

Sebepéče sociálních pracovníků

Self Care of Social Workers

Hana Kostková

Bakalářská práce
2021



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Hana Kostková**
Osobní číslo: **H170345**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Sebepéče sociálních pracovníků**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti sebepéče sociálních pracovníků a sociální práce s osobami s duševním onemocněním.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu prostřednictvím rozhovorů.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **Tištěná/el elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- GRISE-OWENS, E. *The A-to-Z self-care handbook for social workers and other helping professionals*. Pennsylvania: New Social Worker Press, 2016. 164 s. ISBN 978-19-2910-953-1.
- HONZÁK, R. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013. 240 s. ISBN 978-80-7429-331-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012. 174 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2015. 195 s. ISBN 978-80-262-0978-2.
- PROBSTOVÁ, V. a O. PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. 224 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ondřej Vávra**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **16. října 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **14. května 2021**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

L.S.

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne: 7. ledna 2021

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně 10.5.2021

¹⁾ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací;

⁽¹⁾ Vysoká škola nevolně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá sebedpěčí sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části práce je popsán koncept sebedpěče v kontextu sociální práce, vybraná duševní onemocnění, jejich specifika a sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praktická část práce se zabývá kvalitativním výzkumem, prostřednictvím kterého byly zjišťovány způsoby sebedpěče sociálních pracovníků pracujících s danou cílovou skupinou.

Klíčová slova: sebedpěče, sociální práce, duševní onemocnění, sociální pracovník

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with self-care of social workers who work with people with mental ill and consist of theoretical and practical part. The theoretical part of the thesis describes concept of self-care in the context of social work, selected mental illnesses, their specifisc, and social work with people with mental ill. Practical part of the thesis deals with qualitative research in which was determined self-care activites of social workers who work with mentally ill people.

Keywords: self-care, social work, mental illness, social worker

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ondřeji Vávrovi za jeho odborné, cenné rady, ochotu a vstřícnost při vedení bakalářské práce. Poděkování bych ráda věnovala také všem účastníkům výzkumu.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SEBEPÉČE	11
1.1 SEBEPÉČE V SOCIÁLNÍ PRÁCI	12
1.2 KONCEPTY SEBEPÉČE	13
2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	17
2.1 SCHIZOFRENIE, PORUCHY SCHIZOTYPÁLNÍ A PORUCHY S BLUDY	18
2.2 AFEKTIVNÍ PORUCHY	22
2.3 PORUCHY OSOBNOSTI.....	26
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	30
3.1 SPECIFIKA PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	31
3.2 VYBRANÉ RIZIKOVÉ FAKTORY PŘI PRÁCI S OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	33
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	38
5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU	39
5.1 SBĚR DAT	39
5.2 VÝZKUMNÝ SOUBOR	40
5.3 ZPRACOVÁNÍ DAT.....	40
6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	42
6.1 PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	42
6.2 ZÁTĚŽ	43
6.3 VÝZNAM SEBEPÉČE	45
6.4 OSOBNÍ SEBEPÉČE	46
6.5 PROFESNÍ SEBEPÉČE	47
6.6 INTERPRETACE ÚDAJŮ	49
ZÁVĚR	53
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	54
SEZNAM PŘÍLOH	58

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá sebedečnou sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví je zaměřena na podporu, ale i obnovu klientova sociálního fungování, které bývá v důsledku chronického duševního onemocnění dlouhodobě narušeno. Sociální pracovníci se tedy snaží v rámci své práce klienty podpořit a zároveň jim pomoci začlenit se do běžného života. Práce s touto cílovou skupinou je velmi specifická a náročná. Pracovníci se musejí vyrovnávat s tím, že jejich klientelu tvoří převážně lidé, kteří trpí schizofrenií, depresivními stavy, úzkostmi a poruchami osobnosti. Tato práce proto klade na pracovníky velké nároky, a to především v oblasti komunikace, při vytváření kvalitního vztahu pracovníka a klienta a v přístupu ke klientovi.

Pro efektivní vykonávání jejich profese je důležité, aby se pracovníci udržovali v psychické pohodě a znali způsoby, které jim pomáhají zmírňovat zátěž a stres spojený s jejich povoláním. K tomuto účelu může efektivně přispívat sebedečnou pracovníků, která je ústředním tématem této bakalářské práce. Cílem předkládané práce je zjistit, zda a jaké způsoby sebedečny pracovníci v rámci své profese využívají.

Co se týče samotné práce, ta je rozdělena na dvě základní části, a to na teoretickou a praktickou. Tyto části jsou dále rozčleněny do kapitol a podkapitol. Teoretická část je rozdělena na tři hlavní kapitoly, které jsou pojmenovány jako sebedečnou, duševní onemocnění a sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. První kapitola objasňuje koncept sebedečny a sebedečny v kontextu sociální práce. Ve druhé kapitole jsou popsána duševní onemocnění, se kterými se nejčastěji setkávají participanté výzkumu. Třetí kapitola se zaměřuje na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním a její specifika.

Praktická část bakalářské práce se zabývá kvalitativním výzkumem, jehož hlavním cílem bylo zjistit konkrétní aktivity sebedečny, které využívají pracovníci, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Výzkum byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných interview, na základě kterých bylo zjišťováno, jak participanté vnímají práci s danou cílovou skupinou, zda svou práci hodnotí jako zátěžovou a jaké konkrétní způsoby na zmírnění pracovního stresu využívají.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SEBEPÉČE

Sebepéče bývá charakterizována jako multidimenzionální koncept, kterým se zabývají různé vědní disciplíny, a každá z nich ji využívá, hodnotí a zkoumá ze své perspektivy. Sebepéči lze popsat také jako komplex určitých, záměrně vykonávaných, aktivit za účelem udržování fyzické a psychické pohody, které jsou vykonávány z vlastní iniciativy jedince (Lovašová, 2016). Péče o sebe se stala předmětem systematického studia ve druhé polovině 20. století a od počátku byla nejčastěji definována v souvislosti s péčí o zdraví. V této době byla pozornost v oblasti výzkumu sebepéče zaměřena převážně na skupiny osob s různými onemocněními (Lovaš et al., 2014). Sebepéče v medicíně se vztahuje převážně k léčení a nemocem, důraz je kladen na přenesení části zodpovědnosti ze zdravotnického personálu na pacienta. V současné době představuje sebepéče v oblasti zdraví jednu z nejdůležitějších domén této problematiky, ale zahrnuje i další složky (Hoyová, 2007). Péče o sebe se projevuje zaměřením na vlastní optimální existenci, zdraví a zdravý vývoj jedince. Je to činnost orientovaná na cíl a je tedy vykonávána s určitým záměrem (Pavlíková, 2007).

V literatuře se můžeme setkat s různými definicemi sebepéče. Například Godfrey (2011) definuje sebepéči jako soubor různých aktivit, které jsou vykonávány záměrně v průběhu života, za účelem podpory fyzického, mentálního a emocionálního zdraví a jako prevence onemocnění. Sebepéče se týká všech lidí a vztahuje se na fyzickou i duševní pohodu. Světová zdravotnická organizace definuje sebepéči jako *"schopnost jednotlivců, rodin a společenství podporovat zdraví, předcházet onemocněním, vyrovnávat se s onemocněním a postižením buď s, nebo bez podpory poskytovatele zdravotnické péče"* (Self Care for Health, 2013). Dále může být sebepéče definována také jako soubor vybraných činností, které pomáhají obnovit rovnováhu v profesním i osobním životě. Sebepéče není pouze doplňkovou činností, ale je to i stav mysli, kterého lze dosáhnout prostřednictvím rozvoje sebeuvědomění, seberegulace a vědomím vlastní účinnosti (Butler et al., 2015). Michaels (2018) popisuje sebepéči jako aktivity, které záměrně vykonáváme, abychom pečovali o své duševní, emocionální a fyzické zdraví. Sebepéče přispívá k lepší náladě, k redukci úzkosti a také k dobrým vztahům s ostatními i se sebou samým.

Lee a Miller (2013) rozlišují sebepéči osobní a profesní. Osobní sebepéči definují jako proces záměrného praktikování určitých aktivit, které podporují celkové zdraví, osobní a životní pohodu. Profesní sebepéče podle autorů zahrnuje záměrné praktikování aktivit na podporu efektivního zapojení se do profesní role, v rámci kontextu udržení celkového zdraví a osobní pohody. Bloomquist et al. (2015) považují za hlavní cíle sebepéče chránit se,

vypořádávat se, redukovat stres a s ním spojené negativní důsledky, které mohou nastat v náročných pracovních podmínkách. Prvním z cílů je tedy omezení negativních důsledků. Druhým cílem je podpora pozitivních výsledků, které vedou k udržení nebo zlepšení životní pohody a celkového fungování (Bloomquist et. al, 2015).

1.1 Sebepéče v sociální práci

Sociální práce a další pomáhající profese jsou dynamicky se rozvíjejícími oblastmi vědy i praktické činnosti, převážně z důvodů neustále rozrůstajícího se okruhu problémů, se kterými se pracovníci každodenně setkávají prostřednictvím svých klientů. Součástí práce v náročných, dynamicky se měnících podmínkách poskytování péče je nejistota, rizikové prostředí, časový tlak a vážné důsledky rozhodnutí. Na tyto podmínky by měli být pracovníci neustále připravováni prostřednictvím různých aktivit, školení, seminářů nebo prostřednictvím supervize. Oblast sebepéče je v tomto kontextu velmi důležitou součástí, protože právě důsledná sebepéče může zvyšovat pracovní pohodu a eliminovat negativní důsledky spojené s výkonem pomáhající profese (Halachová, 2016). Lovašová (2016) také považuje za velmi důležité, aby si pracovníci, kteří se každodenně setkávají s problémy jiných lidí, našli čas sami pro sebe. Williams et al. (2010) považují za zajímavé, že profesionálové, kteří učí své klienty, jak je důležité věnovat čas a prostor sebepéči, sami o sebe nepečují. Hlavním důvodem je podle autorů převážně nedostatek času pro vykonávání aktivit spojených se sebepéčí. Podle Mesárošové (2017) je významným důvodem pro sebepéči samotná povaha pomáhající profese, protože tato skupina profesí využívá svou osobnost jako „pracovní nástroj“. Sebepéče v pomáhajících profesích je nezbytnou podmínkou pro efektivní vykonávání práce, pomáhá udržet psychickou pohodu, mentální zdraví a zejména profesní efektivitu. Důsledky pomáhání klientům, které mají vliv na pracovníka, Mesárošová (2017) kategorizuje do dvou základních skupin, a to na pozitivní a negativní. Negativní důsledky vykonávání pomáhající profese mohou být syndrom vyhoření, primární i sekundární stres a únava ze soucitu.

Pozitivní důsledky vykonávání pomáhající profese mohou zahrnovat pocit zadostiučinění z pomáhání, pocit smysluplnosti ze svého výkonu, pracovní spokojenost, osobní a profesní růst (Mesárošová et al., 2017). Murphy a Dillon (2002) upozorňují na stresující prostředí, kterému jsou sociální pracovníci denně vystavováni, proto je podle autorů důležitá orientace pracovníků na své chování, prožívání a vnitřní pohodu v rámci kontextu své pracovní činnosti. Sebepéče má zásadní význam pro sociální práci jako profesi,

protože je základním prvkem formování osobnosti a je nezbytná při každodenním řešení potíží svých klientů. Jedná se o nástroj prevence, tvoří základní pilíř při zachování integrity a je důležitá pro zachování etiky a profesionality sociálního pracovníka. Pomáhá také sociálním pracovníkům udržovat pozitivní přístup k sociální práci jako profesi (Halachová, 2015).

1.2 Koncepty sebepěče

Autoři Butler et al. (2019) popsali koncept sebepěče, který obsahuje šest domén, které jsou uspořádány podle Maslowovy hierarchie potřeb a jsou to:

Fyzická doména – základem fyzické sebepěče je fyzické tělo a péče o jeho potřeby za účelem zajištění optimálního fungování a jako prevence onemocnění nebo poškození. Nedostatek péče o potřeby fyzického těla může způsobit komplikace, které mohou ovlivnit fungování tělních systémů, ale mohou se promítnout i do dalších oblastí života. Do základních aktivit fyzické sebepěče patří dostatek spánku, správná výživa, cvičení, preventivní zdravotní péče a dodržování léčebných postupů.

Profesní doména – význam profesní sebepěče je předcházet nebo řídit dopady stresu, který je spojen s výkonem povolání, snižovat riziko vyhoření, zvyšovat pracovní výkon a udržovat profesní spokojenost. Stres spojený s povoláním může vznikat v důsledku nepříznivých pracovních podmínek, nadměrnou pracovní zátěží, konflikty s nadřízenými, kolegy atd. Sebepěče v profesní oblasti zahrnuje podle autorů rozpoznání a efektivní využívání vlastních copingových strategií, supervizi a psychoterapii, nebo budování podpůrné sociální sítě. Nalezení rovnováhy mezi pracovním a osobním životem je podle autorů nejdůležitějším prvkem profesní domény sebepěče.

Vztahová doména – vztahová sebepěče zahrnuje úsilí, které je vyvíjeno pro udržování a posilování vztahů s ostatními, převážně blízkými lidmi, kteří mohou poskytnout podporu v obtížných chvílích, vědomé upřednostňování a posilování těchto vztahů. Součástí vztahové sebepěče je také rozpoznání destruktivních vztahů a jejich opuštění.

Emoční doména – zabývá se ochranou před negativními emočními zážitky nebo jejich řešením. Zahrnuje také aktivity, které vedou k vytváření pozitivních emočních zážitků

a osobní pohody. V oblasti emoční domény sebeděče je podle autorů klíčové identifikovat, jakými způsoby se člověk vyrovnává a reaguje na obtížné emocionální stavy a jestli jsou tyto způsoby zvládnání efektivní.

Psychická doména – tato doména sebeděče se týká uspokojování intelektuálních potřeb a cílevědomé reflexivní snahy porozumět a věnovat se celkovým potřebám organismu. Aktivitami psychologické sebeděče jsou odpočinkové aktivity napomáhající uvolnění mysli a také aktivity, které vyvolávají stav známý jako flow. Těmito aktivitami mohou být např. tvorba či poslech hudby, čtení, snění, tematické debaty atd.

Spirituální doména – spirituální sebeděče je zaměřena na pochopení vlastní spirituality, hledání smyslu, naplnění a naděje v životě. Jde o pochopení toho, co pomáhá člověku být ve spojení s širším světem a uvědomění toho, co je pro člověka smysluplné v osobní i profesní oblasti. Spirituální sebeděče může, ale nemusí být ukotvena ve víře nebo náboženské příslušnosti (Butler et al., 2019).

Autorky Lee a Miller (2013) popsaly koncept sebeděče pro sociální pracovníky, ve kterém rozdělují sebeděči na osobní a profesní. Do osobní sebeděče zahrnují pět oblastí a každá z nich obsahuje strategie na podporu dané oblasti sebeděče.

Fyzická oblast – fyzická sebeděče je zaměřena na podporu optimalizace fyzických funkcí. Strategie na podporu fyzické sebeděče zahrnují fyzickou aktivitu, dostatek spánku, zdravé stravovací návyky a dodržování zdravotní prevence.

Emoční a psychologická sebeděče – zahrnuje strategie, které podporují především schopnost udržení pozitivního sebeobrazu a soucitu se sebou samým, nalezení silných a slabých stránek, schopnost rozpoznat spouštěče stresu, aktivní využívání strategií zvládnání stresu a aktivní řešení problémů. Součástí psychologické sebeděče je také sebereflexe.

Sociální sebeděče – je zaměřena na budování a udržování smysluplných a podporujících vztahů s blízkými osobami. Zahrnuje také účast na společenských akcích a budování širší podporující sociální sítě.

Volnočasová sebedpěče – zahrnuje příjemné a zábavné aktivity, které slouží k uvolnění a pomáhají odpoutat se od stresujícího tlaku každodenního života. Volnočasová sebedpěče zahrnuje aktivity na podporu a rozvoj kreativity a relaxaci.

Spirituální sebedpěče – podporuje pocity víry, sounáležitosti a propojení, prostřednictvím meditace, modlitby či trávení času v přírodě.

Profesní sebedpěče

Do profesní sebedpěče autorky zahrnují následující oblasti:

Pracovní zátěž a organizace času – pro sebedpěči v oblasti pracovního vytížení je důležitá efektivní organizace pracovních úkolů a času stráveného nad nimi. Efektivní organizace pracovního vytížení umožňuje pracovníkovi lépe vnímat své i klientovy potřeby. Aktivity v dané oblasti sebedpěče zahrnují přestávky během pracovního dne, čerpání dovolené, zabývání se pracovními úkoly pouze v pracovní době a stanovení priorit v pracovních úkolech.

Profesní role – zaměření pozornosti na profesní roli umožňuje, aby byl pracovník schopen posoudit význam vlastní role v rámci sociální práce obecně, ale také v konkrétním prostředí při práci na konkrétním úkolu a v rámci konkrétního popisu práce. Je důležité, aby pracovník znal omezení, která ho mohou limitovat při práci s určitými cílovými skupinami a etická dilemata. Strategie sebedpěče v této oblasti mohou zahrnovat další vzdělávání, intervize a supervize.

Pozornost na vlastní reakce – rozpoznání vlastních reakcí vůči klientům a kolegům, zaměření se na zvyšování sebevědomí a rozpoznání strategií na zvládání stresu jsou důležitými prvky v dané oblasti sebedpěče. Aktivity mohou zahrnovat osobní psychoterapii, techniky mindfulness, skupinovou i osobní supervizi, porady s kolegy a jejich zpětnou vazbu.

Profesní sociální podpora – působí jako významný zdroj povzbuzení, získání zpětné vazby, vedení a zkušenosti od kolegů a peerů. Významnou aktivitou sebedpěče v oblasti profesní sociální podpory je nalezení podporujících kolegů na pracovišti, udržování kontaktu s kolegy, kteří pracují s jinými cílovými skupinami, případně s dalšími lidmi, kteří jsou spojeni s profesí.

Profesní rozvoj – profesní rozvoj a to, jak a zda se pracovník cítí ve své profesní roli dobře, je významnou součástí sebepéče. Formální strategie pro posílení profesního rozvoje zahrnují další vzdělávání, účast na konferencích či odborných seminářích. Neformální strategie zahrnují rozšiřování si znalostí nestrukturovaně, například čtením odborných článků, zapojením se do odborného výzkumu, psaní publikací, učení se od kolegů, neformální konzultaci.

Revitalizace, doplňování energie – pro udržení efektivity i profesní pohody je důležité mít dostatek energie na pracovní výkon. Aktivitami sebepéče může být v tomto případě připomínka pozitivních výsledků, kterých bylo dosaženo při práci s klienty, vytvoření příjemného pracovního prostředí a vyhledávání nových přístupů k řešení pracovních záležitostí (Lee a Miller, 2013).

2 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Světová zdravotnická organizace definuje duševní zdraví jako „stav pohody, ve kterém si každý jedinec uvědomuje svůj vlastní potenciál, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy v životě, je schopen produktivně a plodně pracovat, je schopen přispívat společnosti“ (WHO, 2021). Duševní onemocnění zahrnuje širokou skupinu onemocnění a poruch, které ovlivňují především myšlení, náladu a chování (Mental illness, 2019). Lidé s duševním onemocněním nejsou během manifestace nemoci schopni sociálně fungovat podle všeobecně akceptovaných norem ve svém sociokulturním prostředí (Mahrová, 2008). Osoby s duševním onemocněním se ve svém životě musí vyrovnávat s omezeními, které vyplývají z důsledků jejich onemocnění. Jakým způsobem se tato omezení projeví, závisí na fázi života, ve které se člověk právě nachází, na průběhu onemocnění a jeho projevech. Lidé s duševním onemocněním často hodnotí kvalitu svého života jako nízkou a mají celkově negativní pocity a menší uspokojení ze života (Pěč a Probstová, 2009). Podle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí jsou duševní poruchy a poruchy chování členěny následovně:

- F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50-F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70-F79 Mentální retardace
- F80-F89 Poruchy psychického vývoje
- F90-F98 Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
- F99 Neurčená duševní porucha (MKN-10 klasifikace, 2021).

Vzhledem k tomu, že bude praktická část této práce zaměřena na sociální pracovníky, kteří pracují s osobami s duševním onemocněním, a to v zařízení poskytující sociální rehabilitaci, budou v následující části podrobněji popsána duševní onemocnění a poruchy, se kterými se tito pracovníci ve své profesi setkávají nejčastěji.

2.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

Schizofrenie

Schizofrenie je skupinou duševních onemocnění, které se projevují různorodými příznaky. Toto závažné duševní onemocnění narušuje schopnost adekvátně vnímat podněty z okolí, myšlení a jednání, schopnost přiměřeného chování v běžném životě (Uhrová et al., 2020). Projevuje se také nepřiměřenou nebo oploštělou afektivitou (Mahrová, 2008).

Vlivem nerovnováhy určitých neurotransmiterů v mozku dochází k přenášení příliš velkého množství informací, které mozková kůra nedokáže správně rozlišit, proto je pro člověka se schizofrenií obtížné oddělit důležité podněty od méně podstatných. Je pro ně také obtížné odlišit, jestli to, co slyší, jsou jeho vlastní myšlenky nebo vjemy zvenčí. Ovlivněny jsou také emoce, agresivita, cyklus bdění a spánku a příjem potravy (Mahrová, 2008; Doubek, 2014).

V akutním stavu se schizofrenie projevuje psychotickým syndromem. Psychóza je závažný stav, který zasahuje hluboko do osobnosti člověka a jejích nejpodstatnějších funkcí, jako je pocit individuality, jednotnosti a jedinečnosti a zásadně mění způsob, jakým člověk prožívá sám sebe, ostatní lidi a svět, ve kterém žije. Psychóza způsobuje to, že se člověk uzavírá sám do sebe a vlivem bludů a fantazií se odtrhává od ostatních a jejich realita se mu stává cizí. Je to obvykle vleklé onemocnění se sklony k chronickému průběhu, postihuje pracovní schopnost nemocného a snižuje tím jeho společenské uplatnění. Jasně vědomí a intelektové schopnosti bývají obvykle zachovány. Schizofrenie se rozvíjí většinou postupně, nejčastěji vzniká v období dospívání a časně dospělosti. Vyskytuje se stejně často u žen i mužů, s tím, že u žen nastupuje v pozdějším věku a to mezi 22 a 34 lety, zatímco u mužů mezi 16 a 34 lety (Doubek, 2014; Orel et al., 2020). Před rozvojem první ataky schizofrenie se mohou objevit tzv. prodromální příznaky, které jsou ale mnohdy považovány za běžné chování dospívajících, nebo jsou připisovány negativním charakterovým rysům (Mahrová, 2008; Uhrová et al., 2020).

Lidé postiženi schizofrenií mívají často ambivalentní vztah k lékům, na počátku léčby je většinou odmítají, protože se jim zdá, že je nepotřebují, necítí se nemocní. Pokud si v průběhu léčby uvědomí, v čem je jim medikace přínosem, což může být např. snížení četnosti halucinací, nebo se bludy stávají méně děsivými, tak obvykle pochopí, že jim léky prospívají. Nedostatečná léčba může vést k častým relapsům a k celkovému zhoršení průběhu nemoci (Uhrová et al., 2020; Vágnerová 2008). Přibližně jedna třetina osob prodělá pouze jednu ataku onemocnění a po залечení dojde k uzdravení, u další třetiny osob bývá typický kolísavý průběh onemocnění, občas se objeví akutní symptomatika, která ale po залечení zase odezní. Poslední třetina osob se schizofrenií zažívá spíše chronický průběh, který se postupně zhoršuje. Přibližně deset procent nemocných končí svůj život sebevraždou. I přes stejnou diagnózu je průběh onemocnění u každého člověka velmi individuální (Doubek, 2014; Mahrová, 2008).

Projevy schizofrenie

Projevy schizofrenie je možné rozdělit do tří skupin na pozitivní, negativní a kognitivní.

Pozitivní příznaky vyjadřují nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí. Mezi pozitivní příznaky patří halucinace, bludy a poruchy formy myšlení. Mohu se vyskytnout také poruchy chování zahrnující agitovanost, neklid, bizarní chování, zrychlené psychomotorické tempo, agresivitu (Doubek, 2014).

Halucinace jsou falešné smyslové vjemy, vznikající bez zjevného zevního podnětu, člověk vidí, slyší a cítí věci, které ostatní nevnímají a mohou postihnout všechny smysly. U schizofrenie jsou nejčastěji přítomny sluchové halucinace, při kterých nemocný slyší jednotlivé zvuky nebo složitější vjemy, jako jsou hlasy. Hlasy mohou být vnímány jako slyšené ušima, nebo jako ozvučené myšlenky v hlavě. Hlasy mohou mít různou podobu, mohou hovořit přímo k nemocnému, o něm, nebo komentují jeho jednání. Mohou se vyskytnout i takové, které dávají člověku příkazy, a ten se pak pod jejich vlivem může zachovat způsobem, při kterém ohrožuje sebe nebo své okolí. Halucinace mohou být vnímány stejně nebo intenzivněji než vnímaná skutečnost, což vede k tomu, že s nimi klienti se schizofrenií často komunikují. Zrakové halucinace způsobují vnímání různých barev, tvarů, osob nebo barvitých scén jakoby z filmu. Při intrapsychických halucinacích může mít člověk dojem, že jsou mu myšlenky odnímány nebo vkládány do hlavy. Čichové halucinace bývají spojené s chuťovými a tělesné halucinace se mohou projevovat neobvyklými pocity

v těle jako je elektrizování, pálení nebo změny vlastností či umístění orgánů, doteky po těle (Doubek, 2014; Uhrová et al., 2020).

Bludy patří mezi poruchy myšlení a jsou to mylná, nevývratná přesvědčení, která neodpovídají realitě, ale nemocnému připadají naprosto reálná a pravdivá. Blud se zpravidla vyvíjí v čase, člověka nejdříve napadne pouze myšlenka, ale postupně se vyvine do bludného přesvědčení, které může přejít až k propracovanému systému bludů. Bludy často zahrnují pocity vztahovačnosti a pronásledování, mohou to být také přesvědčení o vlastní výjimečnosti až nadpřirozených schopnostech, nebo bludy s náboženskou tematikou (Doubek, 2014; Uhrová et al., 2020).

Porucha formy myšlení způsobuje, že se myšlení stává nesouvislým, zahýbavým a obširným s přehnaným důrazem kladeným na nepodstatné detaily, člověk není schopen udržet linii hovoru, mluví bez logických souvislostí. Dochází také k myšlenkovým zárazům, kdy má nemocný příliš mnoho myšlenek a nedokáže je vyjádřit slovy (Doubek 2014; Mahrová 2008).

Negativní příznaky znamenají oslabení nebo ztrátu normálních funkcí.

Mezi negativní příznaky schizofrenie patří snížená schopnost prožívat emoce, snížená motivace k aktivitě, člověk se chová tak, jako by mu vše bylo jedno a nic ho nezajímalo, s okolím komunikuje omezeně a je snížená mimika obličeje. Mezi další negativní projevy patří porucha koncentrace a pozornosti, obtížné rozhodování, snížená schopnost plánování a potíže při řešení problémů. Může dojít k oslabení a ztrátě vůle, ke ztrátě zájmů o záležitosti, které nemocného dříve bavily. Mezi negativní projevy schizofrenie patří také poruchy nálady, které bývají spojeny s pocity méněcennosti, beznaděje a obavy spojené s nepříznivou prognózou, které mohou vést až k úvahám o sebevraždě (Doubek, 2014, Uhrová et al., 2020).

Kognitivní příznaky narušují většinou několik kognitivních domén. U osob se schizofrenií je velmi často postižena oblast sociální inteligence, která zahrnuje schopnost sociální interakce, identifikace a porozumění emocím. Mezi kognitivní příznaky dále spadá zhoršená schopnost soustředění, zapamatování, plánování. Tyto příznaky jsou považovány za jádrové příznaky schizofrenie a jejich závažnost souvisí s rozvojem zejména negativních příznaků onemocnění (Doubek, 2014; Uhrová et al., 2020).

Formy schizofrenie

Nejčastější formou schizofrenie je **paranoidní schizofrenie**. Projevuje se prudkými atakami onemocnění, které se vyznačují především halucinacemi a paranoidními bludy, jejichž intenzita a míra uspořádání závisí na závažnosti onemocnění. Halucinace bývají obvykle sluchové a bludy perzekuční a velikášské, často ovlivňují myšlení a chování jedince. Tato forma schizofrenie poměrně dobře reaguje na léčbu, a pokud je pacient motivován k léčbě a je schopen spolupracovat, je možné ho dlouhodobě udržovat v remisi (Doubek, 2014; Mahrová, 2008).

Další formou je **hebefrenní schizofrenie**, jejíž projevy Mahrová (2008) popisuje jako extrémně vystupňované pubertální chování. Doubek (2014) popisuje nemocného s hebefrenní schizofrenií jako jedince, který je emočně labilní, chová se nevypočitatelně až inadekvátně, jeho aktivita je bezcílná někdy až bizarní, oblékání může být nepřiléhavé a nápadné, řeč je strojená, inkohrentní a obsahem bývá často plané filozofování, či manýrování. Emoce mohou být oploštělé, nepřiměřené intenzitou nebo neodpovídají situaci a kontextu. Prognóza je spíše nepříznivá, protože je obtížné motivovat klienta ke spolupráci (Orel, 2020).

Katatonní schizofrenie se vyznačuje především výraznými psychomotorickými poruchami. Jsou to projevy nadměrného vzrušení doprovázené bezcílným neklidem, nebo projevy psychomotorického útlumu někdy až katatonního stuporu, ve kterém jedinec není schopen reagovat na okolí, což ale neznamená, že okolí nevnímá. Tělo a končetiny mohou zůstat v nastavených až bizarních polohách, mohou se objevit svalová ztuhlost, horečka a může nastat metabolický rozvrat, což může vést až k úmrtí (Mahrová, 2008, Uhrová et al., 2020).

Simplexní schizofrenie je méně častou, ale prognosticky závažnou formou. Projevuje se uzavíráním do vnitřního světa, což bývá mnohdy patrné už od dětství. Jedná se o jedince, kteří jsou spíše introvertní, samotářští a uzavření. U této formy schizofrenie dominují především negativní příznaky nemoci jako snížená vůle, aktivita atd. Onemocnění neprobíhá v epizodách, jedná se spíše o pozvolný proces, který často vede k trvalé změně osobnosti nemocného (Mahrová 2008; Orel et al., 2020).

Reziduální schizofrenií je označován stav, kdy přetrvává určitá zbytková schizofrenní symptomatologie po jasně proběhlé schizofrenii. Jejimi projevy jsou například podivínství,

bezcílnost, omezení sociálních kontaktů, snížená aktivita, pasivita a emoční oploštělost. Může dojít také ke zhoršení celkové péče o sebe (Orel et al., 2020).

Další kategorií jsou stavy podobné schizofrenii, do kterých patří:

Schizotypální porucha je charakterizována symptomy, které se podobají zdůrazněným prodromálním příznakům schizofrenního onemocnění. Pro jedince s touto poruchou je typické excentrické chování, poruchy v myšlení a emotivitě. Od schizofrenie je odlišná především pomalým postupem duševní dezorganizace a vztah ke skutečnosti je realističtější, než u pacientů se schizofrenií (Ocisková a Praško, 2015; Orel et al., 2020). Dalšími projevy jsou tendence k izolaci od společnosti, paranoidní nebo bizarní nápady, ruminace, občasné jakoby psychotické ataky s intenzivními iluzemi a halucinacemi a myšlenky podobné bludům. Vývoj a průběh jsou podobné jako u poruch osobnosti (F20-F29 – Schizofrenie poruchy schizotypální a poruchy s bludy, 2021).

Trvalá porucha s bludy, objevuje se kolem 50. roku života, tedy v pozdějším věku, než schizofrenní onemocnění a je charakteristická rozvojem jednoho nebo více vzájemně propojených bludů s rozmanitým obsahem. Bludy se často týkají určitého okruhu problémů a mají svým způsobem logickou souvislost, avšak systém bludů bývá méně propracovaný než u schizofrenie. Nebývají přítomny trvalé a zřetelné halucinace, bludy s narušením a pochybnostmi o vlastní vůli, ani emoční oploštělost. Afektivita, řeč i chování se nevymykají normě, pokud se odhlédne od jednání a chování, které má přímý vztah k systému bludů (Mahrová, 2008; Ocisková a Praško, 2015).

Dalším typem duševních poruch, které jsou podle MKN řazeny ke schizofrenním onemocněním, jsou **schizoafektivní poruchy**. Tyto poruchy jsou epizodické stavy, ve kterých se vyskytují typické schizofrenní a afektivní symptomy, podobně jako u bipolární afektivní poruchy. Rozlišuje se typ depresivní, manický nebo smíšený, podle přítomné patologické nálady (Mahrová, 2008; Pavlovský, 2014).

2.2 Afektivní poruchy

Jsou to poruchy nálady a patří k nejčastějším duševním poruchám (Mahrová, 2008). Afektivní poruchou není ovlivněna pouze nálada, ale většinou zasahují a ovlivňují všechny

oblasti lidského života. Příčiny rozvoje afektivních poruch jsou biologické i psychosociální. Určitou roli v etiologii onemocnění hraje také genetická predispozice člověka ke zvládnání stresové zátěže. V anamnéze u osob s afektivními poruchami se ve zvýšené míře objevují stresové a negativní životní události jako například zneužívání, týrání v dětství, ztráta blízkého atd. Genetické dispozice se objevují především u lidí, kteří se během života setkali a prožili opakované a intenzivní stresové situace. V okruhu afektivních poruch je možné setkat se s depresivním a manickým syndromem, hovoří se o depresivní nebo manické epizodě. Afektivní poruchy ovlivňují prožívání i chování člověka, ovlivňují aktivitu, racionalitu, výkonnost, motivaci, pozornost a další psychické i fyzické funkce (Orel et al, 2020; Raboch et al., 2014).

Manický syndrom

Mánie se projevuje zvýšenou, euforickou a expanzivní náladou. Tato abnormálně nadnesená nálada je doprovázena zrychleným myšlením a psychomotorikou, nadměrnou činorodostí, zvýšeným sebehodnocením a sebevědomím, mohou být přítomny také pocity mimořádných schopností a síly, roztržitost, zvýšená schopnost navazování třeba i nevhodných partnerských kontaktů či utrácení peněz. Nadnesená nálada bývá nezvykle vstřícná a v případě odporu se může změnit na hněvivou a zlostnou. Může se objevit nadužívání alkoholu a návykových látek. Typickým projevem manického syndromu je také narušení spánku, člověku v mánii stačí pouze několik hodin spánku, případně nespí několik dní vůbec. Během mánie člověk není často schopen odhadnout důsledky svého jednání a dostává se tak do nepříznivých sociálních situací. Manický syndrom většinou nevzniká náhle, ale rozvíjí se postupně (Mahrová, 2008; Uhrová et al., 2020).

Manická epizoda je označení pro stav, kdy manické ladění trvá minimálně jeden týden, a jsou přítomny další příznaky manického syndromu, nebo je narušeno denní fungování jedince (Uhrová et al., 2020).

Manická symptomatika se může projevovat v různé intenzitě, hypomanie je mírnější formou mánie a nadprůměrně nadnesená nálada se vyskytuje minimálně čtyři dny. Manická epizoda bez psychotických příznaků trvá minimálně týden a zásadně ovlivňuje život člověka převážně v sociální a pracovní oblasti. Manická epizoda s psychotickými příznaky postihuje třetinu nemocných, vyskytují se při ní poruchy vnímání a myšlení, které přímo souvisí s náladou jedince. Bludy bývají nejčastěji paranoidní, člověk je při těchto bludech často

přesvědčen, že je sledován, halucinace bývají nejčastěji sluchové. Během epizody psychotické mánie je člověk zcela vyřazen z běžného života (Mahrová, 2008; Orel et al., 2020; Raboch et al., 2014).

V rámci jedné manické epizody můžeme tedy rozlišit hypomanií, manickou epizodu bez psychotických příznaků a manickou epizodu s psychotickými příznaky.

Depresivní syndrom

Projevuje se patologicky sníženou smutnou depresivní náladou, ztrátou zájmu a nižší mírou motivace k obvyklým činnostem, anhedonií, úzkostí a apatií. Typické jsou také poruchy myšlení a vnímání, především zhoršení schopnosti koncentrace, nerozhodnost, ztráta sebevědomí, pocity viny a beznaděje. Mohou se objevit také poruchy psychomotoriky, kdy je psychomotorické tempo zpomalené, utlumené, ale někdy se může objevit také agitovanost a vnitřní neklid. Součástí depresivního syndromu mohou být i somatické potíže jako bolesti svalů, kloubů, tíha na hrudi, bolesti hlavy, tíha v končetinách, nechutenství a celkové psychické i fyzické vyčerpání, únava, ztráta energie. Ztráta zájmu postihuje také oblast vztahů, dochází k uzavírání se před přáteli a rodinou (Mahrová, 2008; Raboch et al., 2014; Uhrová et al., 2020).

Pro depresivní syndrom jsou typická tzv. ranní pesima, kdy depresivní nálada dosahuje nejvyšší intenzity. Součástí depresivního syndromu mohou být také myšlenky na smrt, riziko sebevraždného se zvětšuje s prohlubující se depresí. V hluboké depresi se mohou objevit také psychotické symptomy, jako jsou bludy a méně často halucinace (Raboch, 2014).

O **depresivní epizodě** se hovoří tehdy, pokud příznaky depresivního syndromu trvají minimálně dva týdny. Bývá rozlišováno několik forem a to lehká, středně těžká a těžká depresivní epizoda bez psychotických příznaků nebo s psychotickými příznaky (Orel et al., 2020; Raboch et al., 2014).

Pokud se depresivní epizody opakují, hovoří se o **periodické (rekurentní) depresivní poruše**. Pauza mezi jednotlivými epizodami může trvat měsíce nebo i roky. Periodická depresivní porucha postihuje dvakrát častěji ženy než muže, rozvíjí se obvykle ve středním věku. Neléčená epizoda trvá v průměru šest měsíců. U lidí, kteří trpí depresivní poruchou, je vždy nutné pátrat po suicidálních myšlenkách, předchozích sebevraždných pokusech a pocitech beznaděje, protože až 15% z těchto pacientů spáchá sebevraždu. Člověk

trpící depresí má sklony zvýrazňovat své fyzické obtíže, proto bývá mnohdy nesprávně diagnostikován. V případě tzv. maskované deprese jsou fyzické symptomy v popředí, před projevy psychickými (Orel et al., 2020; Raboch et al., 2014).

Léčba depresivní poruchy má za cíl dosažení plné remise, tedy odstranění všech psychopatologických symptomů, znovuzískání schopnosti běžné psychosociální adaptace a zabránění návratu potíží. K léčbě jsou využívána antidepresiva, která pomáhají odstranit depresivní příznaky, elektrokonvulzivní terapie a další biologické postupy. Léčba je dělena na etapy, a to na akutní, pokračovací a udržovací, profylaktickou. Využívány jsou také mnohé psychoterapeutické techniky např. kognitivně-behaviorální, interpersonální, rodinná, dynamická terapie atd. Nejvíce efektivní jsou u lehčích a středně těžkých forem depresí, převážně tam, kde má člověk potíže v oblasti psychosociální. Při zvládání deprese je doporučeno podporovat člověka ve stanovení konkrétních a dosažitelných cílů a vzdálenější cíle rozčlenit na dílčí. Elektrokonvulzivní terapie se využívá při léčbě hlubokých forem deprese s nebezpečím sebevraždy, kdy pacient odmítá přijímat potravu, vyskytují se výrazné psychotické příznaky a nereagoval na léčbu několika druhy antidepresiv (Mahrová, 2008; Raboch, 2014, Křivohlavý, 2012).

Bipolární afektivní porucha bývá charakterizována střídáním manických a depresivních epizod, přičemž obvykle bývá prvním projevem jedna nebo více depresivních epizod a manické projevy se rozvíjí později. Nástup této poruchy bývá obvykle v pozdní adolescenci nebo v rané dospělosti. Onemocnění svými projevy výrazně narušuje sociální fungování člověka, nemocný může přijít o práci, rozpadají se mu vztahy, dochází k nadměrnému užívání návykových látek, může dojít k agresivnímu chování a k páchání trestné činnosti. V mánii může dojít k vysílení organismu, což vede ke zvýšenému sklonu k dopravním nehodám a úrazům. U této poruchy je také zvýšené riziko sebevraždy. Během života dochází k opakování afektivních epizod, a čím více epizod člověk prožije, tím více se zkracuje období remise. Typické je střídání období deprese, mánie a euthymie neboli období klidu. Léčba bipolární afektivní poruchy spočívá především ve farmakoterapii a důležitá je také psychoterapeutická péče, která pomáhá jedinci i jeho okolí naučit se žít s tímto závažným onemocněním. Edukace pacienta a jeho okolí je předpokladem pro zdárný průběh farmakologické léčby (Orel et al., 2020; Raboch et al., 2014; Mahrová, 2008).

2.3 Poruchy osobnosti

Jsou definovány jako určité, trvalé, těžko ovlivnitelné vzorce osobnostních rysů, které jsou odlišné od aktuální sociokulturní normy. Poruchy osobnosti se v psychiatrii objevují čím dál častěji, až polovina psychiatrických pacientů trpí poruchou osobnosti, často v součinnosti s další duševní poruchou (Vágnerová, 2008; Venglářová, 2008).

Pro osoby s poruchou osobnosti jsou typické rozmanité klinicky významné stavy a následně i vzorce chování, které jsou neměnné. Pacienti s poruchou osobnosti jsou typičtí svým životním stylem, který je odlišuje od běžné populace a vyznačují se různými charakterovými a temperamentovými rysy, které se zásadně liší od rysů, kterými disponuje většina, mají odlišný vztah k sobě i okolí. Osoby s poruchou osobnosti nejsou schopny hlubokých emočních prožitků, empatie, je pro ně typická neochota spolupracovat, mívají nejrůznější požadavky ohledně svého léčení, ale nerespektují terapeutická doporučení. K problémovým a náročným situacím přistupují rigidně a mají velmi omezenou schopnost flexibilně měnit své jednání, podle dané situace. Abnormality ve svém chování často vnímají jako normu, jako jejich integrální část, nechtějí se jí tedy zbavit, což přináší komplikace v sociálním fungování. Chyby vidí tito lidé hlavně ve svém okolí a zcela odmítají názor, že svým chováním často ubližují především svým nejbližším (Uhrová et al., 2020; Venglářová, 2008; Žukov et al., 2014).

Rozdělení poruch osobnosti podle MKN 10:

Specifické poruchy osobnosti

Jako specifické poruchy osobnosti jsou označovány celoživotní stavy, u kterých jsou některé povahové a charakterové osobnostní rysy a vlastnosti extrémně vystupňované a jiné naopak zakrnělé nebo chybějící. Do specifických poruch osobnosti patří:

Paranoidní porucha osobnosti – pro člověka s touto poruchou je typická nedůvěra, podezřívavost, vztahovačnost a nepřátelskost vůči ostatním. Dění kolem si tito lidé nepřiměřeně vztahují ke své osobě, jsou extrémně přecitlivělí na kritiku a odmítnutí a nejsou schopni odpouštět. Často vstupují do konfliktů, mohou to být chroničtí stěžovatelé, patologicky žárliví partneři či partnerky a také bojovníci za určitou pravdu, o které jsou přesvědčeni i navzdory logickým argumentům (Orel et al., 2020; Uhrová et al., 2020).

Schizoidní porucha osobnosti, která se projevuje stažením jedince do sebe, nezájmem o druhé, emoční oploštělostí s neschopností prožívat a vyjadřovat své city. Schizoidní osobnost se dále projevuje sklony k fantazijnímu prožívání a introspekci a také necitlivostí vůči společenským konvencím. Tito lidé mohou mít také sklony k agresivním projevům, nedokáží se poučit z trestu a často přenáší vinu na druhé (Orel et al., 2020; Uhrová et al., 2020).

Pro člověka s **disociální poruchou osobnosti** je typické opakované porušování morálky a společenských pravidel. Tyto potíže s dodržováním pravidel se většinou objevují již v dětském věku. Lidem s danou poruchou osobnosti chybí empatie a pocit zodpovědnosti, nejsou schopni sebereflexe a sebekritiky, nerespektují pravidla, dohody ani sociální normy. Mají také sníženou schopnost ovládat impulzivitu a agresivitu. V dospělosti se často dopouští přestupků, jsou to klienti věznic apod. (Orel et al., 2020; Uhrová et al., 2020).

Emočně nestabilní porucha osobnosti se projevuje emoční nestabilitou jedince s tendencí k impulzivnímu jednání bez rozmyslu a často bez ohledu na následky. U této poruchy osobnosti jsou rozlišovány dvě podskupiny, a to impulzivní typ a hraniční typ.

Pro **impulzivní typ** emočně nestabilní poruchy osobnosti jsou typické prudké emocionální reakce i fyzické násilí, dále se projevuje emoční nestálostí a nesnášenlivostí kritiky, nálada se často nepředvídatelně mění a schopnost seberegulace je snížena.

Emočně nestabilní porucha **hraničního typu** se vyznačuje emoční nestálostí, labilitou a také poruchou sebehodnocení, sebevnímání a sebebřijetí. Lidé s touto poruchou prožívají pocity prázdnoty, nevyznají se v sobě, mohou navazovat intenzivní vztahy, které mohou náhle opustit. Typické je pro ně černobílé vidění světa. U lidí s touto poruchou často dochází k sebepoškozování nebo k sebevražedným myšlenkám či pokusům (Orel et al., 2020; Uhrová et al., 2020).

Histrionská porucha osobnosti byla v minulosti nazývána hysterickou poruchou osobnosti. Lidé s histrionskou poruchou osobnosti se vyznačují především labilní emotivitou, tendencemi k dramatizaci situací a teatrálnímu vystupování. Častým prostředkem k vynucování pozornosti jsou tendence ke koketerii a manipulaci. Kvůli svému temperamentu a charakteru velké potíže při komunikaci s okolím (Orel et al., 2020; Žukov et al., 2014).

Anankastická (obsedantní) porucha osobnosti je charakterizována perfekcionismem, a disciplinovaností. Lidé s touto poruchou jsou vnitřně nejistí, jejich okolí je vnímá jako pedantské, moralizující a rigidní osoby. Typická je také nerozhodnost, sebeobviňování, obavy z chyb. Tito lidé mají omezený nebo specifický smysl pro humor. Před osobními vztahy dávají přednost řádu a pořádku (Uhrová et al., 2020; Žukov et al., 2014).

Úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti se vyznačuje tím, že jedinec pocítuje vnitřní napětí, časté obavy, úzkost a strach, nejistotu a pocity méněcennosti. Pocítuje také nadměrný strach z kritiky a odmítnutí druhými. V důsledku svých obav a pocitů méněcennosti se vyhýbají složitějším sociálním situacím (Orel et al., 2020; Uhrová et al., 2020).

Závislá porucha osobnosti, člověk s touto poruchou osobnosti se projevuje extrémní podřídivostí, spoléháním se na druhé a neschopností rozhodovat se sám za sebe. Snaží se vlichotit jiným lidem i za cenu vlastního nepohodlí a znevýhodnění. Trpí nadměrným strachem z odmítnutí, silně prožívá pocity vlastní bezmoci, neschopnosti se o sebe postarat a učinit správné rozhodnutí (Uhrová et al., 2020).

Mezi jiné specifické poruchy osobnosti se řadí:

Osobnost nezdrženlivá, která je charakteristická nestálostí postojů, nedostatkem pevné vůle, podléháním druhým osobám, nadužíváním návykových látek (Žukov et al., 2014).

Pasivně agresivní porucha osobnosti je charakteristická především skrytým a nepřímým kladením a vytvářením překážek, lidé s touto poruchou jsou většinou neústupní, nevýkonní, vyhýbají se úkolům, často jsou účastníky hádek a konfliktů s nadřízenými a autoritami (Orel et al., 2020).

Člověk s **narcistickou** poruchou osobnosti má velikášskou představu o vlastní důležitosti, od okolí očekává neustálý obdiv, je přecitlivělý na kritiku své osoby. Lidé s touto poruchou jsou zaujati fantaziemi o vlastní moci, výjimečnosti a schopnostech. Na své okolí kladou vysoké nároky a postrádají schopnost empatie. V jejich chování je patrná arogance, závistivost, kritika vůči ostatním lidem (Orel et al., 2020; Žukov et al., 2014).

Orel (2020) dále uvádí mezi jiné specifické poruchy osobnost excentrickou, nezralou či pseudoneurotickou.

Do smíšených a jiných poruch osobnosti jsou řazeny poruchy, které mají rysy několika specifických poruch osobnosti, ale bez převažujícího souboru symptomů, který by umožnil přesněji specifikovat diagnózu.

Další jsou **přetrvávající změny osobnosti**, které nelze přisoudit hrubému poškození nebo nemoci mozku, a patří sem přetrvávající změna osobnosti po katastrofické zkušenosti, přetrvávající změna osobnosti po psychickém onemocnění a tzv. jiné přetrvávající změny osobnosti (Žukov et al., 2014).

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE S LIDMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

Sociální práce je definována jako „*společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti)*“ (Matoušek et al., 2010). Národní asociace sociálních pracovníků definuje sociální práci jako „*profesionální aktivitu, zaměřenou na pomáhání jednotlivcům, skupinám nebo komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování, a na tvorbu nebo zlepšení společenských podmínek příznivých pro dosažení tohoto cíle*“ (Navrátil, 2001). Potíže v oblasti sociálního fungování nastávají, pokud člověk není schopen dostatečně zvládat nároky a požadavky prostředí, ve kterém žije (Venglářová, 2008).

Sociální práce v oblasti péče o duševní zdraví se zaměřuje na obnovení stavu duševní rovnováhy a na podporu při dlouhodobém léčení duševních poruch. Cílem sociální práce s osobami s duševním onemocněním je podpořit klientovo sociální fungování, které bývá, především v důsledku dlouhodobého chronického onemocnění, narušeno ve více oblastech a to dlouhodobě. Sociální pracovník poskytuje klientovi intervence a podporu při řešení záležitostí v oblasti sociálního zabezpečení, finanční situace, bydlení apod. (Matoušek et al. 2010; Venglářová 2008). Sociální služby pro osoby s duševním onemocněním jsou poskytovány v institucích např. v domovech se zvláštním režimem a v ambulantních zařízeních, jako jsou krizová centra, centra denních služeb, denní stacionáře, sociálně-terapeutické dílny a sociálně-rehabilitační zařízení. Zdravotně-sociální péče bývá poskytována v nemocnicích a psychiatrických nemocnicích (Matoušek et al., 2010).

Sociální pracovník by měl pro práci s osobami s duševním onemocněním splňovat určité předpoklady, jako je znalost symptomatiky i dynamiky duševních onemocnění, znalost terapeutických intervencí, vlivu medikace a znalosti standardů sociální a zdravotně-sociální práce (Matoušek et al., 2010). Sociální pracovník provádí sociální šetření, sestavuje a realizuje plán intervencí, musí umět hodnotit výsledky a ukončovat spolupráci s klientem. Měl by znát etiku práce s danou cílovou skupinou, orientovat se v životním stylu a hodnotách různých cílových skupin a být k nim vnímavý. Během sociálního šetření se pracovník zaměřuje na pozorování interakcí klienta s okolím, na klientovo emoční, kognitivní a sociální fungování, na popis jeho osobních cílů a plánů, získává informace ohledně bydlení, finanční situace, zaměstnání a o jeho sociální síti. Při přechodu z institucionální péče sociální pracovník zajišťuje návaznou péči a zabezpečení životních

podmínek a po přechodu do následného bydlení poskytuje klientovi další potřebnou podporu pro adekvátní sociální fungování (Matoušek, 2015).

3.1 Specifika práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce s osobami s duševním onemocněním může být složitá. Při práci s člověkem s duševním onemocněním jsou na pracovníky kladeny velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup ke klientovi. Podle Probstové (2010) je sociální práce s lidmi s duševním onemocněním neatraktivní a se stigmatizací se nesetkávají pouze klienti, ale také profesionálové, kteří s lidmi s duševním onemocněním pracují.

Lidé s duševním onemocněním mívají typicky narušené prožívání reality, ale projevy, průběh a prognóza jsou velmi individuální a mohou být různorodé. V praxi se vyskytují také různé kombinace, jejichž příkladem mohou být duální diagnózy, kdy je klient s psychotickým onemocněním zároveň závislý na psychoaktivních látkách. Specifické jsou také projevy stárnutí a některých psychiatrických poruch, nebo kombinace bezdomovectví a duševního onemocnění. Někteří lidé s duševním onemocněním mohou mít potíže v rámci interpersonálních vztahů, mohou mít problémy se základní důvěrou, blízkostí či závislostí, proto by měl pracovník ke klientovi přistupovat empaticky, s respektem a přirozeným zájmem, naslouchat mu a vnímat jeho prožívání (Valentová, 2008). Probstová (2009) uvádí nutnost pracovníků zaměřit se během kontaktu s člověkem s výraznými emočními potížemi, nejen na klientova očekávání, ale také na své vlastní.

Při komunikaci s klientem s duševním onemocněním by měl mít sociální pracovník na paměti základní symptomatologii onemocnění a brát ji na vědomí při jednání s klientem. Většina duševních onemocnění nevede k narušení intelektových schopností člověka. Pracovník by měl ke klientovi přistupovat s respektem, nejednat ve spěchu a vytvořit takové prostředí, ve kterém bude klient cítit zájem o řešení jeho potíží. Komunikaci je nutné vždy přizpůsobit možnostem a projevům klienta podle toho, v jakém stavu se právě nachází. Komunikace s klientem, který je stabilizovaný probíhá jinak než s klientem, který přichází v akutní atace (Dušek a Večeřová Procházková, 2015; Valentová, 2008).

Při komunikaci s člověkem s psychotickým onemocněním se mohou vyskytovat různé obtíže. Klient může být například více vztahovačný a zdrojem napětí a nedorozumění se může stát i to, co by v běžné komunikaci prošlo bez povšimnutí, proto by měl pracovník vždy pečlivě volit slova. Další z komplikací, které mohou narušovat vzájemnou komunikaci, jsou halucinace, které se mohou projevovat například tím, že je klient vnímá jako další osobu

přítomnou danému rozhovoru. Kromě přehnané vztahovačnosti mohou být lidé s psychotickým onemocněním během komunikace odtažití a nedůvěřiví nebo naopak navazovat kontakt až přehnaně ochotně. Jedním z projevů během hovoru může být také zahlcení pracovníka strhujícím proudem slov a v takových rozhovorech bývá pro pracovníka obtížné zorientovat se a držet se předmětu hovoru. Klienti mohou mít svou vlastní logiku, mohou odbíhat do nepodstatných detailů, což může být dáno tím, že jim samotným dělá potíže odlišit podstatné od nepodstatného. Dalším z projevů komunikace člověka s psychotickým onemocněním je fixace na některé věty, situace či potíže, které člověk neustále opakuje. Pracovník může mít obtíže s porozuměním klientovi, s pochopením sdělení a také může vnímat rozpor mezi klientovým verbálním a neverbálním projevem, což pro pracovníka může být zdrojem nejistoty (Pěč a Probstová, 2009; Valentová, 2008).

Pokud se objeví některé z výše popsaných obtíží, pracovník by měl ke klientovi s psychotickým onemocněním přistupovat trpělivě a měl by mít neustále na paměti, že klient komunikuje, jak nejlépe dovede. Klientům bývá v jejich situaci většinou velmi nepříjemně, prožívají strach, úzkost a napětí, což by měl být sociální pracovník schopen během komunikace zmírnit citlivým empatickým přístupem a autentickým zájmem o pochopení klienta a jeho situace (Valentová, 2008).

Lidé s psychotickým onemocněním mohou mít sníženou vůli k řešení své životní situace, mohou působit, že jsou líní, pomalí, nedodržují hygienické zásady a další běžné činnosti. Mnoho z těchto projevů jsou projevem nemoci a pracovník by je měl brát v úvahu a pokusit se klienta motivovat k tomu, aby se právě toto začalo postupně měnit (Valentová, 2008).

Sociální pracovníci se při práci s lidmi s duševním onemocněním čím dál častěji setkávají s lidmi se specifickými poruchami osobnosti (Venglářová, 2008). Jak už bylo řečeno v předchozí kapitole, poruchy osobnosti nejsou onemocnění jako takové, jejich podstatou je disharmonicky vyvinutá osobnost. Osoby s poruchami osobnosti se svými projevy výrazně odlišují od běžných způsobů chování, myšlení a cítění většinové společnosti (Riegel et al., 2020). Lidé s poruchou osobnosti mívají velká očekávání od ostatních, ale zároveň se neřídí danými doporučeními, nedostatečně spolupracují a mají malou vůli ke změně, což značně ztěžuje spolupráci s nimi (Orel et al., 2020).

Spolupráce s těmito klienty je pro pracovníky náročnější v porovnání s ostatními klienty. Na přijatelnou domluvu s člověkem s poruchou osobnosti musí pracovník vynaložit více úsilí a při jejich setkání bývají často přítomny negativní emoce, a to jak ze strany klienta, tak i pracovníka. Klient s poruchou osobnosti se může během komunikace projevovat tím,

že jedná nepřiměřeně, jeho způsob jednání se vymyká tomu, co je od něho jako od klienta očekáváno, může se také domáhat služeb, které nelze poskytnout a pokud mu není vyhověno, může se uchýlit k výhrůzkám či zastrašování, může posílat stížnosti, případně může dojít i k agresi. Toto chování může vést ke konfliktům a vzájemné nedůvěře, kvůli čemuž je zkomplikováno řešení sociální situace klienta (Kutnohorská et al., 2012; Orel et al., 2020).

Lidé s poruchou osobnosti si své povahové nedostatky většinou neuvědomují, proto musí pracovník věnovat pozornost i povahovým změnám, které samotného klienta netrápí, ale mohou být překážkou v jeho sociálním fungování. Povahové rysy osob s poruchou osobnosti způsobují potíže ve vztahu mezi pracovníkem a klientem, a to v tom smyslu, že se jednání s těmito klienty vymykají zažitým stereotypním postojům a normám, což může vést k frustraci pracovníka, k napětí a někdy až k úvahám o smysluplnosti vlastního počínání. Komunikace s klientem musí být přizpůsobena klientovi a jeho konkrétním potížím, každá z poruch osobnosti vyžaduje speciální přístup. I u osob s poruchou osobnosti musí sociální pracovník respektovat individualitu klienta (Kutnohorská et al., 2012).

3.2 Vybrané rizikové faktory při práci s osobami s duševním onemocněním

Sebevražda klienta

Významným specifikem, se kterým se mohou setkat pracovníci, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním, je sebevražda klienta. U osob s duševním onemocněním je z podstaty daného onemocnění zvýšené riziko suicidálního jednání. I přes tento rizikový faktor může být sebevražda klienta pro sociálního pracovníka nečekanou a zraňující událostí. Sebevražda klienta může, zejména pro pracovníky, kteří jsou na počátku své profesní kariéry, představovat velkou stresovou zátěž. Pracovníci mohou na sebevraždu klienta reagovat různými způsoby, které závisí na kontextu celé situace a na individuální osobnosti pracovníka. Reakce na tuto událost bývají u pracovníků často podobné těm, které zažívají přímí pozůstalí. Pracovník tedy může prožívat pocity křivdy, smutek, bezmoc, pocity hněvu, strachu a zrady. Mohou se objevit také pocity viny za to, že nebylo rozpoznáno riziko a klientovi nebylo zabráněno v suicidálním jednání (Strom-Gottfried a Mowbray, 2018).

U nejbližších pozůstalých může docházet ke snížení vlastního sebehodnocení, pozůstalý může zažívat pocity ve smyslu „opustil mě, nestál jsem mu za to“ (Vágnerová,

2008). Ke snížení vlastního sebehodnocení může dojít také u pracovníků po sebevraždě klienta. U pracovníků se toto snížení sebehodnoty projevuje pochybnostmi o svých kompetencích při práci s klienty a pochybnostmi o vlastních schopnostech a znalostech. Přítomny mohou být také obavy z obviňování, posuzování a ztráty důvěry ze strany kolegů či nadřízených (Sanders et al., 2008).

Někteří pracovníci mohou reagovat opačným způsobem a popírat jakoukoliv emoční účast na sebevraždě klienta. Toto nevyjádřené a nevyřešené prožívání však může nepříznivě působit na osobní a zejména profesní život pracovníka a na další klienty, se kterými bude přicházet do kontaktu (Strom-Gottfried a Mowbray, 2018).

Reakce na sebevraždu klienta nemusí být pouze negativní, někteří pracovníci jsou na základě takovéto zkušenosti schopni vylepšit své pracovní postupy, například lepším vedením dokumentace a větší vnímavostí ke zmínkám svých klientů o pocitech beznaděje apod. Jak bylo zmíněno dříve, podstatnou součástí práce v pomáhajících profesích je vztah mezi pracovníkem a klientem. Budování důvěry a sdílení životních potíží vytvářejí ze setkání pracovníka a klienta intenzivní emocionální zkušenost pro obě zúčastněné strany. Pracovník si s klienty vytváří autentické vztahy, a proto také autenticky prožívá případnou ztrátu klienta. Při sebevraždě klienta je důležité, aby pracovník mohl vyjádřit a přijmout své vlastní pochybnosti, obavy, pocity viny a další obtížné reakce, nejlépe pod dohledem proškoleného odborníka na tuto problematiku. Tato pomoc by měla být zajištěna vedením daného pracoviště. Důležitou strategií při zvládání těchto náročných situací je také sebepečení. Každý pracovník v pomáhající profesi by měl mít vytvořena a nastavena vlastní osobní opatření, která mu pomohou zvládat stres vyplývající z dané profese (Strom-Gottfried a Mowbray, 2018).

Kromě pochopení a pojmenování dopadu sebevraždy klienta na praxi, je podle Peška (2018) důležité dbát také na případné projevy nezpracovaného nebo kumulovaného zármutku a z toho vyplývající psychologické fenomény, mezi které patří syndrom vyhoření, únava ze soucitu či sekundární traumatický stres.

Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření je definován jako negativní psychologický prožitek, který je reakcí pracovníků na nezvládnutý pracovní stres. Podle Matouška (2013) je syndrom vyhoření nevyhnutelnou součástí pomáhajících profesí a s některými jeho projevy se po určité době setká prakticky každý pracovník pomáhající profese. Obecnou příčinou jeho vzniku jsou zvláštní nároky, které na pracovníky klade intenzivní kontakt s klienty, kteří využívají

sociální služby. Může se rozvinout poměrně rychle od nástupu do zaměstnání, někdy již během několika týdnů či měsíců (Matoušek, 2013).

Syndrom vyhoření zahrnuje mnoho emočních, fyzických a interakčních symptomů. Projevy syndromu vyhoření mohou zahrnovat také bolesti hlavy, chřipkové příznaky, či projevy, jako běžné nachlazení, dechovou tíseň, gastrointestinální potíže, únavu a celkové vyčerpání, nespavost až depresi. Člověk, který prožívá psychické vyhoření, zažívá mnoho negativních citových stavů a těžkých myšlenek. Při setkání s jinými lidmi se u něho mohou objevit myšlenky, které nikdy dříve neměl, zažívá pocity tělesného a emocionálního vyčerpání, velkou únavu, cítí se „v koncích“, je vystresovaný apod. Mohou se objevit také projevy jako je nemluvnost, nuda, rezignace, zvýšená iritabilita, nespravedlivě kritický postoj apod. (Acker, 2009; Dušek a Věčeřová-Procházková, 2015; Křivohlavý, 2012).

Proces, který vede k vyhoření, může trvat měsíce, nebo i roky a probíhá ve fázích, které jsou různě dlouhé. Tyto fáze jsou:

- Nadšení, které je doprovázeno ideály a vysokou angažovaností pracovníka.
- Stagnace, ideály se nedaří realizovat, požadavky klientů či jejich příbuzných a zaměstnavatele začínají pracovníka obtěžovat.
- Frustrace, pracovník začíná vnímat klienty negativně, pracoviště pro něj představuje zklamání.
- Apatie, pracovník se začíná chovat ke klientům nepřátelsky, může docházet ke konfliktům, pracovník se vyhýbá přímé práci s klienty, volí spíše administrativní činnosti a činnosti mimo pracoviště.
- Syndrom vyhoření, při kterém nastává úplné vyčerpání, ztráta smyslu práce, cynismus, odosobnění, odcizení a vymizení reflexe vnitřních norem (Dušek a Věčeřová-Procházková, 2015; Matoušek, 2013).

Prevencí syndromu vyhoření může být například snižování nároků na sebe i na své okolí, stanovení hranic při práci s klienty, bránit se přetěžování. Dalším důležitým prvkem je stanovení priorit a plánování času i pracovních úkolů, dodržování přestávek při práci, vyhledání emocionální podpory v případě potřeby a vyhledání věcné podpory jako je například rozhovor s kolegy, kterým pracovník důvěřuje. Naučit se v kritických chvílích zachovat klid a rozvahu a poté situaci konstruktivně analyzovat. Pracovník by měl vnímat varovné signály svého těla a zajímat se o své zdraví. K předcházení syndromu vyhoření může přispět také jasná definice profesní role pracovníka a pracovní náplně, efektivní systém

zácviku nových pracovníků, možnost profesionálního poradenství poskytovaného zkušeným odborníkem. Jedním z nejlepších preventivních nástrojů proti syndromu vyhoření a ke zmírnování dalších dopadů pracovního stresu na pracovníky je supervize (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015; Matoušek, 2013).

Únava ze soucitu

Únava ze soucitu byla poprvé definována v 90. letech, kdy byly u pracovníků v sociálních službách a u zdravotníků objeveny specifické psychologické projevy (Pešek, 2018). Někdy bývá označována jako sekundární nebo zprostředkované trauma. Únava ze soucitu je fyzické, emocionální a duševní vyčerpání, které se může objevit jako reakce na stres, který je důsledkem péče o druhého člověka. Týká se výhradně pomáhajících profesí a jde o komplexnější fenomén, který má více dimenzí než syndrom vyhoření (Figley, 2002; Smith, 2020).

Častěji se vyskytuje u pracovníků, kteří se při práci setkávají se smrtí a umíráním a s lidmi, kteří prožili traumatickou zkušenost. Únava ze soucitu může být vyvolána jednou událostí, nebo může být důsledkem opakovanému vystavení náročným situacím v praxi (Pešek, 2018).

Projevy únavy ze soucitu mohou zahrnovat fyzické symptomy, jako jsou bolesti hlavy, vyčerpání, nespavost, zvýšená náchylnost k nemocem, může dojít také k nadužívání alkoholu či jiných návykových látek. Dále může pracovník pociťovat obavy z práce s určitými klienty, nebo pro něho může být obtížné oddělit pracovní život od osobního, a může pociťovat odstup od rodiny a přátel. Psychologické a emocionální projevy únavy ze soucitu zahrnují sníženou schopnost cítit soucit a empatii, mohou se objevit pocity zlosti a podrážděnosti, vtíravé myšlenky a obrazy, přecitlivělost nebo naopak necitlivost vůči emocionálnímu obsahu, změna vlastních přesvědčení, neschopnost prožívat radost z vykonané práce, narušení racionálního pohledu na svět atd. Projevy únavy ze soucitu se mohou podobat tomu, co zažívá klient, kterému se empatickou účastí snaží pracovník pomoci (Strom-Gottfried a Mowbray, 2018).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním má svá specifika. Tato specifika mohou pro pracovníky, kteří pracují s danou cílovou skupinou představovat určitou zátěž, jejíž dopad se může projevat v profesním i osobním životě. Nedílnou součástí sociální práce by měla být kvalitní sebepečce pracovníků, která by měla pomoci při předcházení a ke zmírnění dopadů této zátěže. Praktická část předkládané bakalářské práce se zabývá významem a způsoby sebepečce sociálních pracovníků v kontextu práce s lidmi s duševním onemocněním.

Cílem předkládané práce je prozkoumat, zda a jaké způsoby sebepečce využívají sociální pracovníci při práci s lidmi s duševním onemocněním. Dále je výzkum zaměřen na zjištění, zda a jak ovlivňuje práce s danou cílovou skupinou sociální pracovníky v kontextu sebepečce. Obsahem praktické části předkládané bakalářské práce bude odpovědět na následující výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka:

Jaké způsoby sebepečce využívají pracovníci při práci s osobami s duševním onemocněním? Pro nalezení odpovědí vztahujících se k záměru výzkumu bylo nezbytné specifikovat hlavní výzkumnou otázku doplňujícími vedlejšími výzkumnými otázkami:

1. V čem spatřují sociální pracovníci význam sebepečce?
2. Jaké konkrétní aktivity sebepečce pracovníci vykonávají?
3. Jak pracovníci vnímají práci s danou cílovou skupinou v kontextu sebepečce?

5 METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

Hlavním tématem předkládané práce je zjištění způsobů sebezpečí sociálních pracovníků. Vzhledem k hlavnímu tématu byl pro hledání odpovědí na výzkumné otázky zvolen kvalitativní přístup, prostřednictvím kterého je možné získat podrobné informace a porozumět zkoumanému fenoménu. Kvalitativní přístup zkoumá fenomén v přirozeném prostředí a využívá principy jedinečnosti, neopakovatelnosti a procesuality (Hendl, 2005; Miovský, 2006). V kvalitativním přístupu rozhodují o podaných informacích účastníci, díky čemuž se v jejich odpovědích mohou odrážet jejich znalosti, zkušenosti, postoje a pocity (Disman, 2000). Za negativa kvalitativního výzkumu mohou být považována časově náročný sběr a analýza dat a fakt, že výsledky jsou snáze ovlivnitelné výzkumníkem a jeho osobními preferencemi (Hendl, 2005).

5.1 Sběr dat

Pro získání informací byla v předkládané práci použita metoda rozhovoru, která je podle Miovského (2006) nejobtížnější a zároveň nejvýhodnější metodou pro sběr kvalitativních údajů. Konkrétně byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který patří mezi nejvýhodnější a nejrozšířenější metody získávání kvalitativních údajů (Mioviský, 2006).

Polostrukturovaný rozhovor představoval soubor okruhů a otázek, které byly sestaveny se záměrem prozkoumat, zda a jaké aktivity sebezpečí pracovníci vykonávají, jestli vnímají práci s lidmi s duševním onemocněním jako zátěžovou a jak se tato případná zátěž u pracovníků projevuje. Průběh jednotlivých rozhovorů byl zaznamenán na mobilní telefon. Vzhledem k charakteru polostrukturovaného rozhovoru bylo pořadí daných okruhů a otázek přizpůsobováno situaci jednotlivých rozhovorů a upravováno podle aktuálního kontextu.

Struktura rozhovoru obsahovala tři hlavní okruhy, které se týkaly zjištění, jak na pracovníky působí práce s danou cílovou skupinou, zda a jaké aktivity sebezpečí pracovníci využívají a jaký význam v těchto sebepečujících aktivitách spatřují. Účastníci odpovídali na otázky, jak vnímají práci s lidmi s duševním onemocněním, jakými způsoby se odreagovávají od pracovních záležitostí, zda se věnují aktivitám profesní sebezpečí apod. Schéma rozhovoru je přiloženo v příloze č. 1.

Jednotlivé rozhovory probíhaly vždy osobně, účastníci byli před rozhovorem informováni o tématu dané práce a výzkumu. Před zahájením samotných rozhovorů byly o účastnících zjištěny obecné informace. V úvodu rozhovoru byli účastníci

informování o tom, že bude rozhovor nahráván a získané informace budou použity pro účely mé bakalářské práce. Jejich souhlas byl na nahrávce zaznamenán.

5.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru. Výzkumu se účastnilo sedm sociálních pracovníků, kteří pracují v přímé péči o osoby s duševním onemocněním, a to v zařízení sociální rehabilitace. Stěžejním pro výběr participantů bylo právě to, že pracují v přímé péči s osobami v dané cílové skupině. Participant s nejkratší délkou praxe pracuje s touto cílovou skupinou necelý rok a participant s nejdelší délkou praxe pracuje s touto cílovou skupinou necelých 19 let.

5.3 Zpracování dat

Zdrojem pro zpracování kvalitativních dat byly audiozáznamy rozhovorů, které byly zaznamenány na mobilní telefon, a poté byla provedena jejich doslovná transkripce.

Proces transkripce může být ovlivněn systematickými i nesystematickými vlivy výzkumníka, proto byla použita technika kontroly transkripce opakovaným poslechem, během které byly rozhovory po přepsání znovu zkontrolovány s určitým časovým odstupem. Záznam byl poté opakovaně porovnáván s jeho transkribovanou podobou (Mioviský, 2006). U transkripce byla provedena úprava dat tzv. redukce prvního řádu, jejímž cílem je učinit přepis plynulejším a usnadnit tak analytickou práci s ním. Nejjednodušší formou redukce prvního řádu je vynechání všech částí vět, které nesdělují nějakou identifikovatelnou explicitně vyjádřenou informaci. Vynechávají jsou tedy různé zaznamenané zvuky, slova tvořící pouze tzv. slovní vatu atd. Text dále bývá také očištěn od výrazů, jejichž přítomnost spíše narušuje plynulost a které samy nenesou žádnou další informaci (Mioviský, 2006).

Přepsané rozhovory byly následně analyzovány pomocí otevřeného kódování. Prostřednictvím otevřeného kódování dochází k označování a kategorizaci pojmů pomocí pečlivého studia údajů a jsou zjišťovány podobnosti a rozdíly mezi významovými jednotkami. Analýza zjištěných údajů probíhala prostřednictvím pečlivého opakovaného čtení získaných rozhovorů. Slovům a úryvkům přepsaných rozhovorů byly přiřazovány kódy, jejichž shromážděním vzniklo pět kategorií. Kódování probíhalo metodou papír-tužka. Během procesu kódování byly jednotlivé části rozhovorů prostřednictvím barevného

zvýraznění seskupeny do významově podobných celků, kterým byly následně přiřazeny kódy. Ukázka kódování je zobrazena v příloze č. 2.

6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Následující kapitola obsahuje a shrnuje výsledky výzkumu. Nejdříve budou popsány jednotlivé kategorie, které byly identifikovány během procesu kódování. Těmito kategoriemi jsou práce s lidmi s duševním onemocněním, zátěž, předcházení zátěže, osobní sebek péče, profesní sebek péče.

6.1 Práce s lidmi s duševním onemocněním

První identifikovanou kategorií bylo zjištěno, jak vnímají participanti osoby s duševním onemocněním a práci s nimi. Někteří z participantů se zaměřili na popis spíše negativních a pro ně obtížných faktorů, se kterými se potýkají při práci s danou cílovou skupinou a jiní se zaměřili na pozitivní zkušenosti. Do této kategorie byla zařazena také komunikace s klienty, která je pro participanty někdy obtížná, ale nevnímají ji jako zátěžovou, vnímají ji spíše jako specifikum dané cílové skupiny. Pro identifikování kategorie byly použity kódy práce s lidmi s duševním onemocněním, vnímání, specifika, komunikace.

Participanti popisovali práci s lidmi s duševním onemocněním podle toho, jak ji sami vnímají ze svých vlastních zkušeností. Někteří z participantů vnímají práci s danou cílovou skupinou jako náročnou a poměrně zatěžující, „*práce s touto cílovou skupinou není jednoduchá, zpočátku jsem to takto nevnímala, ale po čase mě to ovlivnilo*“ (participant 1). Další z participantů uvádí srovnání s jinou cílovou skupinou „*lidi s mentálním hendikepem udělají, co jim řekneš, a jsou šťastní. Lidi, které máme tady, tak do nich dvě hodiny hučíš a oni na tebe jen tak koukají*“ (participant 4). Další z participantů, který s lidmi s duševním onemocněním pracuje nejkratší dobu, a to necelý rok, uvádí pozitivní zkušenost „*mně ti naši klienti přijdou jako úplně běžní lidé, nevidím až takový rozdíl mezi ostatními a duševně nemocnými. Ti lidé se nevymykají, v podstatě většina klientů je naprosto normálních, takže možná jsem spíš já měla předsudky a díky té práci tady a kontaktu s těmi lidmi jsem si trochu udělala jasněji a ty předsudky už asi nemám*“ (participant 3). Přestože participanti pracují s lidmi s podobnou diagnózou, zmiňují individualitu každého jedince „*každý ten člověk je jiný, to duševní onemocnění je u každého jinak specifické*“ (participant 2). Jeden z participantů uvedl, že „*když člověk chvíli pracuje s lidmi s duševním onemocněním, naučí se vidět i malé pokroky...kterých by si třeba laik nevšiml...a ocenit je*“ (participant 6).

Jako velmi specifickou součástí práce s danou cílovou skupinou vnímají participanti komunikaci s klienty. Komunikace s klienty s duševním onemocněním je někdy obtížná, jak

popsal participant 1, klienti se „*neumí vyjádřit, těžko formulují své požadavky, myšlenky, někdy i jen abychom se vzájemně pochopili, co od sebe očekáváme, tak to dá zabrat*“ a může být narušena projevy přetrvávajícího psychotického onemocnění „*komunikace s člověkem s onemocněním, psychotickým zejména, kolikrát od daného tématu utíkají jiným směrem, nebo jim mohou výpověď ovlivňovat hlasy, halucinace, proto je někdy obtížné orientovat se v tom, co vlastně by potřebovali od nás jako pomoc*“ (participant 1). Při komunikaci s klientem je důležité „*dávat pozor, jakým způsobem člověk jedná, člověk by měl zvažovat, jakým způsobem s nimi komunikuje, dávat si pozor na způsob a výrazy jaké používá, mít se na pozoru trošičku a přemýšlet a formulovat předem*“ (participant 3).

6.2 Zátěž

V další identifikované kategorii účastníci výzkumu popisovali, jestli pocítují zátěž či stres spojený s jejich povoláním a s prací s lidmi s duševním onemocněním. V kategorii byly nalezeny konkrétní faktory, které pracovníci vnímají jako zátěžové. Kódy, prostřednictvím kterých byla kategorie identifikována, jsou – vnímaná zátěž, náročné pracovní dny, naladění se, zpětná vazba, neřešitelné situace, vyhocené situace.

Na otázku, zda vnímají práci s danou cílovou skupinou jako zátěžovou, odpovídali participanti různě. Někteří vnímají jako určitou zátěž už samotné onemocnění klientů, se kterými pracují „*určitě vnímám, tady ta cílová skupina není jedna z nejjednodušších pro psychiku pracovníků. V práci řešíme těžkosti, lidé v této cílové skupině často prožívají deprese a úzkosti, všechno, co se s tím pojí, tak samozřejmě přenáší i na nás a myslím si, že hodně těch těžkých věcí si pracovníci odnášejí*“ (participant 5). Další „*určitě, asi hlavně proto, že se méně vrací ta pozitivní zpětná vazba, proto je zátěžová více než jiné skupiny v sociálních službách.*“ (participant 6). Další z participantů uvedl srovnání s jeho předchozím zaměstnáním „*v tuto chvíli nevnímám tu práci jako zátěžovou, ve srovnání s prací v dětském domově, v tuto chvíli nemám potřebu ten profesní život tolik řešit, až tak mě nezatěžuje*“ (participant 2). Další z odpovědí na tuto otázku zněla „*ne, už jsem si zvykl*“ (participant 4).

Většina participantů nevnímá dlouhodobé dopady pracovního stresu, které by se ve větší míře prolínaly do jejich osobního života nebo ovlivňovaly jejich práci „*záleží, co se řeší, ale když je ten klient nějaký složitější, jako jo bývá to zátěž, bývá to stres, ale celkově, já mám svoji práci velice ráda, do práce chodím ráda, nemám z práce žádný stres, takže celkově to nepocítuju víc zátěžové, než třeba předchozí zaměstnání*“ (participant 7). I přes

to, že nevnímají dlouhodobé dopady pracovního stresu, participanti zmínili že „*pokud člověk dělá tady tu práci, není to prodavačka v potravinách, která jde domů s čistou hlavou.*“ (participant 2) a „*já jsem velmi prosociální a tím, že tady za sebou zavřu dveře, to pro mě nekončí*“ (participant 1).

Jako určitou zátěž vnímají pracovníci náročnější pracovní dny, jak uvedl participant 3 „*některé dny opravdu zanechají hlubší dojem,*“ ve kterých se sejde více faktorů například „*když se té práce nahromadí více, jakmile se práce nakumuluje více, a do toho může přijít ještě nějaká krizová situace, potom je to velmi vyčerpávající*“ (participant 2).

Zátěžovými faktory, které u pracovníků vyvolávají stres, se kterým se poté musí nějakým způsobem vypořádat, vyvolávají také krizové situace „*to jsou ty situace, kdy třeba klient je v nestabilizovaném stavu, zhorší se mu psychický stav, sám neví co s tím má dělat, čeká ode mě nějakou pomoc, podporu někdy může mít i sebevražedné řeči*“ (participant 2), „*nejhorší jsou takové ty vyhocené situace, kdy dojde k nějakému velkému zhoršení u těch lidí např. když jsou lidé s psychózou v atace, je ta situace opravdu vážná, musí se řešit akutně, třeba skončí přivoláním rychlé nebo nějakým větším zásahem, ty nejsou až tak časté*“ (participant 6).

Dalším významným faktorem, kteří participanti popisují jako zatěžující jsou situace, které nelze vyřešit „*jsou i chvíle, kdy se cítím frustrovaná a mám takový pocit, že se s tou situací nedá nic dělat, taková beznaděj*“ (participant 2), „*beznadějný případ, který nemá řešení, to mě vytáčí moc*“ (participant 4), nebo se řeší opakovaně, ale bez výsledků „*někdy ty okamžiky s těmi lidmi, je to frustrující, že to třeba nikam nevede, spíš jsou kroky zpátky*“ (participant 7). Tyto situace vyplývají buď z podstaty duševního onemocnění, kdy „*klienti mají opakované ataky, jsou opakovaně hospitalizováni, vracejí se do naší služby, v podstatě s nimi začínáme pracovat od začátku a je potom frustrující, když nedochází k nějakým výsledkům, posunům, protože jsme stále s klientem na začátku*“ (participant 6), ale mohou to být také situace, které nesouvisejí s přímou prací s klientem jako např. „*hůř se smírju s tím, jak nefunguje systém, jak se k nim chová špatně rodina, jak někdy jsou ti lidi stigmatizováni, nebo nepochopení, jak třeba úřady nefungují tak jak by měly, tak to mě mnohdy zatěžuje mnohem víc než práce s klientem, to si myslím, že mě stresuje mnohem víc*“ (participant 6).

Někteří z participantů se v souvislosti se zátěží zmínili o přemýšlení nad klienty mimo práci. Jak bylo řečeno výše, někteří z účastníků výzkumu berou jako samozřejmé, že si na práci vzpomenou mimo pracoviště, kvůli podstatě sociální práce. Zátěžovými se myšlenky na práci stávají ve chvíli „*když jsou velké problémy, člověk nad tím pořád*

přemýšlí, pořád si to v sobě omílá, říká si, jak to jde vyřešit, často když jsou ty problémy, tak s tím klientem usínám a probouzím se“ (participant 7). Další participant si práci v myšlenkách odnáší při náročnějších situacích „když se dějí nějaké těžké věci, tak nad tím samozřejmě přemýšlím, v podstatě nesu si to sebou v myšlenkách, přemýšlím nad tím, jestli jsem udělala, co jsem mohla, pořád se mi to honí hlavou ty myšlenky“ (participant 5).

Většina participantů se shodla na tom, že jim při práci s lidmi s duševním onemocněním chybí zpětná vazba „často od těch lidí tam není ta zpětná vazba, jak bychom očekávali“ (participant 7), „tady není žádná zpětná vazba, není tam žádná odezva, do nich se vkládá moc takové té osobní energie, kterou tady zpátky nezískáš“ (participant 4), což může být pro pracovníky demotivující.

6.3 Význam sebepéče

V předchozí kategorii participanté popisovali, jak na ně působí stres a zátěž spojená s jejich povoláním. V následující kategorii proto bylo identifikováno, zda pracovníci záměrně vykonávají aktivity sebepéče, které zmírňují dopady této zátěže a pomáhají předcházet negativním důsledkům. Kódy pro tuto kategorii jsou význam, syndrom vyhoření, odreagování se, myšlenky.

Participanté v kategorii uváděli, že je důležité mít a záměrně vykonávat aktivity na zmírnění pracovního stresu, protože „kdybych tyto aktivity nepraktikovala, bojím se, že bych se zabývala nejen v práci, ale i doma jen myšlenkami na klienty, což by vedlo k mému totálnímu vyhoření“ (participant 1). Také další z participantů vnímá tyto aktivity jako důležité ve spojitosti se syndromem vyhoření „no tak rozhodně, to jsem si jistá, že jo, protože tady pokud člověk nebude dbát na sebe, na nějakou svou duševní hygienu, tak myslím, že k syndromu vyhoření může velmi rychle sklouznout“ (participant 5). Se syndromem vyhoření se v určité podobě setkali všichni participanté, jeden z participantů syndrom vyhoření přímo zažil „ano, v bývalé práci“ (participant 2), další se s ním setkali zprostředkovaně přes kolegy „viděla jsem to u pár kolegů“ (participant 5), „...měly jsme tady kolegyni vyhořelou...“ (participant 7), nebo v rámci vzdělávání „...lektorka v kurzu nám popisovala její vlastní zkušenost se syndromem vyhoření“ (participant 3). Jeden z participantů popsal svou zkušenost s důsledky dlouhodobého stresu „v důsledku dlouhodobého nezpracovaného stresu jsem začala mít zdravotní potíže...tak jsem pak nějakou dobu zůstala doma, užívala celkově zklidňující léky...což mi dalo prostor si to

promyslet s odstupem...“ (participant 6). Tyto zkušenosti vedly participanty k tomu, aby se zaměřili na vlastní sebezpečí „když teďka cítím, že jde něco špatným směrem, že mi něco nedělá dobře, tak vím, že mám zabrzdit“ (participant 6).

Aktivitu sebezpečí pracovníci využívají k tomu, „...abych přesmérovala ty myšlenky, odreagovala se, snažím se odpoutat od těch pracovních věcí, přesmérovat se na ten normální, soukromý život“ (participant 1), „potřebuju se dostat trošku z toho pracovního života do toho normálu do té reality“ (participant 5), „...přesunout tu pozornost někam jinam“ (participant 3).

6.4 Osobní sebezpečí

V rámci této kategorie byly identifikovány konkrétní způsoby osobní sebezpečí, které participanti využívají. Kódy, které zahrnuje tato kategorie, jsou relaxace, plánování, fyzická aktivita, kamarádi, osobní život, dovolená, hranice.

Konkrétními činnostmi, pomocí kterých se participanti odreagoávají, přesméroávají myšlenky a relaxují, jsou například čtení „...hrozně moc čtu, čtení je pro mě relaxace“ (participant 2), poslech hudby, hra na klavír, relaxace u filmu, domácí práce, pečení, vaření, rozhovory s blízkými „taky si povídáme s dcerou, to mi hodně pomáhá, když řešíme různé životní záležitosti“ (participant 1). Přínosné jsou procházky a celkově pobyt na čerstvém vzduchu, nebo práce na zahradě „...pěstovat si kytičky, dělat si radost v přírodě“ (participant 6). Dalšími aktivitami, které participanti uváděli, jsou plánování aktivit, těšení se na něco, řízení auta, dostatečný spánek, sport. Někteří z participantů využívají spíše aktivní odpočinek „fyzická aktivita určitě, já jsem zjistila, že když dělám tu fyzickou aktivitu, tak ze sebe vybiju veškeré to napětí, co mám z té práce a velmi mi to pomáhá“ (participant 5) a někteří pocítují, že se po pracovním dni potřebují spíše zklidnit „třeba přijdu domů, lehnu si a ležím, rozhodně žádné adrenalinové záležitosti, ta práce je sama o sobě někdy adrenalin, spíš věci zklidňující“ (participant 6).

Jako nezbytnou součást sebezpečí považují pracovníci setkávání se s lidmi mimo pracovní kolektiv, a to z důvodu odpoutání se od pracovních záležitostí „...setkat se kamarády, kteří žijí v jiném prostředí, mají jiné starosti, s tímhle světem nemají nic společného, to taky pomáhá, člověk si uvědomí, že tohle není celý svět“ (participant 6), nebo také za účelem sdílení pracovních zkušeností, ale z nového úhlu pohledu „mám mezi přáteli lidi, kteří dělají podobnou, práci stává se, že to sdílíme, říkáme si ty věci z práce, to taky

hodně pomáhá, že i ti přátelé, kteří nejsou kolegové a kolegyně, ale znají tu problematiku, tak občas se o tom nezávazně pobavíme, takový ten nadhled, pohled z venku určitě to není špatné“ (participant 2). Další z participantů podotkl, že pro duševní pohodu je důležité, aby měl člověk kvalitní osobní život „každý jsme jinačí, ale pokud by někdo žil jen tou prací, byl by to základ jeho života, bral by to jako nějaké své životní poslání, myslím, že je to velice riskantní, jako by člověk stál jenom na jedné noze. I když je práce pro nás důležitá, může nás bavit, můžeme ji dělat hrozně rádi a všechno, pořád je to jenom práce“ (participant 6).

Dalším prvkem sebezpečí je dovolená, která je důležitá, „aby se člověk uvolnil, zrelaxoval, odhodil myšlenky od práce a věnoval se sám sobě jen“ (participant 5), nebo také kvůli změně stereotypní činnosti „potřebuju si vzít volno a dělat něco jiného, jednou za čas, ta dovolená třeba ten týden, já se snažím využít to na brigády“ (participant 4).

Stanovení hranic je také důležitou součástí prevence syndromu vyhoření a dalších negativních dopadů, které plynou z profesního života. Na otázku ohledně hranic mezi pracovním a osobním životem participant odpovídali „dřív jsem to tak nevnímala, ale teď co pracuji s lidmi s duševním onemocněním, tak to vnímám úplně jinak“ (participant 2), nebo také „občas se mi stává, že se tak nějak zaseknu, když s někým mluvím a říkám si, že jsem na ně až moc sociální pracovnice, než jako normální kámoška“ (participant 5). Zmiňovali se také o důležitosti hranic při práci s klientem „uvědomovat si ty hranice, že prostě toho klienta fakt nezachráním, že mu můžu jen pomoci, podpořit ho, nějak ho vést“ (participant 5).

6.5 Profesionální sebezpečí

Pro participanty je důležité zabývat se snížením dopadů pracovního stresu přímo v zaměstnání, během pracovní doby. V poslední identifikované kategorii bylo zjištěno, jakým způsobem profesní sebezpečí se participant věnují. Kódy, prostřednictvím kterých byla kategorie identifikována, zahrnovaly sdílení, pracovní kolektiv, supervize.

Sdílení s kolegy využívají participant k tomu, aby se vyrovnali se zátěžovou situací „mám potřebu třeba to potom nějakým způsobem rozebírat s kolektivem, nebo i s vedoucí týmu...toto je pro mě velice důležité“ (participant 1). Prostřednictvím sdílení s kolegy mohou participant získat ujištění o tom, že všechno udělali správně, „...když je vyhocenější moment, tak mi pomáhá, když si promluví s kolegy o tom problému, když to nějakým způsobem rozebereme, když mi na to řeknou nějaký svůj pohled“ což může přispět k jejich uklidnění „...tak vnitřně se uklidním, nebo si ujasním, že jsem fakt udělala maximum,

co jsem mohla pro toho klienta“ (participant 5). Sdílení participantům poskytuje potřebnou zpětnou vazbu a také prostor pro reflexi „...tím, že to probereme, že to můžu někomu sdělit, že řeknu jak to probíhalo, jaké jsou moje prožitky aktuální, jak se při tom cítím, většinou se samozřejmě probírá i ten technický postup, co bude dál, co je potřeba nebo co je možné tomu klientovi ještě dál nabídnout a řešit a i to prožívání se tam může reflektovat, že si o tom promluvíme, dostanu nějakou zpětnou vazbu od ostatních, co si o tom myslí, jestli jsme postupovali správně, nebo by se dalo udělat něco jiného, je to důležité“ (participant 6). Většina participantů se shodla na tom, že prostor a možnosti sdílení jsou v jejich současném zaměstnání dostatečné.

Kromě sdílení s kolegy je pro participanty a pro jejich pracovní pohodu důležitá celková pohoda v týmu, důvěra a dobré vztahy *„vztahy v týmu musí být dobré, nemusíme být největší kamarádi a sdílet spolu všechno, ale aby si lidi věřili navzájem, aby se na sebe mohli spolehnout, aby spolu byli schopni vycházet a komunikovat to je strašně důležité“ (participant 6). Někteří participanté popsali zkušenost s tím, když vyhořelá kolegyně narušovala celkovou týmovou pohodu „...hodně se to projevilo na tom týmu, poté, co odešla jsme otevřenější, není tam takové to napětí, ráno tam není ten stres, co zase přijde...“ (participant 7), „...v průběhu mé pracovní zkušenosti, pokud ty vztahy nebyly dobré, tak to mělo obrovský dopad na všechno, prostě je to základ“ (participant 6).*

Za další důležitou a přínosnou součást profesní sebepečce pracovníci považují supervizi *„supervize je dobrá věc, je to takový ten nadhled, pohled z jiného nezáúčastněného místa, určitě jednou za čas to není špatné“ (participant 2), „...rozhodně při práci s touto cílovou skupinou si myslím, že je supervize na místě, supervize by mohly poskytnout i jiný pohled, než který tady sdílíme, ten nestranný pohled by byl fajn“ (participant 5). Další participant poskytuje jeho pohled „supervize asi hodně záleží na supervizorovi, už jsem jich zažila více, je důležité si ujasnit, co od supervize člověk očekává. Ideální je, když ten supervizor tomu rozumí, podívat se na to co děláme my a pomůže podívat se na to z jiné strany, prostě jakoby dát možnost odstupů a mít prostor o tom mluvit, i v týmu, i přímo s tím supervizorem a hledat jiné cesty, hlavně v případě, kdy děláme něco pořád stejně a ono se to nedaří, jsme z toho nešťastní, že to nejde a tak se na to jakoby podívat jinýma očima“ (participant 6).*

Přestože participanté popisují supervizi jako přínosnou, mohou zažívat i rozporuplné pocity *„neměla jsem z toho dobrý pocit úplně, naopak jsem měla víc zmatenější myšlenky po té supervizi než před ní“ (participant 5). Participanté se shodli, že jim v současné době nevyhovuje supervizor „byl by přínosnější supervizor, který přímo pracuje s touto cílovou*

skupinou, abychom více porozuměli danému problému“ (participant 1), ale i přes to ji vnímali jako přínosnou „záleží na tom, jaký je supervizor, ale asi vždycky po té supervizi jsem byla schopná si říct, asi jo, že to k něčemu bylo, protože přijde člověk, který má na to jiný názor, a i když nám se to často nelíbí, jak nás kritizuje, ale potom si člověk zpětně uvědomí jo, ale ukázal nám zase jiný pohled a asi si z toho vždycky něco odnese.“ (participant 7).

6.6 Interpretace údajů

Sebepéče je soubor činností, které pomáhají udržovat a obnovovat rovnováhu v profesním i osobním životě. Cílem praktické části předkládané bakalářské práce bylo zjistit, jestli sociální pracovníci, kteří pracují v přímé péči s osobami s duševním onemocněním, využívají tyto záměrně vykonávané činnosti a jaké jsou tyto aktivity konkrétně.

Z výpovědí participantů bylo patrné, že aktivity sebepéče považují za významné a důležité pro jejich osobní i pracovní život. Z výzkumu vyplynulo, že participanté využívají aktivity osobní i pracovní sebepéče. S pracovním stresem a zátěží spojenou s jejich povoláním se snaží vyrovnávat už v zaměstnání, během pracovní doby, případně ihned po proběhlé krizové situaci. Prostřednictvím výzkumu bylo zjištěno, že bez záměrně vykonávaných činností na zmírnění pracovní zátěže by mohli participanté dojít k vyhoření. Prostřednictvím sebepečujících aktivit se odreagovávají od práce a od myšlenek na klienty na pracovní záležitosti, které je často provází i doma a narušují tím jejich osobní život. Aktivity sebepéče, které participanté popsali, byly rozděleny na aktivity osobní a aktivity profesní sebepéče.

Osobní sebepéče

V oblasti osobní sebepéče jsou pro participanty důležité aktivity volnočasové sebepéče, které pomáhají k odpoutání se od tlaku každodenního života, tedy i od pracovních záležitostí a také k relaxaci. Do aktivit volnočasové sebepéče participanté zahrnují čtení, poslech hudby, hru na hudební nástroj, procházky a obecně pobyt na čerstvém vzduchu, práci na zahradě, řízení automobilu, jít na pivo, těšit se na něco, plánování aktivit. Tyto aktivity slouží také k uvolnění mysli a některé k vyvolání stavu flow, proto se prolínají s psychologickou doménou sebepéče.

Do fyzické oblasti sebepéče, která je zaměřena na péči o fyzické tělo zahrnují účastníci cvičení, běh, někteří se snaží zdravě se stravovat a důležitý je pro ně také odpočinek a dostatečný spánek.

Další oblastí, kterou účastníci považují za velmi důležitou je sociální sebepéče, která se zaměřuje na budování a udržování smysluplných vztahů s blízkými osobami. Pro účastníky je, vzhledem ke zmírňování pracovního stresu a zátěže důležité setkávat se s lidmi mimo jejich zaměstnání. Setkávání se s lidmi z jiného prostředí pomáhá účastníkům zaměřit se na jiné záležitosti a připomenout si, že existují i jiné záležitosti, než jen práce a jejich klienti. Setkávání se s blízkými, kteří se pohybují v podobné profesní oblasti zase pomáhá při poskytnutí jiného úhlu pohledu či pohledu z venku.

Další součástí osobní sebepéče je také stanovení hranic mezi osobním a pracovním životem.

Profesní sebepéče

Profesní sebepéče pomáhá předcházet a zmírňovat dopady pracovního stresu a zátěže, snižuje riziko vyhoření, podporuje pracovní výkonnost a pomáhá udržovat profesní spokojenost. Pomáhá také k nalezení rovnováhy mezi pracovním a osobním životem.

Do aktivit profesní sebepéče patří profesní sociální podpora, která je významným zdrojem povzbuzení a získání zpětné vazby. Profesní sociální podpora zahrnuje sdílení s kolegy, které je pro účastníky velmi významným faktorem, který jim pomáhá k vyrovnávání se se zátěžovými situacemi. Prostřednictvím sdílení získávají také potřebnou zpětnou vazbu, ujištění, že dělají všechno správně a vzniká také prostor pro reflexi. Prostřednictvím sdílení úspěchů, které se podařily při práci s klienty, si účastníci dopřejí vzájemné ocenění, což je může povzbudit do další práce.

Další důležitou součástí profesní sebepéče jsou pro účastníky dobré vztahy v týmu a celková pohoda týmu. Účastníci se shodují na tom, že pokud si členové týmu nedůvěřují, necítí se spolu dobře a nejsou schopni spolu komunikovat, podepisuje se toto na jejich náladě i pracovním výkonu. Účastníci se shodují, že dobré vztahy v týmu jsou základ úspěšného fungování profesního týmu, což je při práci s lidmi s duševním onemocněním velmi důležité.

Aktivity v oblasti pracovní zátěže a organizace času zahrnují aktivity jako je čerpání dovolené, přestávky během pracovního dne a stanovení priorit v pracovních úkolech. Účastníci se shodují na tom, že dovolená je nedílnou součástí jejich sebepéče a jako optimální délku dovolené, během které se dostatečně odpoutají od pracovních záležitostí a načerpají dostatek energie, považují minimálně dva týdny v kuse.

Součástí domény profesní sebepěče je také supervize. Supervizi participantů považují obecně za přínosnou, ale v současné době s ní nejsou spokojeni. Je to dáno tím, že participantům nevyhovuje přístup supervizora, který je podle nich spíše pasivní a nerozumí dané cílové skupině. Některým participantům byla supervize přínosná i přes to, že si se supervizorem nesedli, ale někteří se po supervizi necítili dobře a nic jim nepřinesla. Participantů se shodují na tom, že supervize je důležitou součástí sociální práce a při práci s lidmi s duševním onemocněním obzvlášť.

Supervize je pro participanty přínosná převážně v tom, že jim může poskytnout nový, jiný úhel pohledu na různé záležitosti, které nejsou schopni vyřešit. Participantů se setkávají s tím, že určité záležitosti řeší opakovaně a až po určitém vhladu zvenku, který může poskytnout právě supervize se situací podaří vyřešit.

Jak pracovníci vnímají práci s danou cílovou skupinou v kontextu sebepěče?

Participantů se při sociální práci s lidmi s duševním onemocněním setkávají se specifiky, které jsou typické pro tuto cílovou skupinu. Práci s danou cílovou skupinou považují participantů do určité míry jako zátěžovou. Zatěžující jsou pro ně převážně náročnější pracovní dny, ve kterých se sejde více lidí se závažnými problémy, které je potřeba řešit. Jako zátěž pociťují participantů také krizové situace, což v případě lidí s duševním onemocněním může být například propuknutí ataky duševního onemocnění, suicidální tendence a pokusy.

Jako specifickou část práce s danou cílovou skupinou popisovali participantů komunikaci, která může být vlivem duševního onemocnění narušována přetrvávajícími bludy a halucinacemi. Jako stresující a zátěžové popisovali participantů také situace, které nelze vyřešit, jako například nefungující systém, špatné chování rodinných příslušníků ke klientům, stigmatizace lidí s duševním onemocněním.

Tyto zátěžové situace způsobují, že si někdy participantů nosí klienty domů v myšlenkách. Tato zátěž, tento pracovní stres vede participantů k tomu, aby udělali něco, pro přeměrování těchto myšlenek, zmírnění tohoto stresu, aby se nerozvíjel dále a nevedl například k vyhoření. Sebepěče je tedy nedílnou součástí pracovníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním.

Pro participantů je důležité zabývat se snížením dopadů pracovního stresu přímo v zaměstnání, během pracovní doby. Je pro ně také velmi důležité mít možnost sdílení s kolegy a s vedoucí týmu. Dalším důležitým faktorem pro pracovní pohodu a snižování

dopadů pracovního stresu je důležitá celková pohoda a sladění celého týmu. Jako významnou podporu vnímají také možnost supervize, která jim poskytuje jiný pohled na jejich práci, na jejich problémy a otevírá prostor pro nové možnosti.

Doporučení pro praxi

Jak vyplynulo z výzkumu, každý z participantů má vlastní způsoby a aktivity, pomocí kterých se srovnává a předchází pracovní zátěži. Pro participanty je velmi důležitá profesní sebek péče, jejíž součástí je supervize. Supervizi jako takovou vnímají participanty pozitivně, vnímají ji jako důležitou a nedílnou součást profesní sebek péče, zejména při práci s lidmi s duševním onemocněním. Avšak supervize, která v posledních letech probíhala na daném pracovišti, byla pro participanty nedostatečná. Participanty shodně uváděli nespokojenost se supervizorem a formou, kterou byla supervize vedena. Během rozhovorů s participanty jsem měla dojem, že jim kvalitní supervize chybí a vnímají ji jako velký nedostatek v oblasti profesní sebek péče. Kvůli nedostatečné supervizi mohou pracovníci přicházet o potřebný náhled z venku a sdílení s někým, kdo není součástí pracovního týmu. Doporučila bych tedy, aby si členové pracovního týmu společně stanovili kritéria, která by podle nich měla splňovat kvalitní supervize, a našli si supervizora, který bude plně vyhovovat jejich požadavkům.

ZÁVĚR

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda a jaké způsoby sebezpečí využívají pracovníci, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Práce byla rozdělena na dvě hlavní části. V první, teoretické části byl popsán koncept sebezpečí obecně i v kontextu sociální práce, duševní onemocnění, se kterými se nejčastěji setkávají účastníci výzkumu, sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a její specifika.

Praktická část práce se zabývala výzkumem, ve kterém bylo zjišťováno, jaké způsoby a aktivity sebezpečí vykonávají pracovníci, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Pro výzkum byl vzhledem k tématu zvolen kvalitativní přístup. Výzkum byl realizován prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Prostřednictvím rozhovorů bylo zjišťováno, zda účastníci vnímají svou práci jako zátěžovou, jak vnímají cílovou skupinu, se kterou pracují a jakými způsoby se vyrovnávají a předcházejí případným dopadům pracovního stresu. Analýza získaných údajů byla provedena otevřeným kódováním. Pomocí kódování bylo identifikováno pět kategorií, na základě kterých byly zodpovězeny výzkumné otázky.

Z výzkumu vyplynulo, že účastníci považují za velmi důležité cíleně vykonávat aktivity na zmírnění dopadů pracovní zátěže. Největší význam sebezpečí spatřují účastníci převážně v prevenci syndromu vyhoření. Účastníci výzkumu se shodovali na tom, že pro ně práce s danou cílovou skupinou není příliš zátěžová z dlouhodobého hlediska, ale jsou situace, které na ně působí více.

Konkrétní aktivity sebezpečí, které vyplynuly z výzkumu, byly rozděleny na aktivity osobní sebezpečí a aktivity profesní sebezpečí. Profesní sebezpečí vnímají účastníci jako významnou při snižování a zmírňování dopadů pracovní zátěže už během pracovní doby. Prostřednictvím aktivit osobní sebezpečí se pracovníci odreagovávají od pracovních záležitostí, například od myšlenek na klienty, které je mnohdy provází i po pracovní době. Za nedílnou součást profesní sebezpečí považují účastníci výzkumu supervizi, která jim může poskytnout nový úhel pohledu a vhled do záležitostí, se kterými si nejsou schopni poradit v pracovním týmu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BLOOMQUIST, Kori R et al., 2015. Self-care and Professional Quality of Life: Predictive Factors among MSW Practitioners. *Advances in Social Work* [online]. **16**(2), 292-311 [cit. 2021-02-14]. ISSN 2331-4125. Dostupné z: doi:10.18060/18760
2. BUTLER, Lisa D. et al., 2015. Self-Care Starter Kit. *School of Social Work* [online]. New York: University at Buffalo [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <http://socialwork.buffalo.edu/resources/self-care-starter-kit.html>
3. BUTLER, Lisa D. et al., 2019. Six domains of self-care: Attending to the whole person. *Journal of Human Behavior in the Social Environment* [online]. **29**(1), 107-124 [cit. 2021-02-15]. ISSN 1091-1359. Dostupné z: doi:10.1080/10911359.2018.1482483
4. *Contemporary Social Services* [online]. Georgia, **94**(2), 96-103 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: doi:1044-3894.4289
5. DISMAN, Miroslav, 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
6. DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4826-9.
7. F20-F29 - Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, 2021. In: *MKN - 10 2021: 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F21>
8. FIGLEY, Charles R., 2002. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology* [online]. **58**(11), 1433-1441 [cit. 2021-03-17]. ISSN 0021-9762. Dostupné z: doi:10.1002/jclp.10090
9. GOTFREY, Christina M., 2011. Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy and industry perspectives. *International journal of evidence-based healthcare*. **9.**, 3-24. ISSN 1744-169.
10. HALACHOVÁ, Magdaléna, 2016. Self-care v sociální práci. *Grant journal* [online]. **5**(2), 13-15 [cit. 2021-02-15]. ISSN 1805-0638. Dostupné z: <https://www.grantjournal.com/issue/0502/PDF/0502halachova.pdf>

11. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 8073670402.
12. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2012. *Hořet, ale nevyhořet*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství. ISBN 978-80-7195-573-3.
13. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2010. *Pozitivní psychologie*. 2. Praha: Portál. Psychologie (Portál). ISBN 978-80-7367-726-8.
14. KUTNOHORSKÁ, Jana et al., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
15. LOVAŠ, Ladislav et al., 2014. Psychologické kontexty starostlivosti o seba [online]. Košice [cit. 2021-02-14]. ISBN 978-80-8152-196-6. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/322717739_Lovas_et_al_Psychologicke_kontexty_starostlivosti_o_seba
16. LOVAŠOVÁ, Soňa, 2016. Koncept starostlivosti o seba z pohľadu sociálnej práce. Grant journal [online]. 5(2) [cit. 2021-02-14]. ISSN 1805-0638. Dostupné z: <https://www.grantjournal.com/issue/0502/PDF/0502lovasova.pdf>
17. LEE, Jacquelyn J. a Shari E. MILLER, 2013. A Self-Care Framework for Social Workers: Building a Strong Foundation for Practice. *Families in Society: The Journal of*
18. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
19. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
20. MATOUŠEK, Oldřich et al., 2010. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
21. Mental illness, 2019. In: *Mayo clinic* [online]. Mayo Foundation for Medical Education and Research [cit. 2021-02-13]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/mental-illness/symptoms-causes/syc-20374968>
22. MESÁROŠOVÁ, Margita et al., 2017. *Starostlivosť o seba a dôsledky vykonávania pomáhajúcich profesií* [online]. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika [cit.

- 2021-02-15]. ISBN 978-80-8152-571-1. Dostupné z:
https://www.researchgate.net/publication/323199640_Starostlivost_o_seba_a_dosledky_vykonavania_pomahajucich_profesii
23. MICHAELS, Raphailia, 2016. What Self-Care Is and What It Isn't? In: *Psych Central* [online]. [cit. 2021-02-14]. Dostupné z:
<https://psychcentral.com/blog/what-self-care-is-and-what-it-isnt-2#1>
24. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
25. *MKN - 10 klasifikace* [online], 2021. Praha: UZIS [cit. 2021-02-13]. Dostupné z:
<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>
26. MURPHY, Bianca C. a Carolyn DILLON, 2002. *Interviewing In Action: Relationship, Process, And Change*. California: Brooks Cole. ISBN 9780534538965.
27. NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
28. OCISKOVÁ, Marie a Ján PRAŠKO, 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5199-3.
29. OREL, Miroslav et al., 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.
30. PAVLÍKOVÁ, Slavomíra, 2007. *Modely ošetrovatel'stva v kocke*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1918-4.
31. PEŠEK, Martin, 2020. Únava ze soucitu: Je možné pečovat příliš? *Sociální služby*. **22**(2), 30-31. ISSN 1803-7348.
32. PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ, 2009. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-253-3.
33. RABOCH, Jiří et al., 2014. *Psychiatrie* [online]. Praha: Karolinum [cit. 2021-02-13]. ISBN 978-80-246-1985-9. Dostupné z:
<https://www.bookport.cz/kniha/psychiatrie-5485/>
34. RIEGEL, Karel D. et al., 2020. *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1596-7.

35. SANDERS, Sara et al., 2008. Preparing for the Inevitable: Training Social Workers to Cope with Client Suicide. *Journal of Teaching in Social Work* [online]. **28**(2), 1-18 [cit. 2021-03-17]. ISSN 0884-1233. Dostupné z:
doi:10.1080/08841230802178821
36. *Self Care for Health: A Handbook for Community Health Workers & Volunteers* [online], 2013. World Health Organization [cit. 2021-02-14]. ISBN 978-92-9022-443-3. Dostupné z:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205887/B5084.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. SMITH, Patricia, c1999-2020. Compassion Fatigue. *Compassion Fatigue Awareness Project* [online]. [cit. 2021-03-21]. Dostupné z:
<http://www.compassionfatigue.org/compassion.html>
38. STROM-GOTTFRIED, Kimberly a Nikki D. MOWBRAY, 2018. Who Heals the Helper? Facilitating the Social Worker's Grief. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* [online]. **87**(1), 9-15 [cit. 2021-03-17]. ISSN 1044-3894. Dostupné z: doi:10.1606/1044-3894.3479
39. UHROVÁ, Tereza et al., 2020. *Neuropsychiatrie: klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-619-1.
40. VÁGNEROVÁ, Marie, 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-414-4.
41. WHO urges more investments, services for mental health, ©2021. In: *World Health Organization* [online]. [cit. 2021-02-13]. Dostupné z:
https://www.who.int/mental_health/who_urges_investment/en/
42. WILLIAMS, Isha D., 2010. Perspectives on Self-Care. *Journal of Creativity in Mental Health* [online]. **5**(3), 320-338 [cit. 2021-02-15]. Dostupné z:
doi:10.1080/15401383.2010.507700

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Schéma rozhovoru

Délka praxe

Pracovní stres

- Vnímáte práci s danou cílovou skupinou jako zátěžovou?
- Co konkrétně je pro vás zátěžové, náročné, zátěžové situace při práci
- Pociťujete dopady pracovní zátěže v osobním životě?
- Máte zkušenost se syndromem vyhoření?

Aktivita

- Jak se odreagováváte, jak odpočíváte?
- Co vás dobije po náročném dni v práci? Pociťujete potřebu dobití se po pracovním dni?
- Co děláte přímo v práci pro zmírnění pracovního stresu?
- Využíváte supervizi? V čem je pro vás přínosná, v čem není?

Práce

- Co je specifické pro práci s lidmi s duševním onemocněním?
- Syndrom vyhoření
- Zkušenosti s prací s jinou cílovou skupinou

Příloha P II: Ukázka kódování

- 85 J: protože je tam ta náročnější komunikace a vůbec...?
- 86 Ji: jo tak buď to je verze že se třeba vytočí m ale s tím klientem se musím dát dohromady nemůžu mu ²⁰¹⁶²
- 87 říct vole na to se vyser, jedním s ním normálně jak lidi ale je to náročné nebo když se všechno pokazí ²⁰¹⁶²
- 88 nic nefunguje a já nevím tak je potřeba to ukončit abych se v tom nenimral a začít něco ^{aktivita}
- 89 nového...vždycky když něco skončí je potřeba to oddělit...
- 90 J: takže takové to rozčleňování jak říkal...
- 91 Ji: jo
- 92 J: A jsou ještě nějaké specifické situace vzpomněl by sis na něco, co vyložené s touto cílovkou je
- 93 takové specificky náročné vnímáš tam něco kromě té komunikace?
- 94 Ji: oni jsou jako taková bezedná propast není tam žádná odezva do nich se vkládá moc energie, když
- 95 to neudělám, oni se cítí blbě nefunguje to, nebaví to ani mě ani je...je třeba vynakládat velké ²⁰¹⁶²
- 96 množství energie i na tom programu, i běžně být živý milý příjemný...když to baví mě tak je
- 97 pravděpodobné že to bude bavit i je...ale je to strašně moc vydané energie kterou oni spotřebují ale
- 98 nic se nezmění jen to není blbě ²⁰¹⁶²
- 99 J: takže taková nějaká...investice energie která se nevrací
- 100 Ji: je to hrozně moc o takové té osobní energii, kterou tady zpátky nezískáš ²⁰¹⁶²
- 101 J: A tu potom získáváš tím dobíjením se venku, při dovolené?
- 102 Ji: jo ale to úplně nestačí snažím se cvičit jíst rozumně moc nepít moc nekouřit ^{aktivita}
- 103 J: ale zároveň jdeš na cigárko v práci které ti pomůže...
- 104 Ji: jo jo ale zase na druhou stranu jsou to čtyři minuty klidu které rozčlení ten čas ale dobré to úplně
- 105 nebude
- 106 J: Mě to teď zajímá z toho hlediska jak se dobíjíš co ti pomáhá...
- 107 Ji: hodně mi pomáhají kolegové v týmu, když je všechno na hovno tak jdu za nima řeknu jim všechno ^{aktivita}
- 108 je na hovno, oni mi řeknou vole to je furt a to je super ^{aktivita}
- 109 J: takže vnímáš jako důležitou v té práci podporu toho týmu? Ten kolektiv je důležitý?
- 110 Ji: jojo ^{kolektiv}
- 111 J: Máš tady prostor pro to abys mohl s kolegy všechno probrat?
- 112 Ji: náš tým je super, jako už párkrát bylo špatně a vždycky mi pomohl ten tým nebo každý z nich...

Příloha P III: Ukázka přepisu rozhovoru

J: Vnímáš práci s lidmi s duševním onemocněním jako nějak zátěžovou? Pociťuješ nějakou zátěž jakoby z té práce, nebo v práci? Jsou nějaké situace, které jsou...

P: Jako jo, záleží, co se řeší, ale když je ten klient nějaký složitější tak jako bývá to zátěž, bývá to stres, protože často jejich problémy přenášíme na sebe, že jejich problémy my musíme řešit, sice někdy řešíme víc, než bychom měli. Měla jsem pár takových, kdy byly velké problémy a jako zátěž to byla, ale celkově já mám svoji práci velice ráda, do práce chodím ráda, nemám z práce žádný stres, takže jako celkově to nepociťuju jako víc zátěžové než třeba mé předchozí zaměstnání, které bylo opravdu stresové, takže v současné práci si, dá se říct, odpočinu.

J: Takže celkově tě ta práce nezatěžuje, ale jsou chvílky, které jsou třeba stresující.

P: Jo, jo

J: a když máš nějakou takovou stresující chvílku stresující záležitostí, co děláš potom? Potřebuješ se nějak uklidnit, nebo jak ten stres vyrovnáš, jak se ho zbavíš, jestli je to potřeba?

P: Když jsou velké problémy tak... já normálně za sebou zavřu dveře, jo, prostě odejdu z práce a tím to pro mě hasne, ale když jsou velké problémy, tak člověk nad tím pořád přemýšlí, pořád si to v sobě omílá, říká si, jak to jde vyřešit, takže často když jsou ty problémy, tak s tím klientem usínám a probouzím se, opravdu nad tím přemýšlím.

J: Takže přece jenom někdy si to tak jakoby neseš s sebou...

P: Jo, ale jako to už je dlouho, co jsem s klientem neměla takové problémy, že bych nad tím musela přemýšlet. Nedokážu se od toho stresu nějak oprostít, takže když mám stres tak prostě mám opravdu stres a je málo věcí, které by mě od toho dokázaly dostat.

J: Takže když nad tím tak přemýšlíš doma, máš něco, co ti pomůže ty myšlenky srovnat nebo jak to vyřešíš?

P: Já si pustím audioknihu abych nemohla přemýšlet.

J: Zaměstnáš hlavu...něčím jiným, snažíš se od toho nějak odpoutat...

P: Jo, já tak obecně abych nemusela přemýšlet nad různými blbostmi, tak doma tak si často pouštím audioknihy. Jdu vařit, pustím si knihu, takže takto hodně jako poslouchám nebo si

čtu. Tak to je asi tak jediné, co mě dokáže od toho...jinak když pracuju, mám ráda práci na zahradě, ale při té práci mi jdou pořád nějaké myšlenky, pořád nad něčím přemýšlím, a je to obecně, nějaké věci obecně s našima, se psem a pořád mi to tam jako šrotuje a abych tady nad tím nepřemýšlela tak si prostě něco pustím, poslouchám a vnímám to, co poslouchám a nemusím přemýšlet nad ostatními věcmi.

J: Takže pozornost zaměstnat nějak jinak?

P: Jo, ale někdy to prostě nejde, někdy se člověk cítí tak blbě, že ani nemá náladu si pustit tu audioknihu a přemýšlí nad tím. Jo prostě je to taky jen nějaká forma útěku že, když si to pustím, tak to jenom posunu někam dál. Ale opravdu tady v práci už jsem to dlouho neměla, že bych musela nad tím i doma přemýšlet.

J: A když to tak jen tak posuneš, odsuneš to někam, tak jak se toho potom zbavíš? Prostě čekáš...

P: Musí se to vyřešit...jo prostě dokud se to nevyřeší, pořád to máš stejně na talíři, když tady řešíš nějakého klienta, pořád to máš na starosti ty, nikomu to nepředáš, takže pokud to nevyřešíš tak pořád to tam je.

