

# **Syndrom vyhoření u terapeutů pečující o závislé na nealkoholových návykových látkách**

Kristýna Koláčková

---

Bakalářská práce  
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

**Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně**

**Fakulta humanitních studií**

**Ústav pedagogických věd**

**akademický rok: 2012/2013**

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)**

**Jméno a příjmení: Kristýna KOLÁČKOVÁ**

**Osobní číslo: H10041**

**Studijní program: B7507 Specializace v pedagogice**

**Studijní obor: Sociální pedagogika**

**Forma studia: prezenční**

**Téma práce: Syndrom vyhoření u terapeutů pečujících o závislé  
na nealkoholových návykových látkách**

**Zásady pro vypracování:**

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblastí práce s uživateli nealkoholových  
návykových látek a syndromu vyhoření.**

**Příprava metodiky výzkumné části.**

**Realizace kvalitativního výzkumu pomocí rozhovorů.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

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

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**KALINA, Kamil. Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2449-2.**

**KRAUS, Blahoslav. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.**

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

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

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

Vedoucí bakalářské práce:

**Mgr. Eva Šalenová**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce:

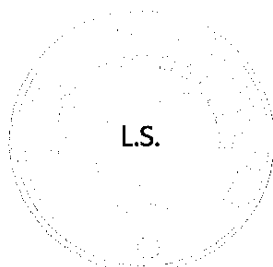
**30. listopadu 2012**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**3. května 2013**

Ve Zlíně dne 19. února 2013

  
doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
ředitel ústavu

## 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 <sup>1)</sup>;
- 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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 samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně ..... 30.4.2013

.....  
Kolačková Krizajma

*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 nevydělečně 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 nahlázení 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). Opírá-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 jim 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**

Cílem této bakalářské práce je zhodnotit a objasnit pojem syndrom vyhoření. Zaměření je konkrétně na terapeuty pečující o závislé na nealkoholových návykových látkách v terapeutické komunitě.

Teoretická část pojednává o historii syndromu vyhoření, jeho fázích a také odlišení burnout od jiných negativních jevů postihujících ne jen terapeuty, ale i celou společnost. Dále jsou zde objasněny specifika práce se závislými, centra pomoci a také konkrétní psychoterapie.

V praktické části jsou zpracovány data získané pomocí rozhovoru. Tato data jsou také potvrzeny dotazníkem MBI, který je zaměřen na výskyt syndromu vyhoření. Cílem bylo proniknout hlouběji do zkoumané problematiky u terapeutů v terapeutických komunitách, pečující o závislé na nealkoholových návykových látkách.

**Klíčová slova:** syndrom vyhoření, psychoterapie, terapeutická komunita, závislí na nealkoholových návykových látkách

## **ABSTRACT**

The aim of this bachelor thesis is to evaluate and clarify the concept of burnout syndrome. The thesis is particularly focusing on therapists looking after the non-alcoholic substance addicts in the therapeutic community.

The theoretical part discuss the history of burnout syndrome, individual phases and the distinction between the burnout syndrome and other negative phenomenon that affects not only the therapists but also the whole society. It also discuss specifics of work with addicts, the center of help and also particular psychotherapy.

In the practical part, the data obtained using the interviews are presented. These data are also confirmed by the MBI survey that focuses on the occurrence of burnout syndrome. The aim was to penetrate deeper into the presented problem of therapists in the therapeutic community that looks after non-alcoholic substance addicts.

**Keywords:** burnout syndrome, psychotherapy, therapeutic community, non-alcoholic substances        addicts

Děkuji Mgr. Evě Šalenové, jako své vedoucí práce za metodickou pomoc a za samotné vedení mé práce. Dále pak děkuji své matce PhDr. Renatě Koláčkové za odbornou pomoc, poznámky a připomínky, které mi během mé práce ochotně podávala. Jí i své rodině děkuji za podporu.

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

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 SYNDROM VYHOŘENÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1 HISTORIE SYNDROMU VYHOŘENÍ A DEFINICE POJMU .....	12
1.2 FÁZE PSYCHICKÉHO VYHOŘÍVÁNÍ A PROPAD DO ÚPLNÉHO BURNOUT .....	13
1.3 ODLIŠENÍ BURNOUT OD OSTATNÍCH NEGATIVNÍCH JEVŮ .....	15
1.3.1 Stres.....	16
1.3.2 Deprese.....	16
1.3.3 Únava .....	16
1.3.4 Odcizení .....	16
1.3.5 Pesimismus.....	17
1.3.6 Existenční neuróza .....	17
1.4 MOŽNOSTI POMOCI PŘI VYHOŘENÍ.....	17
1.4.1 Jak pomoci sám sobě?.....	18
1.4.2 Úprava pracovních podmínek .....	18
1.4.3 Sociální podpora v rodině .....	19
1.4.4 Konkrétní jednoduchá opatření .....	20
1.5 PREVENCE A DUŠEVNÍ HYGIENA .....	21
1.6 BURNOUT V SOCIÁLNÍ PÉČI A SLUŽBÁCH .....	23
<b>2 PRÁCE S UŽIVATELI NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK</b> .....	<b>24</b>
2.1 ZÁVISLOST NA NEALKOHOLOVÝCH LÁTKÁCH.....	24
2.1.1 Droga.....	24
2.1.2 Definice závislosti.....	24
2.1.3 Fáze závislosti .....	25
2.2 CENTRA POMOCI PRO ZÁVISLÉ.....	26
2.2.1 Centrum primární prevence.....	26
2.2.2 Kontaktní centra a terénní programy.....	26
2.2.2.1 Terénní programy.....	27
2.2.3 Terapeutické komunity.....	27
2.2.4 Doléčovací centrum.....	28
2.3 PSYCHOTERAPEUTICKÁ LÉČBA .....	29
2.3.1 Skupinová terapie.....	30
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>31</b>
<b>3 RENARKON</b> .....	<b>32</b>
3.1 PSYCHOTERAPEUT .....	32
<b>4 VÝZKUM</b> .....	<b>34</b>



4.1	CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	34
4.2	DRUH VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ METODY .....	34
4.3	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	35
4.4	REALIZACE VÝZKUMU .....	35
<b>5</b>	<b>MBI DOTAZNÍK .....</b>	<b>36</b>
5.1	ŘAZENÍ POLOŽEK MBI DOTAZNÍKU .....	37
5.2	VYHODNOCENÍ DOTAZNÍKU MBI .....	38
5.2.1	Shrnutí vyhodnocení dotazníku MBI .....	39
<b>6</b>	<b>ROZHOVOR .....</b>	<b>41</b>
6.1	VÝZKUMNÝ VZOREK .....	41
6.2	ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT .....	41
6.3	INTERPRETACE DAT .....	43
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>47</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>48</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK .....</b>	<b>50</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>51</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>52</b>

## ÚVOD

Práce terapeuta zajisté patří mezi povolání, která vyžadují obzvlášť zodpovědný přístup, snahu a hlavně nadšení. Rovněž je potřeba mít naději, touhu pomoci, rady ke správným životním postojům a snahu pomáhat přeformovat jejich osobnosti žádoucím směrem. Mladí lidé často nastupují do zaměstnání plní elánu a energie, chuti a nadšení k práci. Jaké však jsou jejich pocity za několik let?

V dnešní době je práce tohoto personálu velmi žádaná ve všech sociálních aspektech. Jen ale jejich finanční ohodnocení v rámci české legislativy není zcela adekvátní. Hlavním faktorem je však to, že úspěšnost abstinence u závislých lidí po léčbě v léčebně je pouhých 5% a v komunitách 20%. To, ale i jiné faktory jako například špatné vedení ze strany ředitele (vedoucího komunity) nebo špatný pracovní kolektiv mohou pomalu, ale jistě terapeutovi jeho práci znechutit, mohou zapříčinit vyhasínání jeho nadšení pro práci, způsobit úplné psychické vyhoření.

Touto velmi aktuální problematikou psychické zátěže terapeutů a syndromu vyhoření se zabývám ve své bakalářské práci.

V teoretické části se zaměřím na vysvětlení pojmů spojených se syndromem vyhoření, co jej může způsobovat a jaké má fáze. Rozliším syndrom vyhoření od jevů jemu podobných jako je stres, deprese, únava, odcizení, pesimismus nebo existenční neuróza. V závěru teoretické části se zaměřujeme na práci se závislými na nealkoholových návykových látkách. Nalezneme zde také výčet základních center pomoci pro tyto klienty. Okrajově zde také najdeme charakteristiku psychoterapie, skupinové terapie.

V praktické části bude proveden výzkum v komunitě, jehož základem je rozhovor. Data získané rozhovorem projdou potvrzením MBI dotazníkem, pro přesnější a důkladnější proniknutí do zkoumaného problému.

Cílem práce je tedy zjištění psychické zátěže personálu se zřetelem na syndrom vyhoření, problém velmi nadčasový, avšak lidmi mnohdy opomíjený. Výsledná data poslouží také jako pracovní materiál pro supervizi v terapeutické komunitě Renarkon, kde byl výzkum prováděn.

## TEORETICKÁ ČÁST

## 1 SYNDROM VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření, neboli podle anglického názvu burnout, můžeme charakterizovat například podle Jeklové, Reitmayrové (2006, s. 6) jako stav projevující se ztrátou energie a idealismu, které mohou vést k takovým psychickým projevům jako je například stagnace, frustrace nebo apatie vůči své práci nebo celému životu. Tato psychická kondice nezasahuje pouze duši člověka, ale velmi výrazně se projevuje i na jeho fyzické stránce.

Nejčastěji se tento psychický stav objevuje u lidí v pomáhajících profesích, i když vyhoření se může dotknout člověka vykonávající jakékoliv povolání.

Matoušek (2003, s. 55) charakterizuje syndrom vyhoření jako „soubor typických příznaků vznikajících u pracovníků pomáhajících profesí v důsledku nezvládnutého pracovního stresu.“

### 1.1 Historie syndromu vyhoření a definice pojmu

Poprvé se můžeme s pojmem burnout setkat na konci 20. století. Dle Křivohlavého (2008) byl tento pojem ze začátku oficiálně spojován s lidmi, kteří trpěli závislostmi, a to jak patologickými závislostmi na alkoholu nebo na nealkoholových návykových látkách. Stav burnout byl spojován s jejich ztrátou zájmu o cokoli jiného než o jejich drogu. Tato apatie vůči svému okolí vykazovala jasné psychické příznaky vyhoření. Ale s příznaky vyhoření se setkáváme už odnepaměti. Například v krásné literatuře můžeme najít zmínky o psychickém stavu člověka vykazující úplnou vyčerpanost a neschopnost člověka dál pracovat nebo také komunikovat, a tak udržovat určitou stabilitu mezilidského kontaktu.

Syndrom vyhoření je oficiálně definován podle Křivohlavého (2012, s.12) jako: „stav tělesného, citového (emocionálního) a duševního (mentálního) vyčerpání, způsobeného dlouhodobým pobýváním v situacích, které jsou emocionálně mimořádně náročné. Tato emocionální náročnost je nejčastěji nastolena spojením velkého očekávání s chronickými situačními stresy.“ Samozřejmě můžeme sledovat i řadu dalších příznaků, mezi které patří úplné tělesné vyčerpání vedoucí k tělesnému zhroucení, úzkostné a depresivní pocity, což znamená třeba bezmoc, ztrátu cílů, snů a iluzí nebo pocity spojené se zaměstnáním, jako je nechuť k práci nebo celkový negativní postoj k zaměstnání a kolektivu. Adaptabilita člověka vůči nárokům na něj kladených při vykonávání jeho profese je úplně snížena a člověka ovládá pocit podobný lhostejnosti.

Veškeré tyto příznaky jsou ale pouhou odpovědí lidského těla a duše na stres. Stres je největší rizikový faktor dnešní doby, nepřispívá k tomu ani tlak společnosti právě tento stres s nadhledem zvládat.

Paradoxně velké riziko vyhoření hrozí především nadšeným lidem. Lidé, kteří do své práce nastoupí plní nadšení a ideálů, bez prevence burnout, pravděpodobně vyhoří. Síla jejich vyhoření se dá úměrně přirovnat k síle jejich původního nadšení. Početně velmi velká skupina lidí jsou ti, u kterých by se dalo říct, že to co dělají, nepovažují za svou práci, ale za svou profesi, za naplnění života, které jim bylo dáno a oni se pouze snaží svou pílí a pracovitostí dostát svého závazku.

Syndrom vyhoření je posléze spjatý s jejich neúspěchem a s pocitem, že selhali a už nemají jiné hodnoty a kvality, které by mohli nabídnout. Jejich psychický stav je nutí k otáčení se do minulosti a konstatování, že jejich život byl promarněn a vše co dělali nebo veškerá práce, kterou odvedli, byla zbytečná. Pracovně přetížený jedinec má pocit emocionální prázdnoty a selhává i v sexuální oblasti, sex ho přestává bavit.

Základem všeho je ale lidská potřeba věřit vlastnímu smyslu života. Pokud se naše vize jen na chvíli ztratí nebo pokud jen párkrát selžeme na této naší cestě, hrozí nám riziko vyhoření. Veškeré tyto pocity jsou spjaty s obavami, které nás tíží, a také se strachem. Jak říká Křivohlavý (2012, s.13) „všichni lidé se potřebují cítit jako hrdinové. Potřebují vidět, že jejich život je důležitý, v širším než jen zcela úzkém osobním měřítku (až třeba v kosmickém pojetí). Potřebují se spojovat s něčím, co je větší, než jsou oni - co je přesahuje (jako je potřeba nadhledu, transcendence, přesahu vlastního života). Když zjistí, že selhali, vyhoří. Burnout je tak často důsledkem selhání při hledání smyslu života.“

## **1.2 Fáze psychického vyhořívání a propad do úplného burnout**

Burnout neboli vyhořívání, je psychický jev, který jako všechny ostatní psychické jevy není statický. Burnout má určitý proces, který se mnoho různých odborníků snažilo rozdělit do jednotlivých fází. I na tyto rozdělení se můžeme dívat jako na jednodušší a složitější verze, jejich rozčlenění závisí na jednotlivých autorech těchto fází. Mezi ty jednodušší můžeme přiřadit například Hanse Selyeho (cit. podle Křivohlavý,2012,s.81), který rozděluje tento proces na 3 fáze:

### *I. Fáze – působení stresoru*

II. *Fáze - zvýšená rezistence (obranyschopnost organismu)*

III. *Fáze - vyčerpání rezerv sil a obranných možností, do této fáze se obvykle zařazuje fáze burnout syndromu.*

Schmidbauer (2008) rozvedl fáze více podrobně:

- Počáteční fáze - pracovník téměř neustále pracuje a vzdává se volného času, relaxace, uvolnění. Je nadměrně angažovaný, hyperaktivní a myslí si, že je nepostradatelný.
- Propuknutí - prvními signály jsou dlouhodobá únava a nechuť pracovat. Pracovník odmítá vlastní úkoly i klienty, o které se má starat a připadá si využívaný. Svou práci začíná vnímat jako velice náročnou, ale finančně nedoceněnou.
- Fáze slábnutí výkonnosti - pracovník se nedokáže soustředit a dopouští se chyb z nepozornosti. Ztrácí angažovanost a schopnost podávat výkony. Také může dojít k onemocnění. Pracovník přerušuje kontakty, nepěstuje žádné pracovní ani osobní vztahy a je osamělý. Dochází k tělesným obtížím, jako jsou bolesti hlavy, zad, nespavost, problémy se srdcem.
- Kompenzované vyhoření - jedná se o případy pracovníků, kteří skrývají, že už své povolání vzdali, ale stále se snaží sloužit podle předpisů. Nechuť pracovníka se pomalu přesouvá i na ostatní kolegy a ti rovněž ztrácí zájem o práci. Odolní pracovníci odchází a zůstávají slabí jedinci, kteří nedokážou vzdorovat vyhořelému kolektivu.

Syndrom vyhoření má mnoho společných znaků i se samotným lidským životem. Vykazuje stejné znaky, jako je zrod, pak život (průběh) a vyvrcholení. A tak jako lidský život, má i syndrom vyhoření úseky podléhající určitým vlivům. Dle Maslachové (cit. podle Křivohlavého, 2012, s.83) to jsou tyto fáze:

1. *idealistické nadšení a přetěžování;*
2. *emocionální a fyzické vyčerpání;*
3. *dehumanizace druhých lidí jako obrana před vyhořením;*
4. *terciární stádium: stavění se proti všem a proti všemu a objevení se burnout syndromu v celé jeho pestrosti („sesypání se“ a vyhoření všech zdrojů energie).*

I podle analytických psychoterapeutů zabývajících se existencialismem, lze rozdělit i samotný proces propadu do burnout, podle jejich charakteristik. Jedním z nich je dnešní

představitel Alfred Längle. Opět si tento proces můžeme rozdělit do tří fází. První fáze je o smysluplnosti žití lidské populace. Jde o existenční volbu; mít pro co žít. Každý si potřebuje najít cíl, něco kam bude ve své kariéře směřovat a taky výběr toho, co ho v rámci jeho povolání dostatečně naplní. Když má práce smysl, usnadňuje nám to cestu dosáhnout vytyčeného cíle. V druhé fázi jde o přehodnocování situace a situování cíle takzvaně blíže k nám. Z cíle naplnění životního poslání slevíme, nejde nám již o konečný výsledek, ale orientujeme se na konkrétní dílčí cíle, které přicházejí již v průběhu. To znamená, že začínáme pracovat proto, abychom profitovali už v průběhu. Naším novým cílem se tak může stát odměna za provedenou práci, například ve formě peněžního ohodnocení. Největší zlom přijde ve chvíli, když přestaneme dělat to, co chceme a přestaneme naplňovat svou původní vizi, ale najdeme nový smysl v tom, že nám ta činnost „něco“ přináší. Když je toto „něco“ velmi vzdálené od cíle zvoleného na prvotním začátku. Dosáhneme tímto odcizení a toto odcizení je jakýmsi pomyslným posledním stupněm od prázdnoty bytí (existencionálního vakua). Třetí fáze je Alfredem Länglem (cit. podle Křivohlavého, 2012, s.89) nazývána „životem v popeli“. Této fázi přidělil dvě charakteristiky. První se definuje jako ztráta úcty k druhým lidem. Touto ztrátou úcty myslíme „zvěcnění“ sociálního života u člověka postiženého vyhořením. Tento člověk se vyznačuje tím, že vykazuje se necitlivým chováním a lidi kolem sebe bere jako prostředky, věci, k dosažení vlastního profesního uspokojení. Jeho chování nevykazuje ani patrné známky respektu. Na druhou stranu se vyžívá v chování s jasnými prvky ironie, cynismu a sarkasmu. Za úplné vyhoření považujeme chování, nebo spíše bytí člověka, který ztratil úctu sám k sobě. Je lhostejný k fyzickým potřebám svého těla ale i k duševním potřebám. Ztráta úcty se projevuje lhostejností ke svému přesvědčení i snahám. Ničeho si neváží, nespátřuje smysl své práce, života. Dosáhne existencionálního vakua a jeho bytí je pouhým přežíváním, nikoli žitím.

### **1.3 Odlišení burnout od ostatních negativních jevů**

Burnout se vyznačuje svým výrazným negativním působením hlavně na lidskou duši. v životě však nalezneme i spoustu dalších negativních jevů vykazujících podobný negativní náboj. Aby nedošlo k záměně u diagnostiky, pokusíme se porovnat pár těchto jevů se syndromem vyhoření.

### 1.3.1 Stres

Jedním z nich je určitě stres, kterému při jeho negativním vlivu na psychiku říkáme distres. Je spojován hlavně s negativními zážitky. Je formulován napětím mezi stresorem a mezi zdroji a možnostmi tyto překážky překonat. Stres ovládá každého člověka, ale vyhoření postihuje pouze skupinu lidí, až příliš jednostranně orientovaných na svou práci. Motivace může občas člověka stresovat, avšak přílišná motivace, jak jsme již zmínili, dostává člověka do stavu burnout. Stres je samozřejmě jeden z hlavních spouštěčů syndromu vyhoření. Největší riziko ale přichází při práci založené na osobním kontaktu, na komunikaci s druhým člověkem. Na práci s lidmi. Pokud jsou v profesní sféře překážky zdolatelné a smysl naší práce nás uspokojuje, propad do burnout i přes stres nehrozí.

### 1.3.2 Deprese

Stejně jako syndromem vyhoření, tak i depresí se dnešní psychologie zabývá velmi často. V dnešní době patří deprese podle Světové zdravotnické organizace, k nejčastějším psychickým onemocněním na světě. Deprese, na rozdíl od syndromu vyhoření, postihuje jak lidi nadměrně pracující, tak lidi pracující málo nebo i vůbec. Deprese má často kořeny v psychickém vývoji člověka, což o syndromu vyhoření říct nemůžeme. Na druhou stranu bývá samozřejmostí, že burnout je depresemi provázen. Toto, řekněme psychické onemocnění, však můžeme léčit medikamenty. U burnout se léčba medikamenty neprojevila jako efektivní. Přesto spojení těchto dvou psychických onemocnění je velice těsné.

### 1.3.3 Únava

Únava je typickým ukazatelem fyzické vyčerpanosti. Nemůžeme ale tvrdit, že nemá spojení s psychikou jedince. Únava, stejně jako deprese, jsou vedlejšími jevy, provázející burnout stav. Tento druh únavy je příznakem něčeho, co se nám z hlediska profese, nepodařilo udělat nebo překonat.

### 1.3.4 Odcizení

Již jsme se zmiňovali o stavu odcizení ve spojení s vyhořením. Odcizení ale nemusí nastat pouze v tomto spojení. Odcizení se od sebe samého můžeme pozorovat například u nepřekonání krizí v jednotlivých vývojových etapách života, které podle Eriksona musí každý jedinec překonat, aby se sžil sám se sebou a mohl se zdravě vyvíjet. Odcizení se tedy častě-



ji objevuje u lidí, kteří nejsou pro svou práci nadšení a „zapálení“, ale zcela naopak svou práci považují za demotivující a nenachází v ní smysl života. Toto je ale stav úplně opačný od burnout.

### 1.3.5 Pesimismus

Úplným propadem do burnout i člověk, který není pesimistou, začne prožívat náladu, která je posmutnělá, negativně zabarvená, s výraznými znaky pesimistické nálady. Člověk trpící vyhořením nevidí optimistické východisko z životní situace a tíží ho pocit, že vše zlé co se v jeho životě děje, nebude mít nikdy dobrého konce. Stejně jako pesimisté.

### 1.3.6 Existenční neuróza

U existenční neurózy jde spíše o určité druhy existenční beznaděje. Dá se říct, že status člověka je neustále ve fázi hledání a jedinec smysl svého života nenachází. Tento stav provází burnout až na úplném konci celého procesu vyhoření. Ve své podstatě jde u vyhoření o ukazatel propadu mezi původním nadšením pro věc, až po úplnou ztrátu ideálů, vizí a cílů. Takzvaně jde o ztrátu smyslu života.

## 1.4 Možnosti pomoci při vyhoření

Pokud se ocitneme v jednom ze stadií vyhoření, existuje několik možností, jak na tomto stavu pracovat. Jak už jsme zmínili výše, léčba medikamenty se v praxi ukázala jako neúčinná a neefektivní. I přesto, s pomocí vlastní i s pomocí okolí, dokážeme syndrom vyhoření překonat neboli vyléčit.

Prvním krokem k léčbě nebo uzdravení patří vůbec to, že si připustíme, že nějaký problém máme. Musíme se sami vyrovnat s tím, že nás postihl syndrom vyhoření, a že tento stav je vážný. Tak jako všude, i tady je velmi důležitá motivace k překonání této životní situace. Uvědomění si, že musíme za proces léčby a i za svůj život znovu převzít zodpovědnost. U každého bývá obtížné si uvědomit, že už situaci nezvládá, natož pak převzít odpovědnost za celý proces. Bez spolupráce s okolím by to samozřejmě nešlo. Okolí by se mělo podílet na úpravě podmínek na pracovišti, aby se i tam zajistila atmosféra podporující tento proces uzdravování. Sice se vyhoření většinou týká zaměstnání, přizpůsobení klimatu doma a podpora rodiny je rovněž na místě.

Jak jsme tedy zmínili, na procesu léčby se podílí tři zásadní elementy. Je to člověk sám, tedy nutnost pomoci si sám sobě, dva další jsou pak spojení s okolím, je to tedy sociální prostředí na pracovišti, pomoc poskytnutá zaměstnavatelem a klima rodiny.

#### **1.4.1 Jak pomoci sám sobě?**

Pokud prožíváme jakékoliv negativní emoce vůči svému okolí, je důležité si uvědomit, že za vznik těchto emocí nemůže naše okolí, ale pouze my sami. Jak se dočteme u Kopřivy (cit. podle Jeklová, Reitmayrová, 2006, s.23); „V první řadě je třeba si uvědomit, že za zážitky, které prožíváme, které v nás vyvolávají druzí, nemohou ti druzí, ale naše vlastní vnímání světa kolem nás“. Při vyhoření máme pocit změny světa kolem nás, ten se však nemění, mění se pouze a jen naše vnímání okolí. Dalším krokem směrem k uzdravení je najít opět smysl života a smysl naší práce. Určitá dávka nadšení je důležitá, avšak měli bychom se vyvarovat euforii, která předcházela vyhoření a díky které nás vlastně tento stav postihl. Distres je jedním ze spouštěčů syndromu vyhoření. Potřebujeme najít opět rovnováhu mezi stresem, spouštěčem stresové situace a jejím řeším. Uvědomit si naše dovednosti a schopnosti a přizpůsobit jim vlastní chování při samotném řešení. Pokud se nám podaří stresu aspoň částečně předcházet, snižujeme tím riziko krize. Můžeme tímto soustavně posilovat síly, vedoucí k řešení stresových situací, jako třeba vylepšování našich dovedností, posilování odolnosti vůči stresu a relaxace. Za důležitý prvek můžeme považovat time management. Rozvrhnutí svého času, tvorba časového plánu a rozdělení úkolů a povinností můžou posloužit jako prevence proti stresu. Nesmíme zapomenout na fyzickou stránku lidského těla. Pohyb, relaxace a cvičení, popřípadě dnes velmi propagovaný zdravý životní styl, podporuje efektivitu mentální léčby. Jak říká nakonec stará moudrost: „ve zdravém těle, zdravý duch“!

#### **1.4.2 Úprava pracovních podmínek**

V tomto procesu léčby se nemusí jednat o úplnou změnu na pracovišti, ale pouze o ujasnění si podmínek, přizpůsobení režimu vlastním potřebám. Komunikace se zaměstnavatelem může pomoci při správné definici pracovních úkolů a povinností. Důležité je, abychom si udrželi určité profesní hranice a při vykonávání profese udrželi jakýsi objektivní nadhled, abychom znovu nepropadli ve své práci. Harmonické prostředí na pracovišti se může jevit jako velmi nepatrný element, ale jeho důležitost bývá často podceňována. Pokud se v práci

cítíme dobře, tlak při stresových situacích je menší. Do tohoto prostředí můžeme zahrnout jak kolektiv spolupracovníků, tak i fyzikální podmínky; teplo, světlo, klid. Osobní zásah do vizuální podoby pracoviště je podporován. Tento zásah do úpravy prostředí můžeme zhodnotit pozitivní reakcí pracovníků.

Jako akutní prostředek pro krizovou intervenci, ale také jako prevence syndromu vyhoření, a v neposlední řadě, jako způsob učení a rozvoje, má být zajištěna na pracovišti možnost supervize. Syndrom vyhoření nejčastěji postihuje lidi, kteří pracují v neustálém kontaktu s jiným člověkem. Supervize by na takovémto pracovišti měla být podmínkou. Supervize je systematická pomoc. Jak individuální tak skupinová. Pomáhá řešit profesionální problémy v neohrožující atmosféře. Jejím cílem je pochopit emoční podíl člověka na profesním problému. Dále pak je to prostředek k profesnímu i osobnímu vývoji jedince. Supervizi se nabízí nástroj, sloužící k očistě od negativních a silných prožitků a emocí, které nám zůstávají třeba po obzvláště komplikovaném případě. Tímto řadíme supervizi jako nejúčinnější metodu prevence syndromu vyhoření.

S konkrétní úpravou podmínek na pracovišti nám může pomoci i zákon. Jedním ze základních pramenů je Zákon č.2/1993 Sb. Listina základních práv a svobod, Hlava IV, čl. 28; „Zaměstnanci mají nárok na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky.“ Do detailnějších podmínek pak zachází Zákoník práce §35, ods.1 písm. A) „Zaměstnavatel je uloženo, kromě jiného, vytvářet podmínky pro úspěšné plnění pracovních úkolů a dodržovat ostatní pracovní podmínky stanovené právními předpisy nebo kolektivní nebo pracovní smlouvou.“ Pracovní dobu a přestávky pak upravuje Hlava III., oddíl 1. a v oddíle 3. najdeme právo ukotvující nárok na dovolenou. Hlava VI., oddíl 1. pojednává o péči o zaměstnance, hovoří se zde o pracovních a životních podmínkách zaměstnanců a jejich odborném rozvoji. Pro potvrzení nejen tohoto zákona, ratifikovala Česká republika Evropskou sociální chartu, která zaručuje a chrání sociální práva občanu ČR.

### **1.4.3 Sociální podpora v rodině**

Syndrom profesního vyhoření se týká samozřejmě i našeho sociálního života v soukromí. Od této sociální skupiny se při léčbě burnout syndromu očekává podpora postiženého jedince. Křivohlavý (cit. podle Jeklová, Reitmayrová, 2006, s.24) ukazuje, že čím má člověk lepší vztahy s ostatními lidmi ve svém sociálním okolí, tím má i relativně nižší úroveň psy-

chického vyhoření. Pokud rodina neví, jak vyhořelému člověku pomoci, stačí se držet několika bodů. Patří mezi ně:

- spolupráce
- naslouchání
- podpora, povzbuzení
- emoční podpora a uznání
- poskytnutí zpětné vazby
- rovnocennost sociálního vztahu

Tyto body v podstatě obsahují komplexní podporu okolí. Člověka navedou ke správnému řešení krizové situace. Uvědomíme si, že na problémy nebo i úkoly doma nejsme sami a naše okolí se může podílet na řešení situací. Podpora se může vztahovat k výkonům v práci, ale taky slouží jako podnět k vnitřní motivaci k osobnímu růstu. Zpětná vazba doplňuje, koriguje a směřuje naše další úsilí. Rovnocennost vztahu pak zakončuje stabilitu sociálního prostředí doma.

#### **1.4.4 Konkrétní jednoduchá opatření**

Konkrétní jednoduchá opatření souvisí s každodenním životem, a jejich používání nám pomůže nejen jako léčba syndromu vyhoření, ale slouží i jako prevence. Tato pravidla poslouží i člověku, u kterého se syndrom vyhoření neprojevuje, ale naopak potřebuje vylepšit dovednosti svého time managementu.

V knize Syndrom vyhoření od Jeklová, Reitmayrová (2006, s.26) se o těchto bodech dočteme:

- *snížit příliš vysoké nároky na sebe*
- *naučit se říkat NE*
- *předcházet komunikačním problémům*
- *vyjadřovat otevřeně své pocity*
- *hledat věcnou podporu*
- *doplňovat energii*

- *vyhledávat konkrétní ohraničené výzvy*
- *zajímat se o své zdraví*
- *nepropadat syndromu pomocníka*
- *stanovit si priority*
- *plánovat*
- *hledat emocionální podporu*
- *vyvarovat se negativního myšlení*
- *v kritických okamžicích zachovat rozvahu*
- *využívat nabídek pomoci*
- *dělat přestávky*

## 1.5 Prevence a duševní hygiena

Syndrom vyhoření je velice složitý proces. Je spojený s mnoha stránkami člověka. Propojuje v sobě tělesnou, duchovní a duševní stránku každého z nás. Vyhoření je ztráta důvěry ve smysluplnost bytí, anebo našeho hledání smyslu v práci. Reálně nám nepomůže změnit pouze jednu věc nebo použít psychofarmaka. Tento proces je sám o sobě velmi složitý, takže jednoduché řešení nenalezneme. Jediné, co reálně může působit nejjednodušeji, je prevence. v literatuře nalezneme širokou škálu postupů při prevenci a terapii.

Co proti vyhoření doporučuje Venglafová (2011, s.33-38):

1. *být natolik připraven na možnost vyhoření, abych si uvědomoval rizika své práce (kdy výdej mé energie výrazně převyšuje zisk). To zahrnuje seznámení se s problematikou vyhoření a příznaky naznačující, že dochází k vyhořování;*
2. *mít se rád a pečovat o sebe, přijímat se, vážit si sebe, mít k sobě úctu - jako máme respekt k druhým lidem. Praktikovat to, co vyznáváme ve druhé části „klasické“ křesťanské věty slovy „milovati budeš bližního svého jako sebe samého“;*
3. *znát hranice svých možností a uvědomovat si, že má vlastní kapacita je omezena a požadavky, které jsou na mne v dané situaci kladeny, ji převyšují - za této situace neváhat a požádat o pomoc někoho jiného;*

4. *pečovat o vlastní sociální síť (obdobnou té, která v případě nebezpečí pádu zachraňuje v cirkuse provazochodce), budovat ji, dokud je čas, a dělat vše pro růst vzájemné důvěry v přátelské kruhu;*
5. *mít dobrého (osvíceného) nadřízeného, který má porozumění pro to, co mohu a co dělám, který dovede ocenit to, co udělám dobrého, a nešetří pochvalou; nadřízeného, který se stará nejen o výkon, ale i o podmínky (včetně duševní hygieny), za nichž mají jeho podřízení pracovat. Pokud to nepůjde, změňte zaměstnavatele;*
6. *sebepoznání a sebehodnocení; sebepoznávání je neustálé uvědomování si dobrých vlastností, schopností, nedostatku, ale také vlastních pocitů, a to v každé situaci, v níž se nacházíme. Teprve na základě sebepoznávání může docházet ke správnějšímu sebehodnocení. a to, je-li kladné, zvyšuje sebedůvěru a umožňuje lepší adaptaci v obtížnějších situacích;*
7. *mít svého supervizora, který mě s postupem času stále lépe poznává a stará se o můj nejen pracovní, ale i osobní růst. Nejen to – upozorňuje mě v čas na různá nebezpečí, která mi hrozí, a to v dobrém úmyslu, aby mi pomohl;*
8. *nezapomínat na svůj osobní život, na své soukromí; jedna se o pěstování vlastních zájmů, koníčků a zálib, péči o sebe – tělo, duši i ducha, o to, co děláme s radostí a s potěšením. Máme-li rodinu, nesmíme zapomínat, že patříme i ji, a že bez ní bychom ani zdaleka nemohli být tím, kým chceme, ba máme být;*
9. *naučit se „přepínat“ z pracovního začlenění (myšlenek, emocí i snah) do začlenění v soukromém životě (například v rodině); umět „vypnout“ z pracovního zatížení a přeladit v čas na odpočinek, relaxaci; umět vymanit se z pout únavy a nabrat síly;*
10. *nezapomínat na tělesný pohyb a pečovat o dobrou tělesnou kondici – pěstovat procházky, turistiku a podobně; naučit se odpočívat, když jsme unavení, a ne až v okamžiku, kdy na to máme čas;*
11. *nezapomínat na umění změnit se – být pružný (flexibilní) v jednání a při vší nezdolnosti neztvrdnout v jednou zaběhlých kolejích; umět se adaptovat na změny prostředí a adaptovat si prostředí. (cit. podle Křivohlavý, 2012, s.95-97)*

Uvedená citace má jistě i širší uplatnění, než jen jako prevence syndromu vyhoření. Jeví se inspirativní a inspirující pro každého člověka, který ve své profesi jedná s lidmi, který přemýšlí o sobě i o své práci, hledá inspiraci a podporuje svůj profesní i osobní růst a rozvoj.

## 1.6 Burnout v sociální péči a službách

Jedná-li se o osobní styk s druhými lidmi v těžkých situacích, pak to platí o pracovnících sociálních služeb – sociálních pracovnících, poradcích sociální služby, sociálních kurátorech, sociálních terapeutech. Schaufeli a kolektiv (1993) na základě měření míry psychického vyhoření pomocí dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory – inventář psychického vyhoření, který sestavila Christina Maslachova) uvádí, že u lidí, kteří pracují s lidmi v tzv. sociálních povoláních, postihuje burnout 10-25% pracovníků. (Křivohlavý, 2012, s.28-30)

Přehled konkrétních profesí postihující burnout nejčastěji:

- Psychoterapeuti a psychologové
- sociální pracovníci
- poradci ve věcech sociální péče
- poradci v organizačních záležitostech
- vedoucí pracovníci všech stupňů
- sociální pedagogové
- sociální kurátoři

(Křivohlavý, 2012, s.31-32).

## 2 PRÁCE S UŽIVATELI NEALKOHOLOVÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTEK

Problematika závislostí je svou povahou interdisciplinární. Práci s uživateli drog se věnují profesionálové, s kvalifikací v různých pomáhajících profesích (kromě sociálních pracovníků např. psychologové, psychiatři, sociální pedagogové). Problematikou závislostí se zabývá několik resortů státní správy, veřejná správa a mnoho státních a nestátních institucí (vedle léčebných zařízení např. probační a mediační služba, policie, soudy, vězeňská služba, protidrogoví koordinátoři, sociální kurátoři a kurátoři pro mládež, hygienická služba) (Matoušek, Kodýmová, Koláčková, 2005, s.211). V této kapitole se zabýváme definicí závislostí, druhy zařízení, ve kterých pracují s lidmi s drogovou problematikou. Dále pak definujeme psychoterapii jako základní metodu léčby a pomoci drogově závislým lidem. Zvýšenou pozornost věnujeme profesi terapeuta.

### 2.1 Závislost na nealkoholových látkách

#### 2.1.1 Droga

Droga je charakterizována jako látka organického nebo anorganického původu. Mnohdy původním účelem látky byla léčba, tudíž má z části i léčebné účinky. Pravidelným užíváním však vzniká psychická i fyzická závislost na těchto látkách. Tolerance těla vůči látce se zvyšuje a její nedostatek způsobuje abstinenční příznaky.

#### 2.1.2 Definice závislosti

Podle MKN 10 je závislost definována jako „skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha (často silná, někdy přemáhající) brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák. Zde může být důkaz, že návrat k užívání látky po období abstinence vede k rychlému znovobjevení jiných rysů syndromu, nežli je tomu u jedinců, u nichž se závislost nevyskytuje“.

Definitivní diagnózu pak určujeme tehdy, kdy dochází za poslední tři roky užívání látky k některým, popřípadě všem z těchto jevů:



- silná touha po látce
- potíže se sebekontrolou v procesu užívání látky
- tělesné abstinenci příznaky
- zvyšování tolerance těla
- vzdalování se od sociálního světa
- zúžení zájmů, v jejichž centru je již jen návyková látka
- trvalé užívání látky, spojené se škodlivými následky v psychice či somatické stránce člověka

### 2.1.3 Fáze závislosti

V MKN 10 se dočteme také o klasifikaci stavů neboli fázích závislosti.

První kontakt s drogou bývá uživateli charakterizován jako fáze experimentování. Podnět drogu vyzkoušet bývá často vyslán od sociální či vrstevnické skupiny jedince. Užívání látky bývá spojené se zábavou. v této fázi mluvíme o takzvaném akutním užívání. To znamená, doba následující bezprostředně po aplikaci látky, bez výrazných abstinenci příznaků. Droga v tomto stádiu jedinci spíše dává (stav, nové obzory, sociální skupiny lidí) a nic nebere. Tato experimentální fáze se brzy rozvine v takzvané příležitostné užívání látky spojené s určitým druhem aktivity nebo zábavy. Fáze se postupně sjednotí do pravidelného užívání látky. Užívání drogy je pravidelné, často spojené se zvyšováním dávkování, změnou dávkování, například přechod ze šňupání na nitrožilní aplikaci. „Závislost na droze se stává naším zaměstnáním na plný úvazek“. Toto užívání řadíme mezi škodlivé, jeho následek je poškození jak v somatické tak psychické oblasti. Tento stav se označuje jako návykový. Život se závislostí se stává drogovým stereotypem. Celodenní program se točí kolem drogy, buď co se týče zajištění drogy, nebo její aplikace, a posléze i akutní intoxikace látkou. Tento stav se prolíná s abstinenci stádiem. Toto stádium označuje buď období po skončení akutní intoxikace látkou a aplikací látky znovu do těla, nebo abstinenci období spojené s léčbou, popřípadě životním stylem bývalého uživatele.

Na příčiny vzniku závislosti musíme pohlížet zcela individuálně u každého uživatele drogy. Sklony k závislosti se liší jedinec od jedince. Důležitý faktor je, zda člověk zkouší drogu z hlediska experimentování, či látky zkouší jako únik z krizové situace, která u něj na-

stala. Nejdůležitější část nastává po první aplikaci látky. Záleží na tom, jestli člověk látku po nějaké době užije znovu či ne. Důvod k opakovanému užití látky je příjemný stav, který člověk zažívá při akutní intoxikaci drogou. Jedinec chce tento stav zažít znovu a znovu. Členění rizikových skupin je nepřehledné množství, obecně se však udává, že nejvíce závislosti propadnou lidé s patologickým chováním, kde pravděpodobnost setkání se s drogou je téměř stoprocentní.

## **2.2 Centra pomoci pro závislé**

Centra pomoci pro závislé na nealkoholových návykových látkách vytvářejí propojenou síť, která nabízí pomoc na různých úrovních, se zaměřením na určitou etapu závislosti člověka.

Pro konkrétnější popis těchto zařízení jsme se vedli rozpracováním dle Matouška, Kodýmové, Koláčkové (2005, s.214-216):

### **2.2.1 Centrum primární prevence**

Primární prevence se zaměřuje na problematiku drog a zdravého životního stylu. Poskytují tedy i včasnou intervenci. Jejich úkolem je rozšíření preventivních aktivit se zaměřením na specifický problém, v našem případě na experimentování s drogami. Poskytují také školení pracovníkům, kteří se s lidmi ohroženými patologickým chováním setkávají ve své profesi, ale i rodičům.

### **2.2.2 Kontaktní centra a terénní programy**

Tato centra se zaměřují na aktivní uživatele drog nebo na lidi ohrožené potencionální závislostí. Tato centra mají za cíl snižování rizik spojených s užíváním drog. Pracovníci mají za úkol navázání kontaktu s těmito uživateli a proniknutí do jejich sociální skupiny. Snaží se dosáhnout aktivního kontaktu. Uživatelům poskytují pomoc se zlepšením psychického i zdravotního stavu. Dalším z cílů je motivace klientů k abstinenci a návštěvám dalších specializovaných center. Poskytují praktickou prevenci pro širokou veřejnost, zejména sběrem použitých injekčních jehel.

Mezi principy takového centra patří nízkoprahovost. To znamená, že poskytují služby každému uživateli i bez předešlého doporučení, třeba od lékaře či jiného specialisty. Jako další

můžeme zmínit respektování volby a svobodné vůle, ve smyslu volby klienta, zda se rozhodne abstinovat či žít s drogou. Přes jakoukoliv volbu je mu nabídnuta odborná péče a pomoc. Klient má možnost navštěvovat tato centra anonymně. Bez jeho souhlasu nemohou být o něm poskytnuty žádné informace. Klientova účast v programu je dobrovolná. Jako ve všech sociálních službách i tady, v těchto centrech, je ke klientovi přistupováno individuálně a zároveň komplexně vzhledem k jeho sociální situaci.

Pracovníci všech typů sociální center pomoci pro závislé na nealkoholových návykových látkách jednají v souladu s Listinou základních práv a svobod, Etickým kodexem sociálních pracovníků.

### **2.2.2.1 Terénní programy**

Pod kontaktní centra řadíme i službu známou jako Terénní programy. Již podle názvu můžeme soudit, že tato sociální služba je poskytována klientů přímo v jejich sociálním prostředí. Klient, využívající tuto službu, nemusí docházet do kontaktního centra, ale terénní pracovník dochází přímo za klientem. Služba, kterou terénní program poskytuje, je spíše situační a individuální dle potřeb jedince. Jedná se však spíše o krizovou intervenci, výměnu jehel, snižování rizik spojených s užíváním drogy. Terénní pracovník učí klienty v jejich přirozeném prostředí bezpečné aplikaci drog a bezpečnému sexuálnímu chování. Pracovník se snaží o navázání klienta do sociálních služeb. Nárázově pracuje s motivací klienta k jeho léčbě a abstinenci.

Vnější cílem kontaktních a terénních programů, center, bývá snížení ohrožení široké populace nakažením hepatitidou a HIV/AIDS onemocněním.

### **2.2.3 Terapeutické komunity**

V definici podle Kratochvíla (2006, s.251) se dozvídáme, že je „terapeutická komunita zvláštní formou intenzivní skupinové terapie, kde klienti, většinou různého věku, pohlaví a vzdělání, spolu určitou dobu žijí a kromě skupinových sezení sdílejí další společný program s pracovní a jinou různorodou činností, což umožňuje, aby do tohoto malého modelu společnosti promítali své problémy ze svého vlastního života, zejména na své vztahy k lidem. Komunita je terapeutická proto, že kromě uvedené projekce umožňuje též zpětné informace o maladaptivním chování, podněcuje získání nadhledu na vlastní problémy

a na vlastní podíl na vytváření těchto problémů, má umožnit korektivní zkušenost a podporuje nácvik vhodnějších adaptivnějších způsobů chování.“

Dále Kratochvíl ve své knize Skupinová terapie v praxi (2005) rozděluje Terapeutickou komunitu jako systém a Terapeutickou komunitu jako metodu. „Terapeutická komunita v širším slova smyslu je systém organizace léčebného oddělení, ve kterém se podporuje všestranně otevřená komunikace a v němž se na rozhodování podílejí všichni členové týmu i klienti. Významnou složkou této formy organizace jsou schůzky personálu s klienty, při nichž dochází k výměně informací a projednání problémů ve vzájemných vztazích, a schůzky personálu, ve kterých se usiluje o pochopení interpersonálních procesů v léčebné jednotce a objasnění reakcí členů léčebného týmu vůči pacientům i vůči sobě navzájem. Terapeutická komunita v užším slova smyslu je psychoterapeutickou metodou, při níž se využívají modelové situace malé společenské skupiny k projekci a korekci maladaptivních interpersonálních stereotypů prožívání a chování. Při společenském soužití pacientů v každodenním bezprostředním styku, kdy jsou zajištěny různorodé činnosti a možnosti diferencování rolí, poskytují vzájemné interakce, problémy a konflikty určitý materiál, na němž se pacienti učí poznávat svůj podíl na vytváření, udržování a opakování svých životních problémů a konfliktů. Současně si mohou osvojovat nové, diferencovanější a přizpůsobivější formy chování.“

V centru pozornosti této práce je dle S. Kratochvíla terapeutická komunita v užším slova smyslu, a to sice chráněné prostředí, které lidem závislým na nealkoholových návykových látkách umožňuje učit se a trénovat v malém modelu společnosti nové způsoby chování, vytváří bezpečné prostředí pro jejich prožívání a podporuje jejich sebepoznání a motivaci ke změně v životním stylu.

#### **2.2.4 Doléčovací centrum**

Doléčovací centrum slouží primárně těm, kteří absolvovali (úspěšně), léčbu na nealkoholových drogách. Toto centrum prostřednictvím sociálních služeb pomáhá překlenout období z přechodu léčby do běžného života. Pomáhá s překlenutím těchto problémů. Primárním posláním tohoto Doléčovacího centra je zejména stabilizace nového životního stylu a podpora dosažení úplné samostatnosti a nezávislosti na dalších osobách.

Práce v tomto centru neprobíhá pouze s klientem. Pomoc nebo radu zde nalezne také rodina a blízcí problémových uživatelů drog, nebo klientů, kteří již abstínují od návykových látek.

Pracovníci centra se také pokouší minimalizovat riziko recidivy, spojené s pohybem v běžném životě. Snaží se pomoci klientů s úspěšným, úplným dokončením jejich léčby drogové závislosti. Pomáhají klientům s úplným návratem do plného pracovního nebo vzdělávacího procesu. v nabídce programů těchto center najdeme různé možnosti, od pobytových zařízení („domy na půli cesty“), přes ambulantní doléčovací léčbu, až po poradenskou činnost nebo také besedy a semináře.

### 2.3 Psychoterapeutická léčba

Nejčastějším modelem léčby, nejen závislostí, ale mnoha dalších duševních onemocnění či poruch, je skupinová terapie. Neopomíjíme ovšem nutnost individuálního přístupu. Individuální setkávání klienta a terapeuta je nutností každé léčby.

*Psychoterapie je léčebná činnost, léčebné působení, specializovaná metoda léčení nebo soubor léčebných metod, záměrné ovlivňování, proces sociální interakce. Specifický rozdíl jak tuto činnost odlišujeme od jiných lze najít v několika směrech. Čím psychoterapie působí? Na co působí? Čeho má dosáhnout? Co se při ní děje? A kdo při ní působí? (Kratochvíl, 2006, s.13)*

V knize Základy psychoterapie (Kratochvíl, 2006, s.13) najdeme odpovědi:

Psychoterapie používá psychoterapeutické prostředky. Patří k nim slovo, rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí.

Psychoterapie své léčebné působení situuje na nemoc, poruchu nebo anomálii. Je to působení na psychiku nemocného a jejím prostřednictvím na celý organismus nemocného. Je to cílené působení na duševní procesy, funkce a stavy.

Pomocí psychoterapie se snažíme odstranit nebo zmírnit potíže a podle možností i odstranit jejich příčiny. Má pomoci klientům změnit prožívání ve směru lepšího přizpůsobení se životním situacím.

V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování klienta. Vytváří se kladné očekávání a získávání naděje a odvahy. Dochází k vytváření nadhledu na životní

situace. Učí se korektivní emoční reakci. Zkouší a cvičí si nové způsoby chování. Klient se učí chybějícím sociálním dovednostem.

Psychoterapii provádí kvalifikovaná osoba. Vyžadovaná kvalifikace a kompetence závisí na složitosti potřebného psychoterapeutického působení. Za kvalifikované k provádění jednodušší podpůrné terapie se považují osoby s ukončeným vysokoškolským vzděláním v oblasti lékařství, psychologie, zdravotnictví nebo sociální práce či pedagogiky. K provádění systematické psychoterapie se navíc vyžaduje speciální výcvik. Aplikace této formy psychoterapie je součástí léčebné činnosti ve zdravotnictví nebo sociální sféře. Kromě formálního vzdělání, znalostí a dovedností, je pro realizaci a aplikaci psychoterapie nezbytný základní etický přístup a jsou potřebné určité osobní vlastnosti, které se u jedinců liší, podle příslušnosti k jednotlivým psychoterapeutickým přístupům a metodám.

### 2.3.1 Skupinová terapie

Maxwell Jones zdůrazňuje rozdíl mezi ambulantní psychoterapeutickou skupinou, jejíž členové se mimo schůzky nevidí (tento model skupinové terapie v ČR není rozvinut až do takové míry jako třeba v USA, UK) a skupinami v ústavu, komunitě, ke může být za obvyklého léčebného režimu skupinový zážitek zcela zastíněn sociálními faktory tamějšího prostředí (Kratochvíl, 2006, s.251). Terapeuti v tomto modelu léčby přistupují ke klientům jako ke spoluterapeutům. Podstatnou částí této organizace jsou denní schůzky celé komunity, všech klientů i personálu (terapeutů), na kterých jsou projednávány jak praktické a materiální otázky, tak problémy pacientů. Tento druh setkávání nazýváme v praxi *komunita*. Užší řešení problémů a klíčových bodů léčby klientů, kde právě klienti vystupují v roli spoluterapeutů nazýváme *skupiny*. Psychoterapeutická skupina pak může fungovat v prostředí terapeutické komunity, dochází tak k efektivnějším léčebným účinkům.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 RENARKON

Svůj výzkum jsem zaměřila na pracovníky v Terapeutické komunitě Renarkon.

Renarkon, o.p.s. je obecně prospěšná společnost, která byla založena Statutárním městem Ostrava v roce 1997. Poskytuje na území Moravskoslezského kraje ucelený soubor odborných sociálních služeb určených lidem, kteří se ocitli v obtížné životní situaci v souvislosti s užíváním nealkoholových drog, nebo jsou touto situací ohroženi.

Svémi aktivitami se Renarkon, o.p.s. snaží předcházet rizikovému chování vedoucímu ke vzniku drogového problému a zároveň minimalizovat negativní sociální dopady spojené s užíváním nealkoholových drog. Během své existence se Renarkon, o.p.s. vyprofilovala v jednu z největších nestátních neziskových organizací působících v oblasti prevence a léčby drogových závislostí v České republice.

Terapeutická komunita Renarkon se nachází v hezkém prostředí Beskyd asi 10km od obce Čeladná. Tvoří ji dvě horské chaty, kolem je les, kopce.

Komunita Renarkon je pobytové resocializační zařízení pro drogově závislé s délkou léčby 6 - 12 měsíců. Terapeutická komunita Renarkon o.p.s. je členem Sekce Terapeutických Komunit při Asociaci nestátních organizací A.N.O. V letech 2006 a 2009 získala komunita certifikát odborné způsobilosti udělovaný RVKPP (Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky). V roce 2007 byla terapeutická komunita řádně zaregistrovaná jako poskytovatel sociálních služeb dle zákona č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Tato terapeutická komunita je organizačně začleněna do společnosti Renarkon o.p.s, se sídlem v Ostravě. Zakladatelem společnosti Renarkon o.p.s je Magistrát města Ostravy.(Renarkon, © 2013)

#### 3.1 Psychoterapeut

Psychoterapeut je psycholog, který rozumí duševním procesům, které ovlivňují kognitivní schopnosti, emoční chování a chování ve vzájemných vztazích a je schopen ovlivnit tyto procesy s pomocí vhodných terapií.

Prací psychoterapeuta je studovat lidské chování, usnadnit správný vývoj osobnosti a zasáhnout v takových případech, kdy vznikla nerovnováha. Práce psychoterapeuta je, v závis-



losti na okolnostech, zaměřena na jednotlivce, skupiny či komunity. Jeho práce může být zasvěcena stejně tak poskytování "psychologické podpory" jako výzkumu, experimentování a vývoji pokročilých forem léčby, ve spolupráci s dalšími odborníky, kteří pracují v různých oborech.

Psychoterapeut může pracovat jak ve veřejných, tak v soukromých institucích. Jako odborník na volné noze může poskytovat konzultace nejen jednotlivcům, ale i různým institucím (léčebnám, domovům důchodců, školám, školícím centřům, sportovním svazům a specializovaným fitness centřům, která poskytují komplexní program utužení psychického a fyzického zdraví). Samotné pracovní prostředí většinou neklade na psychoterapeuta žádné zvýšené nároky, je vhodné i pro osoby s některými pracovními omezeními.

Pro práci používá záznamy o výzkumech a vědeckou literaturu z terapeutického oboru. Zpracovává dále záznamy o klientech a průběhu komunikace s nimi.

Práce psychoterapeuta vyžaduje vysokoškolské vzdělání. Záběr jeho znalostí je široký a současně velmi specializovaný. Profesní příprava všech psychoterapeutů je založena na různých psychologických principech, ale znalosti, které jednotliví psychoterapeuti mají se liší také podle specializace či terapeutické školy, kterou následují. Velký důraz je kladen také na znalost poradenských a dotazovacích technik. Základem je též obecná i podrobnější znalost medicíny a neurologie. K tomu navíc musí mít psychoterapeut schopnost chovat se k druhým lidem profesionálně a musí být schopen používat různé nástroje (testy, dotazníky, rozhovory a další diagnostická a terapeutická cvičení). (Průvodce světem povoláním, © 2013)

## 4 VÝZKUM

Pro svůj výzkum jsem si vybrala pracovníky (terapeuty) terapeutické komunity. Charakteristika zařízení je popsána v kapitole 3.

Samotný výzkum byl realizován, ne jen jako součást bakalářské práce, ale také pro jeho další použití pro práci na supervizi v daném zařízení. Tuto supervizi vede supervizorka Mgr. Lubica Lichorobíecová.

### 4.1 Cíle výzkumu a výzkumný problém

Primárním cílem výzkumu je zmapovat syndrom vyhoření u terapeutů pečující o závislé na nealkoholových návykových látkách.

Výzkumným problémem jsme si stanovili otázku: Zda se syndrom vyhoření u terapeutů vůbec vyskytuje?

Dle Gavory (2000, s.78) se jedná o výzkumný problém popisný. „Popisná nebo-li deskriptivní. Výzkumný problém obvykle hledá odpověď na otázku „jaké to je, nebo zda vůbec to je?“ zjišťuje a popisuje situaci, stav nebo výskyt zkoumaného jevu.“

Po konzultaci se supervizorkou Mgr. Lichorobíecovou jsem stanovila výzkumné otázky, tak aby pojaly primárně i oblasti zaměření její práce s terapeuty a pro její práci v rámci prevence syndromu vyhoření v terapeutické komunitě Renarkon.

1. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíže?
2. Pozorujete u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření?
3. Jak o vás zaměstnavatel pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření?
4. Jak byste si poradil/a kdybyste u sebe nebo u svých kolegů zpozoroval/a příznaky syndromu vyhoření?

### 4.2 Druh výzkumu a výzkumné metody

Ve své bakalářské práci jsem si rozhodla pro kvalitativní výzkum podporou jednoduchého dotazníku MBI. Kvalitativním výzkumem docílím podrobnějšího popisu a vzhledu do zkoumané problematiky, umocněným sebereflexím popisem samotných pracovníků. Dotazník MBI jen potvrzuje výsledky dat posbíraných kvalitativním výzkumem.

Jako výzkumné metody jsem tedy zvolila strukturovaný rozhovor a dotazník MBI. Obě tyto metody jsou dále popsány níže.

### **4.3 Výzkumný vzorek**

Respondenty pro svůj výzkum jsem si vybrala metodou záměrného výběru. Respondenty pro svůj výzkum kvalitativní metodou jsem získala z terapeutické komunity Renarkon. Pro tuto konkrétní komunitu jsem se rozhodla na základě svých zkušeností nabytých na opakované praxi v tomto zařízení a to v roce 2010, 2011, 2012. Tato komunita, spíše tedy terapeuti této komunity, projeví ochotu se mnou na mém výzkumu spolupracovat. Dále pak supervizorka Mgr. Lichorobíková podpořila můj záměr o provedení výzkumu v tomto zařízení. Soubor tvořili čtyři terapeuti, z toho tři ženy a jeden muž všichni ve věku 35-48 na pracovních pozicích terapeut v terapeutické komunitě.

Rozhovory i test MBI byly anonymní a všichni terapeuti souhlasili se zpracováním, vyhodnocením údajů a následnou interpretací údajů jimi poskytnutými.

Záměrně jsem do svého výzkumu nezařadila zdravotní personál či personál psychiatrických léčeben, neboť cílem mé práce a také vzhledem k mému oboru pro mě bylo primární zmapování situace v sociální sféře. Zdravotnický personál a psychiatrické léčebny pečující o závislé na nealkoholových návykových látkách mají své vlastní supervize a preventivní programy proti syndromu vyhoření.

### **4.4 Realizace výzkumu**

V rámci své poslední praxe v terapeutické komunitě Renarkon jsem se po konzultaci s vedoucí komunity i na doporučení supervizorky rozhodla pro dané terapeuti, čili mé respondenty. Na začátku měsíce března 2013 jsem oslovila tyto terapeuti a udělala s nimi strukturovaný rozhovor a provedla i dotazníkové šetření pomocí testu MBI.

## 5 MBI DOTAZNÍK

MBI (Maslach Burnout Inventory) dotazník, nebo spíše jeho českou verzi vytvořenou zdravotním institutem se sídlem v Brně, PhDr. Zdeňkou Židkovou, jsem si vybrala jelikož se jedná o ověřenou metodu. Položky obsahující tento dotazník jsem jasné a srozumitelné. Časová náročnost je minimální, takže jeho vyplnění respondenty probíhalo hned po rozhovoru, provedeného v rámci mého výzkumu.

Dotazník je sestaven z 22 položek. Ke každé položce je přiložena hodnotící škála od 0-7. Respondenti doplňují do jednotlivých políček jim blízké hodnoty dle přiloženého klíče.

- Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

Otázky jsou zaměřeny na zjištění míry výskytu syndromu vyhoření. MBI dotazník má tři hodnotící faktory, přičemž EE (emocionální vyčerpání) a DP (depersonalizace, odosobnění) jsou laděny negativně. Čím vyšší je u těchto dvou faktorů bodové ohodnocení tím vyšší je výskyt syndromu vyhoření. Poslední z těchto tří hodnotících faktorů je PA (osobní uspokojení). Zde naopak je vyšší bodové ohodnocení považováno za kladné a čím vyšší je tedy bodové ohodnocení tím menší je míra výskytu syndromu vyhoření. Tento faktor je tedy laděn pozitivně.

EE- Emotional Exhaustion- emocionální vyčerpání

DP- Depersonalization- depersonalizace, odosobnění

PA- Personal Accomplishment- osobní uspokojení

(Židková/psvz, ©2013)

vzorek	pohlaví	věk	EE	DP	PA
1	žena	35- 48	6	5	49
2	žena	35- 48	16	8	44
3	žena	35- 48	35	9	40
4	muž	35- 48	39	19	32

Tabulka 1: Popis vzorku

## 5.1 Řazení položek MBI dotazníku

1	EE	Práce mne citově vysává
2	EE	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	EE	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4	PA	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5	DP	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6	EE	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
7	PA	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
8	EE	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
9	PA	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a naladují.
10	DP	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11	DP	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12	PA	Mám stále hodně energie
13	EE	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14	EE	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15	DP	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
16	EE	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17	PA	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18	PA	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19	PA	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20	EE	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21	PA	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22	DP	Cítím, že klienti/pacienti mi přiřítají některé své problémy

Tabulka 2: Řazení položek MBI dotazníku (Židková/psvz, ©2013)

## 5.2 Vyhodnocení dotazníku MBI

„Syndrom vyhoření je složitým psychologickým konstruktem, proto jsou sub-škály kombinovány tak, aby postihly více oblastí a nezjišťovaly celkové skóre. Protože pocity vyhoření jsou vnímány jako kontinuum, MBI měří na každé škále úroveň vyhoření ve třech stupních: – vysoký, mírný, nízký. Pro emocionální vyhoření a depersonalizaci korespondují vysoké hodnoty s vysokým stupněm vyhoření, naopak u osobního uspokojení korespondují s vyhořením nízké hodnoty.“ (Žídková/psvz, ©2013)

Vyhodnocené spočívalo v součtu všech bodových hodnocení v jednotlivých sub-škálách:

Stupeň emocionálního vyčerpání EE:

- Nízký 0 - 16
- Mírný 17 - 26
- Vysoký 27 a více = vyhoření!

Stupeň depersonalizace DP:

- Nízký 0 - 6
- Mírný 7 - 12
- Vysoký 13 a více = vyhoření!

Stupeň osobního uspokojení PA:

- Vysoký 39 a více
- Mírný 38 - 32
- Nízký 31 - 0 = vyhoření! (Žídková/psvz, ©2013)

EE	absolutní četnost	relativní četnost
nízký	2	50
mírný	0	0
vysoký	2	50
celkem	Σ 4	Σ 100

Tabulka 3: Vyhodnocení položky EE

DP	absolutní četnost	relativní četnost
nízký	1	25
mírný	2	50
vysoký	1	25
celkem	$\Sigma$ 4	$\Sigma$ 100

Tabulka 4: Vyhodnocení položky DP

PA	absolutní četnost	relativní četnost
nízký	0	0
mírný	1	25
vysoký	3	75
celkem	$\Sigma$ 4	$\Sigma$ 100

Tabulka 5: Vyhodnocení položky PA

### 5.2.1 Shrnutí vyhodnocení dotazníku MBI

Hlavním cíle tohoto testu MBI bylo zcela objektivní zmapování situace, zda se syndrom vyhoření u terapeutů v TK Renarkon objevuje nebo ne. Dotazník MBI nám poskytuje tři roviny, na kterých se syndrom vyhoření dá jednoduše zmapovat. První dvě EE a DP jsou laděny negativně a vysoké bodové ohodnocení u těchto dvou rovin značí nástup syndromu vyhoření nebo již jeho vypuknutí. U té třetí je naopak oproti dvou předchozím vysoké bodové hodnocení vítáno, jelikož čím vyšší je bodové ohodnocení tím vyšší je osobní uspokojení z práce terapeuta a tím pádem je nižší riziko vyhoření.

Jako alarmující vidím zjištění, že u poloviny respondentů bylo emocionální vyčerpání (EE) ohodnoceno jako vysoké. Emocionální vyčerpání doprovázeno také depersonalizací (DP) kde jeden z respondentů ohodnotil vysokým počtem bodů a dva další spadají do nižší bodové škály, je pro syndrom vyhoření hraniční. Oproti tomu ale můžeme konstatovat, že osobní uspokojení (PA) je u 3 ze 4 respondentů vysoké a tudíž i přes náročnost jejich povolání stále ve své práci nachází smysl a shledávají svou práci a její výsledky jako uspokojivé. Osobní uspokojení vzhledem k dotazníku (PA) můžeme částečně považovat jako prevenci proti syndromu vyhoření. Po vyhodnocení výzkumného vzorku v závislosti na věk nebo pohlaví jsem nenarazila na žádné velké odlišnosti, tudíž jsem vyhodnocení provedla komplexně. Z výše uvedených výsledků je nutné konstatovat, že prevence syndromu vyhoření je v oblasti terapie nepostradatelná, ale díky osobnímu uspokojení a také díky tomu, že

respondenti shledávají svou práci jako užitečnou a aspoň částečně je naplňuje je riziko syndromu vyhoření o něco sníženo.



## 6 ROZHOVOR

Jako svou hlavní metodu zkoumání při kvalitativním výzkumu jsem si zvolila strukturovaný rozhovor.

„Strukturované interview je metoda, která stojí na pomezí mezi dotazníkovými metodami a interview. Strukturovaný rozhovor má pevně dané schéma, které je pro tazatele závazné a neumožňuje mu příliš velké změny či úpravy. Pomocí strukturovaného rozhovoru lze dosáhnout poměrně vysokého stupně jednotnosti na úrovni podmětového materiálu. Výhodou strukturovaného rozhovoru lze spatřovat zejména u výzkumných témat z oblasti sociální psychologie.“ (Miovský, 2006, s.162)

### 6.1 Výzkumný vzorek

Respondenti byli shodní jak u dotazníku MBI tak u strukturovaného rozhovoru. Výzkumný vzorek je popsán výše v kapitole 4.3.

### 6.2 Způsob zpracování dat

Se souhlasem svých respondentů jsem rozhovor převedla transkripcí do textové podoby. Získaná data jsem kódovala pomocí otevřeného kódování. „Při otevřeném kódování se analyzovaný text rozdělí na jednotky, kterým se přidělí určitý kód a hledají se podobnosti nebo rozdíly. Vzniklé kódy poté jsou seskupovány do kategorií na základě podobnosti. Poté vzniklý kategorizovaný seznam kódů se uspořádá do určité linky a sestaví se text takovým způsobem, aby byl převyprávěn obsah jednotlivých kategorií. Tato technika je nazývána technikou vyložení karet.“ (Švaříček; Šedřová, 2007, s150)

V příloze uvádím otázky rozhovoru a také rozhovory v textové podobě.

#### **Kategorizovaný seznam kódů:**

Syndrom vyhoření: vymezení pojmu, projev syndromu vyhoření, příznaky

Zátěž: obtíže, problémy

Prevence: doporučení, prevence poskytovaná zaměstnavatelem

kategorie	kódy	úryvky
<b>Syndrom vyhoření</b>	pojem SV	„ten znám už od školy“, „především v rovině stresu“, příznaky sama dobře poznám“, učila jsem se o něm na VŠ“, „Postihuje hlavně profese, ve kterých jde o kontakt s lidmi, objevuje se, když se člověk o sebe nestará a stará se naopak pouze o štěstí druhých“, „člověk uzavře jen v pracovním světě a není vnímavý k signálům těla, podléhá snadno stresu a nehledá pro sebe pomoc“, „Jde o citové vyhasnutí, citové vyčerpání způsobené dlouhodobým stresem u lidí, kteří pracují s lidmi“, „nechtí pracovat“, „neviděla jsem žádný smysl práce“.
	projev	„Nechuť jít do práce“, „nechtít řešit tam problémy“, „rozčilování se“, „zlost na klienty“, „nesoustředěnost“, „stahování se do samoty“, „silné emocionální výbuchy“, „méně citlivý a vnímavý k jejich psychické bolesti“, „podceňoval jejich utrpení“, „házel je všechny do jednoho pytle“, „emoce vzteku“, „somatické problémy“
	příznaky	„Občas nevidím smysl své práce“, „jsem v práci nepostradatelný“, „hyperaktivní“, „únava“, „nechuť pracovat“, odmítání úkolů“, „odmítání klientů“, „náročná práce“, „nesoustředění se“, „menší trpělivost s klienty“, „větší skepsi“, „projevy cynismu“.
<b>Zátěž</b>	obtíže	„časová náročnost“, „zodpovědnost za tým, klienty i objekt“, „není možnost růstu v platu v průběhu praxe“, „to citově vyčerpávající“, „únavné“, „náročné i smutné“, „náročné zejména časově“, „finanční ohodnocení“
	problémy	„se zajištěním financí a komunikace s vedením organizace Renarkon“, „komunikace s vedením“, „Nerespektují jeho filozofii“, „financích, práce není výdělečná“, „je to charita“, „jsem pořad na služebním telefonu a tudíž 24 hodin v práci“.
<b>Prevence</b>	doporučení	„si najdu čas sám pro sebe“, „odpoutám se od práce“, „Věnuji se více svým koníčkům“, „vzdělání“, „změna zaměstnání“, „pravidelná supervize“, „individuál“, „dělám to co potřebuji“, „soustředit svou pozornost na vše co funguje“, „supervize“, „humor“, „kontakt s kolegy i přátelství mimo práci“, „pomůže sport, příroda“, „do pracovního stereotypu přinést změnu“, „upravit zaběhlý program“, „zavést novou aktivitu“, „zaměřit se na své pocity a naslouchat svému tělu“, „dostatek odpočinku“, „dovolená, minimálně půl roku volno“, „odpočívat pasivně i aktivně“, „netahat si práci domů“.

	prevence poskytovaná zaměstnavatelem	„nabízí a pobízí ke vzdělání“, „poskytuje příspěvek na vzdělání“, „pravidelné supervize“, „zajištěnou stravu na pracovišti“, „možnost spánku na pracovišti mezi šichtami“, „služební auto“, „telefon“, „PC“, „ledničku“, „odbornou literaturu“, „turnusový systém služeb“, „Organizuje intervize a supervize“, „oceňuje nové aktivity“, „podporuje vzdělávání“, „zájem o zaměstnance“, „sebezkušební výcviky“
	motivace k práci	„zájem o tuto problematiku“, „je to práce s klienty s drogovou závislostí“, „komunitní způsob práce“, „Najít kombinaci mezi výdělkem a prací“, „osobního růstu“, „naučím se novým věcem“, „užitečná“, „nápomocná druhým“, „Najít smysl v pomáhající profesi“, „manžel byl 8 let závislý na pervitinu“.

Tabulka 6: Výsledky otevřeného kódování

### 6.3 Interpretace dat

Kódy jsem na základě informací poskytnutých v rozhovorech sjednotila a vložila do jednotlivých kategorií. Všechny kódy i kategorie tvoří jednotlivý celek. Informace se prolínají a není možné je tedy interpretovat zcela odděleně. Odpovědi vygenerované pomocí kódů navazují na jednotlivé výzkumné otázky.

První výzkumná otázka se zabírala obtížemi a zátěží práce terapeuta v TK. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíže?

- **Obtíže** – respondenti shodně pojmenovali obtíže, které jejich práci provází. Časová náročnost jejich zaměstnání, vzhled i místo lokality zařízení je velmi velká. Dojíždění do práce či vracení se zpět domů je velmi náročné. Samotná práce je velmi úzce spojena i s velkou zodpovědností. Tato zodpovědnost se týká jak samotné práce s klientem tak i organizace zařízení, jelikož jej mají na starosti pouze terapeuti a klienti. Není k dispozici žádný speciální tým, který by objekt zaopatřoval nebo se o něj staral.
- **Problémy** – problémy spojené s jejich zaměstnáním jsou zcela jednoznačné. Velký problém respondenti spatřují v komunikaci s vedením organizace. Toto vedení není součástí života v komunitě a jejich takzvané „městské pohledy“ na věc často nekomunikují s filozofií komunity.

*Shrnutí:* Respondenti shodně pojmenovaly obtíže a problémy, které jsou s jejich povoláním spojené. Jako velký problém, který ale bohužel nemá řešení v návaznosti na terapii, je umístění samotného objektu komunity. Časová náročnost spojená s cestou do zaměstnání i se záležitostmi dopravování klientů třeba na lékařské prohlídky je velmi vysoká a například v zimě i technicky náročná. Největší problém jejich práce pak spatřují v komunikaci s vedením organizace. Jejich různý pohled na věc vedení TK se v mnoha směrech také rozchází.

Druhá výzkumná otázka se zabírala samotným syndromem vyhoření a jeho příznaky. Pozorujete u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření?

- Pojem syndrom vyhoření – respondenti zcela nepřekvapivě tento pojem znají. V rámci svého vysokoškolského vzdělání v sociální oblasti se s tímto pojmem setkali už při studiích. Jejich vlastní interpretace tohoto pojmu se mnohdy shoduje s profesionální definicí.
- Projev - Jelikož si respondenti převážně burnoutem už sami prošli, nebo jejich blízcí kolegové, jsou po zkušenostech projevy burnoutu schopni sami rozpoznat. Nejvíce tyto projevy spojovali s agresivitou vůči klientům. Jako na časté projevy taky upozornili na silné emocionální výbuchy.
- Příznaky – Tento kód ohodnotili respondenti spíše ze sebereflexního pohledu. Jsou to většinou příznaky, které přímo v práci nejsou až tak patrné. Jako jeden z hlavních je častá únava a vyčerpání. Oproti tady tomu se však chování terapeutů v práci zcela liší. V práci se lidé chovají spíše opačně. Jejich práce se vyznačuje spíše přílišnou hyperaktivitou, urputnou potřebou svou práci vykonávat dobře. Mají často pocit, že jsou v práci nepostradatelní. Mají nutkavou potřebu vyřešit úplně všechny problémy týkající se jak chodu komunity, tak klientů i kolegů.

*Shrnutí:* Syndrom vyhoření je jasný pojem a terapeuti jsou s tímto pojmem často seznámeni již během svého studia. Jak se tedy tento syndrom projevuje si často vyzkoušeli sami anebo jej velmi intenzivně pozorovali na svých kolezích. Nejčastějším projevem syndromu je pak nepřiměřená agrese terapeutů a vylívání si jejich zlosti na ostatních lidech. Mezi příznaky zařadili chování, které se na první pohled nemusí jevit jako rizikové. A to je velká aktivita v práci, potřeba řešit problémy a velká snaživost. Naopak v soukromí pak dochází

k velké únavě a odcizení se od sebe samých a únik do samoty. Jsou to jevy, které až tak viditelné nejsou.

Poslední kategorie se zabývá prevencí, je vlastně spojení dvou výzkumných otázek. Obě se však prevencí zabývají. Jde o dva pohledy, jeden z nich je sebereflexní. Jde o to, jak oni sami by se postarali o sebe nebo o ostatní v rámci prevence, v podstatě laickou formou. A druhý, jak se o své zaměstnance v praxi stará jejich zaměstnavatel. Jak o vás zaměstnavatel pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření? Jak byste si poradil/a kdybyste u sebe nebo u svých kolegů zpozoroval/a příznaky syndromu vyhoření?

- Doporučení – V této kategorii se respondenti zabývali především vlastní zkušeností s vyhořením. Jejich doporučení byla zpočátku jednodušší, až se nakonec vystupňovala k rozhodnutí, jako je třeba změna zaměstnání. Mezi jednodušší patřili zejména koníčky. Více času sami na sebe. Odpoutání se od práce. Nenosit si práci domů. Jako velmi potřebné pak také uznali odpoutání se na delší dobu, jako je třeba delší dovolená.
- Prevence poskytovaná zaměstnavatelem – Respondenti shodně vypověděli, že nabídka využití dalšího vzdělávání je ze strany organizace velmi pestrá. Na toto další vzdělávání dokonce zaměstnavatel poskytuje i finanční pomoc a náhradu ušlé mzdy. Jako klasická forma prevence je zde také zmíněna supervize. Tato supervize probíhá primárně skupinově pro celý terapeutický tým. Terapeuti však mohou využít nabídky i individuální supervize, nebo spíše vlastní terapie. Jako důležitý faktor také shledali vybavení a samotné prostředí jejich práce. Ohodnotili je kladně.
- Motivace – Cílem této kategorie bylo najít shodné znaky jejich motivace pro tuto práci. Primárně se zde jedná o to, že práce s klienty s drogovou minulostí je velmi zajímavá. Jejich příběhy jsou velmi vzrušující. Další faktor je, že všichni respondenti mají sami za sebou určitou drogovou minulost nebo jejich blízcí příbuzní. Jako primární je však pro jejich práci komunikace s lidmi. Být v kolektivu lidí, moci s nimi pracovat. Jako možnost svého využití pak také vidí ve vedení skupiny.

*Shrnutí:* Sloučení kódů doporučení, prevence poskytovaná zaměstnavatelem a motivace mi odpověděli na výzkumné otázky zabírající se prevencí. Jako ze strany zaměstnavatele, kde jsme se dozvěděli o poskytování a nabídce dalšího vzdělávání i v rámci preventivního programu a rozvoje terapeutů, tak o pravidelné supervizi, která je nabízena zaměstnancům i

na individuální úrovni. Jejich řekněme laické doporučení na prevenci je jasné. Jedná se o věnování se sobě samému. Hlavně formou koníčků a vlastních zájmů. Důležitá je stabilita soukromého života. Jako účinná prevence pak také slouží jejich motivace pro tuto práci. Ta většinou pramení ze zájmu o drogovou problematiku a taky ze zájmu o práci s lidmi.

## ZÁVĚR

Na základě výzkumu a odpovědění na dílčí výzkumné otázky jsme našli odpověď na náš hlavní výzkumný problém což je: Zda se syndrom vyhoření u terapeutů vůbec vyskytuje?

Z výsledků výzkumu je jasné, že tento syndrom se v terapeutické práci vyskytuje. Terapeuti mají se syndromem vyhoření bohaté zkušenosti. Převážná část dotazovaných si burnoutem sama prošla. Jejich zkušenosti jsou bohaté. Z výsledků šetření tudíž vyplývá, že každého z respondentů za dobu jejich práce pro terapeutickou komunitu syndrom vyhoření postihl. Jako důvod respondenti uvádí, že velký podíl na tomto vyhoření mají sami klienti. Jejich selhání po ukončení léčby a jejich opětovné návraty do zařízení působí úplně depresivně. Terapeuti pak mají pocit, že je jejich práce zbytečná a nemá ucházející výsledky. Lokace komunity může v závislosti na délce praxe také způsobovat problémy. Časová náročnost na dopravu do práce i z ní začne časem nabourávat jejich osobní život. Naopak jako klady umístění komunity pak vidí samotné prostředí, které je velmi klidné a příjemné. Zaměstnavatel poskytuje i objektu služby, které jejich práci ulehčují. Nabízí k dispozici počítač, soukromé zázemí pro terapeuty, i služební automobil. Chování, které sami respondenti označili za chování, které vykazuje symptomy syndromu vyhoření, se nejčastěji vykazuje přílišnou agresivitou. Tuto agresivitu terapeuti nečastě ventilují na klientech. Výsledky mého výzkumu vypovídají o to, že jsem odpověděla na všechny své otázky týkající se výzkumu.

V teoretické části jsem nastínila problematiku spojenou se syndromem vyhoření a objasnila jsem i některé pojmy, které s touto problematikou bývají spojeny. V praktické části se mi pak povedlo, i díky dotazníku MBI, zmapovat syndrom vyhoření u terapeutů, kteří pečují o závislé na nealkoholových návykových látkách. Tyto výsledky pak byly upřesněny a objasněny pomocí strukturovaného rozhovoru. Předpoklad, že se syndrom vyhoření u terapeutů vykytuje a i jeho příčiny či důvody se tedy potvrdili.

Výsledky své bakalářské práce jsem předala pro další práci a využití supervizorce Mgr. Lubici Lichorobíecové. Ta tyto výsledky použije pro svou další práci v roli supervizorky pro tuto komunitu.

Dle mého názoru jsem požadavky na bakalářskou práci splnila, a splnila jsem i cíle, které jsem si touto prací sama stanovila.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] GAVORA, Peter. Úvod do pedagogického výzkumu. 2000. Brno: Paido, 207 s. ISBN 80-8593-179-6.
- [2] JEKLOVÁ, Marta a Eva REITMAYEROVÁ. Syndrom vyhoření. 2006. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 32 s. ISBN 80-86991-74-1.
- [3] KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie. 2006. Praha: Portál, 383 s. ISBN 8073671220.
- [4] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Hořet, ale nevyhořet. V KNA 1.Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2012, 175 s. ISBN 978-80-7195-573-3.
- [5] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak neztratit nadšení. 1998. Praha: Grada, 131 s. ISBN 80-7169-551-3.
- [6] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Konflikty mezi lidmi. 2008. Praha: Portál, 189 s. ISBN 978-80-7367-407-6.
- [7] KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Optimismus, pesimismus a prevence deprese. 2012. Praha: Grada, 138 s. ISBN 978-80-247-4007-2.
- [8] MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 2003. Praha: Portál, 380 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [9] MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. 2005 Praha: Portál, 351 s. ISBN 80-7367-002-x.
- [10] MIOVSKÝ, Michal. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. 2006. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
- [11] SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka: [podněty pro duševní hygienu v pomáhajících profesích]. 2008. Praha: Portál, 234 s. ISBN 978-80-7367-369-7.
- [12] ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2007. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
- [13] PSVZ, © 2013. Žídková. Psvz.cz [online]. [cit 2013-4-2]. Dostupné z: <http://www.psvz.cz/zidkova/doc/mbi.rtf>



[14] RENARKON, © 2013. Renarkon. Renarkon.cz [online]. [cit 2013-4-2]. Dostupné z:  
[http:// http://www.renarkon.cz/cs](http://http://www.renarkon.cz/cs)

## SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

- SV     Syndrom vyhoření
- TK     Terapeutická komunita
- MBI    Maslach Burnout Inventory

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Popis vzorku .....	36
Tabulka 2: Řazení položek MBI dotazníku .....	37
Tabulka 3: Vyhodnocení položky EE .....	38
Tabulka 4: Vyhodnocení položky DP .....	39
Tabulka 5: Vyhodnocení položky PA .....	39
Tabulka 6: Výsledky otevřeného kódování.....	43
Tabulka 7: Bodové ohodnocení dotazníku MBI.....	62

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: dotazník MBI

Příloha P II: otázky strukturovaného rozhovoru

Příloha P III: rozhovory v textové podobě

Příloha P IV: Tabulka - Bodové ohodnocení dotazníku MBI

## PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK MBI

V tomto dotazníku doplňte do vyznačených políček u každého tvrzení čísla, označující podle níže uvedeného klíče sílu pocitů, které obvykle prožíváte.

Síla pocitů: Vůbec 0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 Velmi silně

1	Práce mne citově vysává
2	Na konci pracovního dne se cítím být na dně sil
3	Když ráno vstávám a pomyslím na pracovní problémy, cítím se unaven/a.
4	Velmi dobře rozumím pocitům svých klientů/pacientů
5	Mám pocit, že někdy s klienty/pacienty jednám jako s neosobními věcmi.
6	Celodenní práce s lidmi je pro mne skutečně namáhavá.
7	Jsem schopen velmi účinně vyřešit problémy svých klientů/pacientů
8	Cítím “vyhoření”, vyčerpání ze své práce
9	Mám pocit, že lidi při své práci pozitivně ovlivňují a nalaďují.
10	Od té doby, co vykonávám svou profesi, stal jsem se méně citlivým k lidem
11	Mám strach, že výkon mé práce mne činí citově tvrdým
12	Mám stále hodně energie
13	Moje práce mi přináší pocity marnosti, neuspokojení
14	Mám pocit, že plním své úkoly tak usilovně, že mne to vyčerpává
15	Už mne dnes moc nezajímá, co se děje s mými klienty/pacienty
16	Práce s lidmi mi přináší silný stres
17	Dovedu u svých klientů/pacientů vyvolat uvolněnou atmosféru
18	Cítím se svěží a povzbuzený, když pracuji se svými klienty/pacienty
19	Za roky své práce jsem udělal/a hodně dobrého
20	Mám pocit, že jsem na konci svých sil
21	Citové problémy v práci řeším velmi klidně – vyrovnaně.
22	Cítím, že klienti/pacienti mi přičítají některé své problémy

## PŘÍLOHA P II: OTÁZKY STRUKTUROVANÉHO ROZHOVORU

Pohlaví:

Věk:

Dosažené vzdělání a obor vzdělání:

Terapeut v pozici: pracovník v sociálních službách

1. Jak dlouho pracujete v pomáhajících profesích?
2. Jaká byla vaše motivace pro tuto práci?
3. Došlo ke změně vaší motivace při výkonu profese?
4. Co se vám na vašem povolání líbí?
5. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíže?
6. Co víte o syndromu vyhoření?
7. Pozorujete u sebe nějaké příznaky?
  - *Řekněte příhodné nebo vyberte některé z níže uvedených:*
  - *Jsem hyperaktivní, v práci nepostradatelný, cítím únavu, nechci pracovat, odmítám některé klienty nebo úkoly, práci vnímám jako náročnou a málo ohodnocenou, nesoustředím se, vyhýbám se kontaktu, dávám přednost samotě, nejsem v blízkém kontaktu se svými spolupracovníky, skrývám, že své povolání nenávidím, a jiné...*
8. Všiml jste si u sebe nebo svých kolegů syndromu vyhoření- bez jmenování příběh prosím popište?
9. Jak byste si poradil/a, kdybyste u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření rozpoznal/a? Znáte nějaké možnosti léčby či prevence?
10. Jak váš zaměstnavatel o vás pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření?

## **PŘÍLOHA P III: ROZHOVORY V TEXTOVÉ PODOBĚ**

Pohlaví: muž

Věk: 36

Dosažené vzdělání a obor vzdělání: Mgr. - sociální práce, psychoterapeutický výcvik

Terapeut v pozici: sociální pracovník

1. Jak dlouho pracujete v pomáhajících profesích?

Bude to tak 7 let

2. Jaká byla vaše motivace pro tuto práci?

Jako motivace nevím, spíše se jednalo o zájem o tuto problematiku. Je to práce s klienty s drogovou závislostí. Líbí se mi komunitní způsob práce s klienty. Práce s drogovou problematikou pro mě byla výzva.

3. Došlo ke změně vaší motivace při výkonu profese?

Ani ne. Nebo spíše možná. Dneska mě ale spíše motivuje zajištění rodiny a možnost vést tým lidí, na úkor toho, že už mě neláká, až tak, práce se závislým klientem.

4. Co se vám na vašem povolání líbí?

Líbí se mi rozvoj mé osobnosti. Rozvoj kompetencí při práci s lidmi. Našel jsem se ve vedení lidí a vlastně celého střediska, jako komunity.

5. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíže?

Pro všechny je největší zátěž časová náročnost. Pro mě pak také zodpovědnost za tým, klienty i objekt jako takový. Obtížný je také stres spojený se zajištěním financí a komunikace s vedením organizace Renarkon.

6. Co víte o syndromu vyhoření?

Ten znám už od školy. Je to třeba nechtít jít do práce. Řešit tam problémy a rozčilovat se nad každou věcí v práci.

7. Pozorujete u sebe nějaké příznaky?

Hlavně nevidím třeba občas smysl v pomáhání drogově závislým. A jinak ze symptomů to je třeba: pocit že jsem v práci nepostradatelný, hyperaktivita, naopak pak cítím únavu, ne-

chuť pracovat, odmítám některé klienty či úkoly, nesoustředím se, práci vnímám jako náročnou po všech stránkách.

8. Všiml jste si u sebe nebo svých kolegů syndromu vyhoření- bez jmenování příběh prosím popište?

Ano všiml, projevy především v rovině působení stresu. To je třeba ta nesoustředěnost, vyhýbání se řešení problémů. Nebo tak zlost na klienty.

9. Jak byste si poradil/a, kdybyste u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření rozpoznal/a? Znáte nějaké možnosti léčby či prevence?

Asi bych začal tím, že si najdu čas sám pro sebe v osobním životě, odpoutám se od práce. Věnuji se více svým koníčkům využívat taky možnosti vzdělání což je výborná prevence. Pak taky supervize nebo změna zaměstnání.

10. Jak váš zaměstnavatel o vás pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření?

Pečuje?!? No spíše nabízí a pobízí ke vzdělání, poskytuje příspěvek na vzdělání. Taky zajišťuje pravidelné supervize.

---

Pohlaví: žena

Věk: 47

Dosažené vzdělání a obor vzdělání: VŠ

Terapeut v pozici: pracovník v sociálních službách

1. Jak dlouho pracujete v pomáhajících profesích?

Asi 25 let

2. Jaká byla vaše motivace pro tuto práci?

Najít kombinaci mezi výdělkem a prací v souladu s mým vzděláním. Motivovala mě vidina osobního růstu v této práci a taky jsem doufala, že se naučím novým věcem.

3. Došlo ke změně vaší motivace při výkonu profese?

Ano. Největší změna nastala v době, kdy jsem měla osobní problémy. Doba té akutní krize trvala asi tak 5 měsíců, jestli ne o kousek dýl.



4. Co se vám na vašem povolání líbí?

Líbí se mi všechno. Vyhovuje mi to. Pracovní doba, výdělek, pracovní kolektiv, to pracoviště samotné. Taky hlavně to co děláme, ta náplň mé práce. Ta relativní volnost při práci s klientem a možnost improvizace.

5. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíže?

Obtíž je trochu v tom, že není možnost růstu v platu v průběhu praxe. Další zátěž je komunikace s vedením. Vedení si jde za svými zájmy nebo zásadami a svými rozhodnutími nabourává tak plány a možnosti našeho zařízení. Nerespektují jeho filozofii.

6. Co víte o syndromu vyhoření?

Hodně jeho příznaky poznám. Hodně jsem se o něm učila ve škole i ke státnicím třeba. Sama jsem si tím prošla.

7. Pozorujete u sebe nějaké příznaky?

Příznaků je teď minimum, ale některé přetrvávají. Je to třeba to, že práci vnímám jako náročnou, na úkor toho málo finančně ohodnocenou. Občas si toho na sebe беру moc a snažím se vše zvládnout.

8. Všiml jste si u sebe nebo svých kolegů syndromu vyhoření- bez jmenování příběh prosím popište?

Ano, jistě že všimla. Zejména se to u všech projevuje stejně. Jsou to časté stížnosti na únavu, stahování se do samoty, odcizení od všech. Často je všechno spojené s časovým pressurem, nestíháním úkolů, časté zapominání všeho co se týká práce, nesoustředěnost. Často se cítí napětí, jsou tam i silné emocionální impulzivní výbuchy. U sebe jsme pozorovala poruchy spánku, úzkost a byla jsem nerozhodná

9. Jak byste si poradil/a, kdybyste u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření rozpoznal/a? Znáte nějaké možnosti léčby či prevence?

Jako hlavní doporučení je pravidelná supervize. Sama chodím na individuál. Na projevy syndromu vyhoření mi pomáhá, když se věnuji sama sobě a dělám to, co potřebuji. Taky koníčky. Snažím se soustředit svou pozornost na vše, co funguje a neinvestuji energii tomu, co nemůžu změnit. Také dávám pozor, jak věci hodnotím, jaký dávám událostem význam, jak přemýšlím, snažím se nenechat strhnout negativním nastavením většiny lidí

v této době a v této společnosti. Pořádila jsem si sešit vděčnosti a čas od času si tam píšu poděkování za všechno, co mi život dává, abych nebyla frustrovaná ze všeho, co mi bere – to se snažím pouštět a dívat se co přišlo místo toho.

10. Jak váš zaměstnavatel o vás pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření?

Máme supervize, ale mohly by být častější. Můžeme se vzdělávat, máme zajištěnou stravu na pracovišti, možnost spánku na pracovišti mezi šichtami, v týmu o sebe jevíme zájem na poradách i na službách. Máme k dispozici služební auto, telefon, PC, ledničku, odbornou literaturu, máme turnusový systém služeb a mezi jednotlivými turnusy máme hodně času na relax a odpočinek.

---

Pohlaví: :žena

Věk: 43

Dosažené vzdělání a obor vzdělání: VŠ

Terapeut v pozici: pracovník v sociálních službách; psycholog

a. Jak dlouho pracujete v pomáhajících profesích?

20 let

b. Jaká byla vaše motivace pro tuto práci?

Být užitečná, nápomocná druhým. Najít smysl v pomáhající profesi. Silná motivace byl také kontakt s lidmi.

c. Došlo ke změně vaší motivace při výkonu profese?

Mírně ano, zůstává stále pocit smysluplné práce, motivující je zlepšení a prospěch u klientů, to přináší pocit uspokojení a radosti. Důležitý je nadále kontakt s lidmi.

d. Co se vám na vašem povolání líbí?

Pestrost v práci, změny, možnost poznání dalších lidí, to, když se klienti lepší, uzdravují se. Zajímavý a přínosný ke kontakt s kolegy, podobně nastavenými, podobně smýšlejícími. Možnost dalšího růstu a vzdělání.

e. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíže?

Někdy je to citově vyčerpávající, únavné, náročné i smutné, když se klienti nelepší, vracejí, přicházejí zdevastovaní, nešťastní, těžko je dodávat jim naději, smysl. Obtíže jsou i ve financích, práce není výdělečná. Je to tak trochu charita.

f. Co víte o syndromu vyhoření?

Postihuje hlavně profese, ve kterých jde o kontakt s lidmi, objevuje se, když se člověk o sebe nestará a stará se naopak pouze o štěstí druhých, když se člověk uzavře jen v pracovním světě a není vnímavý k signálům těla, přechází únavu a ztrátu energie, podléhá snadno stresu a nehledá pro sebe pomoc, neboť lidé, kteří pomáhají druhým si paradoxně málo řeknou o pomoc pro sebe.

g. Pozorujete u sebe nějaké příznaky?

Jsem hyperaktivní, cítím únavu, práci vnímám jako náročnou a málo ohodnocenou. Někdy menší trpělivost s klienty v prvoléčbě, cítím větší skepsi k jejich nepřiměřené naději a optimismu, pozoruji projevy cynismu u sebe samé často.

h. Všiml jste si u sebe nebo svých kolegů syndromu vyhoření- bez jmenování příběh prosím popište?

Muž dlouhodobě pracující jako terapeut s lidmi drogově závislými, v chování nárůst agrese, ve formě vulgarismů ke klientům, méně si pamatoval jejich jména, pletl si jejich příběhy, méně citlivý a vnímavý k jejich psychické bolesti, podceňoval jejich utrpení a „házel je všechny do jednoho pytle“, nakonec se snažil pracovním úkolům vyhýbat, v terap. práci méně angažovaný, zůstával na povrchu, ztrácel zájem, nakonec hledal pro sebe změnu, jinou práci.

i. Jak byste si poradil/a, kdybyste u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření rozpoznal/a? Znáte nějaké možnosti léčby či prevence?

Pomůžte: supervize, humor, kontakt s kolegy i přátelství mimo práci, pomůžte sport, příroda, do pracovního stereotypu přinést změnu, upravit zaběhlý program, zavést novou aktivitu, která baví i terapeuta, zaměřit se na své pocity a naslouchat svému tělu, dostatek odpočinku, dovolená.

j. Jak váš zaměstnavatel o vás pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření?

Organizuje intervize a supervize. Docela se zajímá o to, jak se zaměstnancům vede, oceňuje nové aktivity, podporuje vzdělávání.

---

---

Pohlaví: žena

Věk: 39

Dosažené vzdělání a obor vzdělání: vysokoškolské – sociální pedagogika

Terapeut v pozici: sociální pracovník

1. Jak dlouho pracujete v pomáhajících profesích?

11 let, z toho 2 roky na úradě, to byla práce s rodinou a dětmi a 9 let v oblasti drogových služeb.

2. Jaká byla vaše motivace pro tuto práci?

Když jsem se ve 20 letech dostala zcela náhodou na Městský úřad jako sociální pracovnice, chtěla jsem si dodělat vzdělání v tomto oboru, protože do té doby jsem byla sociální práci nepolíbená, měla jsem vystudovanou Průmyslovou školu. Po čase jsem z MU odešla, ale práce v sociální oblasti mě začala bavit, měla jsem pocit, že jsem se našla. Dokončila jsem školu a po druhé mateřské jsem přemýšlela, s jakou cílovou skupinou by mě bavilo pracovat, no a protože můj manžel byl 8 let závislý na pervitinu, tak jsem si řekla, že v této oblasti bych se mohla orientovat a tak jsem skočila v Renarkonu.

3. Došlo ke změně vaší motivace při výkonu profese?

Myslím, že ne, práce s lidmi mě baví a mám pocit, že vlastně nic jiného ani neumím.

4. Co se vám na vašem povolání líbí?

V současné práci v TK se mi líbí, že jde na lidech vidět změna, že vidím za svoji práci výsledky a myslím si, že má smysl, mám možnost profesně i osobnostně růst, mám možnost dělat změny i u sebe, pracuji v nádherném prostředí s dobrými lidmi

5. Co představuje ve vaší práci zátěž nebo obtíž?

Některé služby jsou náročně zejména časově, což musím skloubit s osobním životě, na pozici vedoucího je zatěžující, že jsem pořád na služebním telefonu a tudíž 24 hodin v práci.

6. Co víte o syndromu vyhoření?

Jde o citové vyhasnutí, citové vyčerpání způsobené dlouhodobým stresem u lidí, kteří pracují s lidmi. Myslím, že jsem si na tento syndrom „šáhla“ před 3 lety, kdy jsem si vzala ½

roku volno na zotavenou, projevovalo se to nechutí pracovat, poslouchat problémy druhých, náročnost práce, neuměla jsem odpočívat, měla jsem somatické problémy apod. , neviděla jsem žádný smysl práce.

7. Pozorujete u sebe nějaké příznaky?

Jsem hyperaktivní, v práci nepostradatelný, cítím únavu, občas mám nechuť pracovat.

8. Všiml jste si u sebe nebo svých kolegů syndromu vyhoření- bez jmenování příběh prosím popište?

Někteří kolegové pouští do klientů emoce vzteku, naštvání apod. I když reálně patří někomu jinému.

9. Jak byste si poradil/a, kdybyste u sebe nějaké příznaky syndromu vyhoření rozpoznal/a? Znáte nějaké možnosti léčby či prevence?

Asi bych to udělala jako předtím, vzala bych si minimálně půl roku volno a odjela bych k moři a věnovala se jiné práci. Prevence je jasná, odpočívat pasivně i aktivně, netahat si práci domů, stýkat se i s jinými lidmi než s práce. Důležitá je supervize i třeba nějaký individuál.

10. Jak váš zaměstnavatel o vás pečuje v rámci prevence syndromu vyhoření?

Tak snad jen to, že máme supervize a sebezkušenostní výcviky.

---

#### **PŘÍLOHA P IV: BODOVÉ OHODNOCENÍ DOTAZNÍKU MBI**

<b>vzorek</b>	<b>pohlaví</b>	<b>věk</b>	<b>pracoviště</b>	<b>EE</b>	<b>DP</b>	<b>PA</b>
<b>1</b>	žena	35- 49	TK	6	5	49
<b>2</b>	žena	35- 49	TK	16	8	44
<b>3</b>	žena	35- 49	TK	35	9	40
<b>4</b>	muž	35- 49	TK	39	19	32

Tabulka 7: Bodové ohodnocení dotazníku MBI

