, ale dělal, že mě nezná nebo nevidí, vůbec si mě nevšímal. Hrozně mě to zklamalo, cítila jsem v tom nějakou marnost.“

Z výpovědí respondentů vyplývá, že nenadálé rozhodnutí klientů ukončit spolupráci se sociálním pracovníkem je pro ně většinou nepochopitelné z toho důvodu, že do vztahu byl ze strany klientů investován určitý čas a úsilí, což u nich logicky způsobovalo dojem toho, že klient je zainteresovaný na tom, aby svou situaci nějakým způsobem změnil. Jak vyplývá z některých výpovědí, pro pracovníka je taková situace o to horší, že ze strany klienta je mu tak dáváno najevo, že investované úsilí do vzájemného vztahu vyšlo vlastně vniveč, protože klient nemá zájem na pokračování spolupráce, nijak se opětovně nepokouší navázat kontakt, a dokonce při náhodném setkání se k sociálnímu pracovníkovi nezná.

6.2 Situační příčiny krize s typologií klientů

Související návaznou otázkou na hlavní téma, co by mohlo být problémem, eventuálně krizí, jsem se respondentů ptala i na časový údaj, kdy k problému nebo krizi dochází či došlo. Mezi nejčastější získané odpovědi patřila ta, že respondenty velmi mrzí případy, kdy mají s klientem dlouhodobý vztah, který klient bez rozloučení opustí. Mívají pak o klienta obavy a strach, jestli je v pořádku. Nabyla jsem dojmu, že si respondenti byli vědomi klientských limitů a nároků, které na ně mohou mít.

Obecně vzato, typ klientů, kteří mohou krizi způsobit, jsou nespolehliví klienti. Toto mi potvrdilo, že dané je jedno z hlavních témat, se kterým se sociální pracovníci v kontaktu s drogově závislými klienty setkávají. Zároveň někteří z nich dodávají, že jim vadí špína a zápach jejich klientů.

Vzhledem k tomu, že jsem se zaměřovala na krizi v dlouhodobém vztahu, kdy spolupráce trvá alespoň půl roku, respondenti mi nepotvrdili, že by s dlouhodobými klienty měli potíže. V zásadě šlo o to, že se problémy vyskytují u více klientů najednou a délka spolupráce u mých respondentů nehrála roli.

Na mou otázku, zdali si vzpomínají, kdy se poprvé objevil některý z výše uvedených problémů, či jaký typ klientů je podle nich problematický, mi jednotliví respondenti odpověděli následovně:

Adam: *„Já vím, že nespolehlivost se u týchletý cílovky dá čekat, ale štve mě, že kolikrát nepřijde ani jeden klient, to je pak všechno totálně marný. A taky mi vadí, když klient vypadne ze služby bez rozloučení, když to neuzavřeme a já nevím, co se s ním stalo a třeba o něj mám strach. Čím dýl se známe, a chodí k nám, tak tím víc mě to pak štve, že už jsme vytvořili nějaký vztah a ono to pak nedopadne.“*

„A pak mi taky vadí, když se nemyjou, s některejma klientama se známe už hodně dlouho a pořád choděj v jednom a tom samém oblečení, sprchu neviděli bůhvíjak dlouho.“

Petra: *„Obecně mě štve, když se klienti nelepší, když pořád berou a ani nechtěj přestat. Vidím, jak se ničí, že jsou na tom špatně, ráda bych jim pomohla, ale oni o to asi nemají úplně zájem.“*

„A taky když jsme v terénu, tak mi docela vadí, když vidím, v čem žijou, jaká je tam špína a smrad. Pravda, že někdy se i bojím, abych něco nechytla.“

Tomáš mi odpověděl vlastně vše již v první otázce hned na začátku, když shrnul vše podstatné: *„Vím, že se to u týchle cílovky asi čeká, ale prostě se s nima domlouvám, a oni nepřijdou, občas se stane, že celej den nepřijde vůbec nikdo, to je pak marnost, že si říkám, proč já tu vlastně ještě jsem. Jak jsem říkal, dělám s nima už 5 let a kolikrát mám pocit, že to nikam nevede.“*

Kateřina: *„To, když s klientem pracuju delší dobu a najednou beze zprávy zmizí a neozve se. To mě asi mrzí nejvíc. Vlastně mě neštvoú klienti, kteří sem chodí dlouho, ale trochu mi vadí, když nevidím žádněj posun, když jenom měním jehly a klienti pořád dál berou a nechtěj s tím přestat.“*

Ondřej: *„Tuhle práci dělám už fakt dlouho a štve mě, když klienti nechodí. Jak jsem říkal, to je pak dost nedůstojný. Já vím, že s tím u těchhle klientů musím počítat, ale kolikrát toho mám opravdu dost.“*

„A občas taky ta jejich špína a smrad, zvlášť v létě je to fakt síla“

Zuzana: „*Nejvíc mě rozhodí, když se klient už neozve, mám o něj potom strach, jestli se mu třeba něco nestalo. Samozřejmě, čím dýl se známe, tím jsem si na něj víc zvykla a pak mám větší strach.*“

Jan: „*Bojuju s tou nespolehlivostí, když mi třeba přijde pozdě víc klientů, tak se zlobím a jsem z toho nervózní. Za tu dobu, co jsem tady, jsem si na to pořád nezvykl, já chodím všude včas. Asi je jedno, jak dlouho toho klienta ve službě mám, ta nespolehlivost je problém i u těch novejších, co k nám přijdou.*“

Z uvedených odpovědí vyplývá, že jednoznačným problémem, který následně může způsobit krizi, je pocit zbytečné práce. V první instanci je to nespolehlivost klientů, která indikuje nedostatečné chápání závažnosti jejich problému, v druhé řadě je to již zmiňované náhlé ukončení vztahu se sociálním pracovníkem. V takovém okamžiku se u pracovníka mohou začít objevovat pochybnosti o kvalitě a smyslu jím odváděné práce, která následně může vyústit v určitou rezignaci a demotivaci.

6.3 Řešení a předcházení problémů

Na mou otázku, zda zmiňované problémy řeší v supervizi, se svým nadřízeným, či mají svou osobní strategii, jak problému předejít či jak ho vyřešit, odpověděli respondenti následovně:

Problémy s klienty v supervizi respondenti řeší, ale vzhledem k tomu, že se jedná o obecné faktory, se kterými drogoví klienti mají problém, supervize jim slouží jako ventil. Respondenti také hovořili o tom, že se klientům snaží nastavovat hranice a pravidla, ale většinou bezúspěšně. Ve výsledku vyplynulo, že více než supervize pomáhají volnočasové aktivity, sport, přátelé a rodina.

Adam: „*Jak jsem říkal, vím, že se to u týhle cílovky dá čekat, takže s tím asi nic nenadělám. Pomůže mi, když se o tom třeba bavíme s kolegou, supervize je dobře ventil, ale nespolehlivost těch klientů to nevyřeší.*“

Petra: „*Po práci mi pomáhá se odreagovat, hodně běhám, po práci to je super. Kolegové taky hodně často řeší, nebo spolu řešíme, že klienti na domluvený schůzky nechodí, takže vím, že v tom nejsem sama, to mi pomáhá.*“

Tomáš: „Jednoznačně mi pomáhají kamarádi a rodina, to že se sejdu s někým jiným kromě práce a řeším úplně jiné věci. Taky o víkendu pomáhá sport, kolo, běhání, taky lezu, takže tam si vyčistím hlavu.“

Kateřina: „Snažila jsem se v supervizi najít nějaký řešení jak na klienty, kteří opustili službu, ale vím, že je musím nechat být, že je nemůžu sama od sebe kontaktovat a někde nadhánět, to by bylo neprofesionální. Takže se to snažím brát s nadhledem, věřit jim, že to snad zvládnou, a že když bude špatně, že se třeba ozvou a zase se vrátí“.

Ondřej: „S kolegama se bavíme, když je třeba někdo agresivní, tak si dáváme echo, na koho si dát pozor. Ale třeba s tou nedochvilností nebo nespolehlivostí, no, co s tím, s tím ti supervize nepomůže, jako můžeme se o tom pobavit, ale já už tolikrát zkoušel klientům nastavit hranice a domluvit se na nějakých pravidlech, ale to prostě nejde.“

Zuzana: „Tak určitě se jak na supervizi, tak s kolegama bavíme o pravidlech hranicích, jak bysme to mohli vylepšit. Ale tahle cílová skupina je prostě nespolehlivá, s tím asi nic moc neuděláme. Po práci mi pomáhá určitě přítel, sport, nebo nějaký procházky.“

Jan: „Já hodně bojuju s tou nespolehlivostí, jak jsem říkal. A co mi pomáhá? Asi nějak se odreagovat po práci, rodina, sport, někam kultura třeba kino, nebo nějaké film. S kolegama se snažíme vymyslet, jak nastavit pravidla, aby se nestávalo, že třeba na domluvený schůzky nikdo nepřijde, tak to taky trochu pomáhá.“

Jak z jednotlivých výpovědí respondentů vyplynulo, supervize je u těchto konkrétních problémů pro řešení problémů sociálních pracovníků nepříliš účinná. Tím mám na mysli, že v rámci supervize se jim může dostat morální podpory v tom duchu, že dané situace s klienty, se kterými jsou nespokojeni, nejsou způsobeny například jejich nekvalitní či nedostatečnou prací a úsilím, ale že je dané způsobeno charakteristikou cílové skupiny drogově závislých, se kterou je velmi obtížné pracovat. Ve většině výpovědí panovala shoda v tom, že jim supervize pomáhá minimalizovat jejich případné negativní pocity, nicméně ji nepovažují za nástroj pro řešení celého problému, ačkoliv by to částečně uvítali.

Větší akcent respondenti kladli na možnost řešení problému ve formě veškerých aktivit mimo pracovního prostředí, ať už se jedná o činnosti v rámci rodiny, s přáteli či nejrůznější volnočasové aktivity. Z daného se dá usoudit, že se snaží těmito prostředky minimalizovat svůj stres, demotivaci a případnou frustraci tak, aby byli schopni svou práci vykonávat opětovně s patřičným úsilím a motivací.

7 Diskuze

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že v rámci výkonu profese sociálního pracovníka s drogově závislými klienty v praxi dochází k výskytu problémů, které reálně mohou vyústit v osobní krizi sociálního pracovníka, která se postupem času může následnou eskalací změnit v syndrom vyhoření. Podle výpovědí jednotlivých respondentů se jedná konkrétně o tři základní problémy, a to nespolehlivost klientů, absenci jejich motivace a náhlé ukončení služby a vztahu ze strany klienta.

Pokud budeme typologicky uvažovat, že respondenti odpovídají profilu sociálního pracovníka profesionála, který v rámci výkonu své profese spoléhá na svou odbornost, praxi, vzdělání a intuici společně s nezávislým rozhodovacím postupem (Řezníček, 1994, s. 63), je zřetelný velký tlak na jejich vlastní motivaci. Tím mám na mysli, že pokud má sociální pracovník dlouhodobý vztah s drogově závislým klientem, u kterého ani po sérii pravidelných setkání není viditelné minimální zvýšení motivace řešit svou situaci, působí toto na sociálního pracovníka nemotivačně stejně jako situace, kdy klient znenadání přeruší vztah, resp. spolupráci se sociálním pracovníkem. Dané dokládá velmi často zmiňovaný výraz od řady respondentů, kterým byla „marnost“. Tato je logická v tom duchu, že sociální pracovníci se snaží své klienty vést k zodpovědnosti a disciplíně, vyvíjejí své maximální profesionální a někdy i osobní úsilí pro to, aby u klienta došlo ke změně, nicméně v reálu není dosaženo velkého úspěchu. Tohoto ovšem nelze dosáhnout v situacích, kdy klient nedochází na předem domluvená setkání či neprojevuje vlastní zájem na pokračování ve vzájemné spolupráci. Zároveň je nutné uvažovat, že sociální pracovník nesleduje pouze jednoho, nýbrž více klientů, tudíž při jejich identickém negativním postoji dochází poté k multiplikaci pocitu demotivace a možného syndromu vyhoření.

Dané koresponduje s uvedenou teorií o používání metody harm reduction, kdy sociální pracovník v podstatě neřeší celý klientův problém, ale napomáhá minimalizovat rizikové chování či poškození klienta, který není motivován k tomu, aby ve škodlivém a sebedestruktivním chování nepokračoval. Sociální pracovník se

tak snaží o zmírnění či minimalizaci rizik, které mohou ohrožovat klientův život. V praxi se tak jedná např. o výměnu použitých jehel a injekčních stříkaček za nové, distribuci kondomů, ale i poradenství či edukaci týkající se možných rizik například u užívání drog nebo žloutenky typu B či C nebo AIDS (Kalina, 2003, s. 257).

Na druhou stranu bych zdůraznila pozitivum v tom, že ačkoliv spolupráce sociálních pracovníků s drogově závislými klienty je obtížná a většinou bez výrazných výsledků, v konečném součtu dochází k tomu, že klienti jsou informováni o existenci terénních služeb a nízkoprahových zařízení. Jak uvádí Miovská et al. (2005, s. 43), z analýzy potřeb klientů nízkoprahových zařízení vyplynulo, že nejčastěji se o službách kontaktních center dozvídají drogově závislí klienti od ostatních uživatelů či od přátel.

Pokud se zaměříme na zmiňovanou absenci motivace drogově závislých klientů ke změně, z empirického šetření vyplynulo, že faktor závislosti je silnější než vědomí toho, že konkrétně drogy představují pro klienty enormní zdravotní rizika. Toto se ovšem týká pouze jedné kategorie klientů, u druhé je situace o to horší, že jejich spolupráce se sociálními pracovníky vychází pouze z aspektu nutnosti, a nikoliv z jejich vlastního rozhodnutí, resp. sebereflexe. I v tomto ohledu byl opětovně ze strany respondentů zmiňován pocit marnosti jejich práce i přes vědomí toho, že tento jev je u drogově závislých klientů zcela běžný, protože daný výsledek s nulovými výsledky jim nedává pocit satisfakce z vykonávané práce.

Zmíněné zjištění koresponduje s teoretickými východisky o psychické a fyzické závislosti drogově závislých klientů, kdy dochází k tomu, že mozek drogově závislého si již zvykl na přísun látek, které ho pozitivně stimulují, a vyvolávají chuť, aby tomu tak bylo i nadále. Z tohoto důvodu uživatel pocítuje velmi silnou a nepotlačitelnou touhu po droze, snaží se jí získat a čas věnuje většinou aktivitám vedoucím k získání prostředků pro opětovné sehnání drogy s tím, že ho nezajímají jiné činnosti, které nejsou spojené s nákupem nebo užitím drogy. Je tak logické, že drogově závislí se vykazují v tomto směru i sociální závislostí, resp. závislostí na životním stylu a dalších drogově závislých, se kterými sdílí své stavy. Jedná se tedy o závislost na společenství drogově závislých uživatelů (Pešek, 2007, s. 9-10).

Při zaměření se na zkoumání problémů a případné krize sociálních pracovníků vyplynulo, že příčinou krize sociálních pracovníků jsou jednoznačně nespolehliví klienti, kteří působí jako hlavní prvek demotivace. Z časového hlediska nebyl jednoznačně stanoven časový údaj či limit, kdy v průměru k objevení problému či krize dochází, celá podstata tkví v okamžicích, kdy klient znenadání přerušil svou spolupráci se sociálním pracovníkem, který v rámci své zainteresovanosti může cítit obavy, jaké byly příčiny klientova rozhodnutí. Časový parametr nehrál roli ani při zkoumání vztahu sociálních pracovníků s dlouhodobými klienty, tito jako kategorie nebyli hodnoceni nijak negativně s tím, že výskyt jmenovaných problémů je evidentní u více klientů najednou bez ohledu na délku vztahu se sociálním pracovníkem.

Současně lze konstatovat, že u respondentů se objevují náznaky syndromu vyhoření, který v teoretické rovině bývá pokládán za „*konečné stadium procesu, při němž lidé, kteří se hluboce emocionálně něčím zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entusiasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly).*“ (Křivohlavý, 1998, s. 49). Jinými slovy u výpovědí respondentů byl potvrzen stav nerovnováhy mezi profesní realitou a jejich profesním očekáváním a hlavním znakem jejich výroků bylo pochybování o smyslu jejich práce. Stejně tak respondenti potvrdili teorii o příznacích syndromu vyhoření na emoční úrovni, kde můžeme nalézt shodu v prvcích „*emočního vyčerpání, depresi, skleslost, frustraci, pocit bezmoci a zoufalství*“ (Poschkamp, 2013, s. 35).

Pokud bychom chtěli kvalifikovat fázi syndromu vyhoření respondentů, kteří se účastnili výzkumného šetření, tak se dle mého názoru jednotlivě nacházejí ve fázích stagnace a frustrace. Jak uvádí Stock (2010, s. 23-24), při stagnaci dochází k vystřízlivění, z původního nadšení se stává stagnace, nadšení pomalu upadá a ve fázi frustrace sociální pracovník již bilancuje nad svou prací, přemýšlí o jejím smyslu a o efektivitě. Ani u jednoho respondenta nebyla viditelná příslušnost do fáze apatie, kdy by docházelo k redukci práce na nejnutnější úkoly, vyhýbání se komunikace s kolegy či s klienty.

Pokud se zaměříme na komparaci teoretických východisek a informací získaných z praxe u pracovního výkonu sociálních pracovníků, tak lze potvrdit shodu v tom, že úkolem sociálního pracovníka je pomoci klientovi překonávat

různé životní překážky, které mu brání žít naplněný život a zabývat se životními okolnostmi nebo životní situací, které klientovi působí problémy (Matoušek, 2003, s. 13). Jak z empirického šetření vyplynulo, respondenti si jsou vědomi náročnosti a hlavního úkolu své práce, jakož se i snaží proniknout do konkrétních situací svých drogově závislých klientů, u nichž se snaží a priori počítat s určitými charakteristikami jejich životního problému.

Pokud se zaměříme na oblast ochrany proti syndromu vyhoření, u všech respondentů byl zřetelný možná nevědomý správný přístup, a to při aplikaci následujícího teoretického východiska, podle kterého pokud se sociální pracovník necítí být obtěžován svými klienty, vnímá sám sebe jako profesionála, který umí zvládnout zátěž a učí se překonávat obtíže, a zároveň má nastavenou správnou rovnováhu mezi soukromým a pracovním životem, tak splňuje jedny ze základních bodů pomáhajících odolat syndromu vyhoření podle studie Heinricha Jansen-Dittnera a Kerstin Munker (Schmidbauer, 2008, s. 225).

Supervizi jako jeden z nástrojů pro odolávání syndromu vyhoření respondenti hodnotili sice pozitivně, nicméně hlavní význam shledávali v pocitu sdílení stejných problémů s kolegy a možnost případných vzájemných konzultací, což zcela neodpovídá teorii, podle které má být supervize *„odbornou činností, při níž supervizor podporuje, vede a posiluje pracovníka, skupiny nebo týmy v pomáhajících profesích k tomu, aby dosáhli určitých organizačních, profesionálních a osobních cílů. Obecnými cíli jsou zlepšení kvality práce a podpora profesionálního růstu.“* (Havrdová, Hajný, 2008, s. 40).

Respondenti naopak nejčastěji uváděli, že nejvíce jim pomáhá čas trávený s rodinou, přáteli nebo v podobě sportovních, kulturních a jiných volnočasových aktivit. Validnost tohoto postupu potvrzuje Křivohlavý (2012, s. 119-121), podle kterého je velmi důležitá ochrana proti syndromu vyhoření ve formě dostatku pohybu, odpočinku a relaxace tak, aby se člověk ve svém volném čase věnoval odlišným činnostem než ve svém zaměstnání. A to právě z toho důvodu, aby měl možnost přijít na jiné myšlenky, aby neuvízl ve stereotypu a nebyl zahlcen pouze svou prací a pracovními povinnostmi.

Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se věnovala problémům, se kterými se může sociální pracovník setkat během své práce s drogově závislými klienty. V teoretické části jsem na základě literární rešerše z relevantních odborných zdrojů představila problematiku drog, drogové závislosti a její prevence, ale i formy práce sociálních pracovníků s drogově závislými klienty a jejich možné problémy. V následující kapitole jsem se věnovala syndromu vyhoření a jeho příznakům a fázím, ale i možné prevenci s tím, jak je možné se syndromu vyhoření ze strany sociálního pracovníka bránit a jaké protektivní metody je možné použít.

V praktické části jsem představila návrh konceptu, realizaci a výsledky výzkumného šetření, které bylo provedeno ve formě kvalitativního výzkumu, resp. polostrukturovaných rozhovorů. Jako metoda pro analýzu dat byla zvolena tematická analýza, umožňující analýzu nejčastěji opakujících se témat, vyplývajících z uskutečněných rozhovorů. Cílem výzkumného šetření bylo zodpovědět předem stanovené výzkumné okruhy, které byly zaměřeny na zjištění, zda při dlouhodobé práci sociálního pracovníka s klienty dochází k jeho frustraci či syndromu vyhoření, jaký typ klienta, resp. jaké situace mohou eventuální problémy či krizi způsobit a stejně tak, jak se sociální pracovníci snaží dané problémy řešit a případné krizi předcházet.

Ze zjištěných skutečností podle očekávání vyplynulo, že riziko syndromu vyhoření je u sociálních pracovníků jakožto u pomáhající profese velmi vysoké. Pokud ponecháme stranou technické aspekty výkonu této profese, můžeme jako hlavní příčiny frustrace, demotivace a případného syndromu vyhoření u kategorie sociálních pracovníků pracujících s drogově závislými klienty definovat právě v samotných klientech. Tito se totiž v praxi projevují charakteristikami jako jejich nedochvilnost, nezodpovědnost, nízká či zcela chybějící motivace řešit svou životní situaci a radikální, byť z pohledu sociálního pracovníka neopodstatněné náhlé ukončení vztahu, resp. spolupráce. Ačkoliv je u sociálních pracovníků pracujících s touto kategorií klientů zřetelná jejich znalost negativních atributů drogově závislých jedinců, není tato postačující pro překonání jejich pocitu marné práce, resp. práce bez jakýchkoliv pozitivních výsledků. Následkem toho může dojít u

jedině k pocitu, že i přes jeho maximální profesionální píli i osobní nasazení přicházejí tyto vniveč, bez relevantního výsledku. A pokud budeme uvažovat, že pocit uspokojení a satisfakce z dobře odvedené práce je v podstatě uspokojením jedné ze základních lidských potřeb, je nasnadě uvažovat o tom, zda celému oboru sociální práce, resp. sociálních pracovníků nevěnovat více pozornosti v politických diskusích či veřejné edukace s cílem zvýšit povědomí o komplexní náročnosti jejich profese.

Seznam použité literatury

BARTOŠÍKOVÁ, I., MIOVSKÝ, M., KALINA, K. *Poradenství u uživatelů drog.*

In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a drogové závislosti 2: mezioborový přístup.*

Praha: Úřad vlády České republiky, 2003. ISBN 80-86734-05-61.

BROŽA, J. *Poradenství u uživatelů drog.* In: KALINA, Kamil a kol. *Drogy a*

drogové závislosti 1: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky,

2003., ISBN 80-86734-05-61.

ČERMÁK, Jiří. *Sociální práce s klientem se závislostí a návykovou poruchou*

chování. 2.vyd. Praha: Benepal, 2014. Reg. č. CZ.1.07/3.2.13/04.0006.

FIŠEROVÁ, M. 2003. *Látky navozující změny smyslového vnímání* In: KALINA,

Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.* Praha: Úřad vlády ČR,

2003. Monografie (Úřad vlády České republiky), No. 1. ISBN 80-86734-05-6.

GOSSOP, Michael. *Léčba problémů spojených se zneužíváním drog: důkazy o*

účinnosti. Praha: Úřad vlády České republiky, 2009. Monografie (Úřad vlády

České republiky). ISBN 978-80-87041-81-9.

HAVRDOVÁ, Zuzana a HAJNÝ, Martin. *Praktická supervize: průvodce supervizí*

pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galén, 2008.

ISBN 978-80-7262-532-1.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese.* Praha: Triton, 2003. ISBN 80-

7254-329-6.

KALINA, Kamil a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových*

závislostí. Praha: Filia nova, 2001. ISBN 80-238-8014-4.

KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.* Praha: Úřad

vlády ČR, 2003. Monografie (Úřad vlády České republiky), No. 1. ISBN 80-86734-

05-6.

KALINA, Kamil a kol. *Klinická adiktologie.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-

247-9791-5.

KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 80-247-9880-8.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada, 1998. *Psychologie pro každého*. ISBN 80-7169-551-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. *Orientace (Karmelitánské nakladatelství)*. ISBN 978-80-7195-573-3.

LYMAN, Michael D. a POTTER Gary W. *Drugs in society: causes, concepts, and control*. 5th ed. Newark, NJ: LexisNexis / Anderson Pub., c2007. ISBN 1593453221.

MACHOVÁ, Irena. *Supervize v sociální práci: možnosti jejího využití při práci dobrovolníků*. Praha: Univerzita Karlova, Katedra sociální práce, 2004.

MAISTO, Stephen A., GALIZIO, Mark a CONNORS, Gerard J. *Drug use and abuse*. 7th ed. Australia: Cengage Learning, c2015. ISBN 978-1-285-45551-8.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-9102-9.

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 8071785482.

MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana, ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MIOVSKÁ, L., MIOVSKÝ, M., GABRHELÍK, R. a CHARVÁT, M. *Analýza potřeb klientů nízkoprahových zařízení v Praze v roce 2003*. Praha: Úřad vlády České republiky, 2005. ISBN 80-86734-44-7.

POSCHKAMP, Thomas. *Vyhoření: rozpoznání, léčba, prevence*. Brno: Edika, 2013. Rádce pro pedagogy. ISBN 978-80-266-0161-6.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 5. ISBN 80-85850-00-1.

SCHMIDBAUER, Wolfgang. *Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]*. Praha: Portál, 2008. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-369-7.

STIBŮREK, M.: *Primární prevence zneužívání drog*. In: Studijní skriptá k distančnímu vzdělávání protidrogových koordinátorů. Praha: Pragouniversa, 1999.

STOCK, Christian. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada, 2010. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3553-5.

ŠLAJS, Jakub. *Co je sociální práce*. Listy sociální práce. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky. Jaro 2015. Ročník III, č. 3. ISSN 2336-2332.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 20. ISBN 80-85850-69-9.

VACEK, J., VONDRÁČKOVÁ, P. *Závislosti na procesech*. In: KALINA, Kamil. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada Publishing, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4331-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.

VODÁČKOVÁ, Daniela. a kol. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-696-9.

VYMĚTAL, Jan. *Obecná psychoterapie*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.

Elektronické zdroje:

BRAUN, Virginia a CLARKE, Victoria. *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101, 2006 [cit. 2017-07-22]. ISSN 1478-0887. Dostupné z:

http://eprints.uwe.ac.uk/11735/2/thematic_analysis_revised_-_final.pdf

ČESKO. *Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách*. In: Sbíрка zákonů České republiky. 2006, částka 61. Dostupné z www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

PEŠEK, Roman, VONDRÁŠKOVÁ, Andrea a VESELÝ, Ondřej. *Drogová závislost aneb Rychlý běh po krátké trati: Poradenská příručka pro děti, dospívající a jejich rodiče*. Písek, 2007. Dostupné také z:

http://www.arkadacentrum.cz/downloads/publikace/Drogova_zavislost_aneb_rychl_y_beh_po_kratke_trati_2007.pdf ISBN 978-80-239-9405-6

Terénní program SANANIM 2 (TP 2). *Sananim* [online]. Praha: Sananim, 2007 [cit. 2017-07-05]. Dostupné z: [http://www.sananim.cz/terenni-program-2-\(tp-2\)/komu-je-tp-2-urcen.html](http://www.sananim.cz/terenni-program-2-(tp-2)/komu-je-tp-2-urcen.html)

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK. *V. kapitola. Poruchy duševní a poruchy chování*. [online]. Praha: Sananim, 2007 [cit. 2017-07-023]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F10-F19.html>

Bibliografické údaje

Jméno a příjmení autorky: Magdalena Kobyláková

Studijní program: Bakalářský

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Krize a syndrom vyhoření v dlouhodobém profesionálním vztahu sociální pracovník – drogově závislý klient z pohledu sociálního pracovníka

Počet stran (bez příloh): 44

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 32

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 5

Vedoucí práce: Doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2017

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Magdalena Kobyláková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Krize a syndrom vyhoření v dlouhodobém profesionálním vztahu sociální pracovník – drogově závislý klient z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 44

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 40

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			3	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

			3	
--	--	--	---	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Návaznost kapitol a subkapitol

			3	
--	--	--	---	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

				4
--	--	--	--	---

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Mohl být Váš výzkum nějak/něčím zkreslen?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka v teoretické části práce popisuje základní východiska, vztahující se k tématu. Presentované informace lze hodnotit jako přiléhavé k tématu, ačkoliv místy bych uvítal bližší zakotvení textu – místy není zřejmé, proč studentka prezentuje některé základní informace, které se sice k tématu vztahují, ale poměrně okrajově (s ohledem na profil tématu). V rámci praktické části jsou přehlednou formou představeny výsledky z vlastního výzkumného šetření. Výsledky jsou prezentovány dle jednotlivých okruhů, kdy na začátku každého okruhu studentka zjištěnou informaci popíše a následně prezentuje přímé výpovědi respondentů. Uvítal bych na tomto místě pouze více vlastních komentářů studentky k vyhodnocení dat, neboť přímé výpovědi respondentů mají výsledky a vlastní komentáře pouze dokreslovat. V předloženém podání přímé výpovědi respondentů výčtově převažují. V závěru práce nalézáme diskusi a závěr, který lze kladně hodnotit. I přes výše uvedené (drobné) připomínky však studentka předkládá práci, která splňuje požadavky na tento typ práce kladené, proto ji doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 11.8.2017



**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Magdalena Kobyláková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Krize a syndrom vyhoření v dlouhodobém profesionálním vztahu sociální pracovník – drogově závislý klient z pohledu sociálního pracovníka

Vedoucí/oponent* práce: Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 44

Počet stránek příloh:0

Počet titulů v seznamu literatury: 32+3

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			x	
--	--	--	---	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x	x		
--	---	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			x	
--	--	--	---	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

x				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

x				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x	x	
--	--	---	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť
výsledkov v praxi

			x	
--	--	--	---	--

Vhodnosť prezentácie záverů práce
(publikácie, referáty, apod.)

			x	
--	--	--	---	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

1. Můžete zdůvodnit limity svojej práce?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka sa v práci venuje problematike syndrómu vyhorenia u sociálneho pracovníka v jeho vzťahu k drogovu závislému klientovi. Práca po obsahovej i formálnej stránke spĺňa kritériá bakalárskej práce. V teoretickej časti sa autorka venuje jednotlivým témam i spôsobom riešenia, ako syndrómu vyhorenia predchádzať. Neopomína ani sociálnu prácu.

Ako hlavný cieľ si kladie teoretické ukotvenie syndrómu vyhorenia s možnými príčinami vo vzťahu sociálny pracovník – drogovu závislý klient. Zároveň autorka realizovala i výskumné šetrenie. V práci mi chýbajú súčasné zahraničné či tunajšie výskumy ohľadne danej problematiky.

Autorka ako metódu skúmania zvolila kvalitatívny výskum a ako metódu spracovania dát tematickú analýzu. Ako nedostatok práce vnímam, že autorka v práci nemá žiadne prílohy, takže ani prepisy rozhovorov, či predlohu inf. súhlasu. Tým nedáva príležitosť nahliadnuť do dát ani do spôsobu ich spracovania. Nevieme, do akej hĺbky rozhovory idú, ako dlho trvajú. Z výsledkov sa dozvedáme možné krízy u soc. pracovníkov vo vzťahu k drogovu závislým tak, ako ju autorka definuje, práca sa ale zaoberá aj syndrómom vyhorenia, ktorý prakticky autorka neskúma (i keď vyvodzuje obecné závery z výsledkov v Diskusii a v Závère).

Práca je úhladná, formálne (okrem predovšetkým nepriložených príloh) prehľadne spracovaná, avšak s výraznými, vyššie popísanými nedostatkami. Odporúčam ju k obhajobe s výsledkom dobre, veľmi dobre.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji*

Navrhovaná klasifikace: velmi dobre - dobre

Datum, podpis: 5.8.2017


Mgr. et Mgr. Michal Slaninka, Ph.D.