

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální pracovník

VYUŽITÍ VLASTNÍ ZKUŠENOSTI  
SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ A PRACOVNIC  
V CENTRU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ

Bakalářská práce

Autor práce: Natálie Michalcová

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Jihlava 2024

# **Vysoká škola polytechnická Jihlava**

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

|                          |                                                                                                                                                |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Autor práce:             | <b>Natálie Michalcová</b>                                                                                                                      |
| Studijní program:        | Zdravotně sociální péče                                                                                                                        |
| Obor:                    | Zdravotně sociální pracovník                                                                                                                   |
| Garant studijního oboru: | doc. PhDr. David Urban, Ph.D.                                                                                                                  |
| Název práce:             | <b>Využití vlastní zkušenosti sociálních pracovníků a pracovníků v centru duševního zdraví</b>                                                 |
| Vedoucí práce:           | PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.                                                                                                                  |
| Cíl práce:               | Cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovníci center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi. |

## Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá využitím vlastní zkušenosti sociálních pracovníků a pracovníc, kteří pracují v centrech duševního zdraví (CDZ). Cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část práce se věnuje využitím vlastní zkušenosti, blíže je přiblížena osobní zkušenost, trauma, stres a konflikt. Dále pojednává o sociálním pracovníkovi v CDZ, jeho vzdělávání, motivaci a vztahu s klientem. Následně se píše o CDZ, jeho členech multidisciplinárního týmu a cílové skupině. Ve výzkumné části je využit kvalitativní výzkum pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky výzkumného šetření se sociálními pracovníky a pracovnicemi jsou prezentovány v závěrečné části bakalářské práce.

## Klíčová slova

Centrum duševního zdraví; motivace; sociální pracovník; vlastní zkušenost; vztah

## Abstract

The bachelor's thesis deals with the use of the own experience of social workers who work in mental health centres. The aim of the thesis is to find out how social workers in mental health centres use their own experience in their practice. The bachelor thesis is divided into a theoretical and a research part. The theoretical part of the thesis focuses on the using of personal experience, a closer look at personal experience, trauma, stress and conflict. It also discusses about the social worker in the CDZ, their training, motivation and relationship with the client. And then it writes about the CDZ, its multidisciplinary team members and the target group. The research part uses qualitative research using semi-structured interviews. The results of the research with the social workers are presented in the final part of the bachelor thesis.

## Keywords

Mental health centre; motivation; social worker; own experience; relationship

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 26. dubna 2024

.....

Podpis studenta/ky

## Poděkování

*Touto cestou bych ráda především poděkovala vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Vlastě Řezníkové, Ph.D., za odborné vedení, ochotu k poskytování konzultací, cenné připomínky a nadšení k tématu. Také děkuji členům rodiny a příteli za jejich podporu v průběhu studia. V neposlední řadě bych ráda poděkovala všem sociálním pracovníkům za jejich ochotu se účastnit výzkumu.*

## Obsah

|                                                                                                                                          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Seznam zkratk</b> .....                                                                                                               | <b>7</b>  |
| <b>Úvod</b> .....                                                                                                                        | <b>8</b>  |
| <b>1. Využití vlastní zkušenosti</b> .....                                                                                               | <b>9</b>  |
| 1.1. Osobní zkušenost.....                                                                                                               | 9         |
| 1.2. Trauma.....                                                                                                                         | 11        |
| 1.3. Stres .....                                                                                                                         | 12        |
| 1.4. Konflikt.....                                                                                                                       | 14        |
| <b>2. Sociálních pracovník v CDZ</b> .....                                                                                               | <b>16</b> |
| 2.1. Vzdělávání.....                                                                                                                     | 16        |
| 2.2. Motivace k profesi .....                                                                                                            | 16        |
| 2.3. Lidský vztah jako součást profese.....                                                                                              | 18        |
| <b>3. Centrum duševního zdraví</b> .....                                                                                                 | <b>22</b> |
| 3.1. Multidisciplinární tým.....                                                                                                         | 22        |
| 3.2. Cílová skupina .....                                                                                                                | 24        |
| <b>4. Výzkumná část</b> .....                                                                                                            | <b>26</b> |
| 4.1. Metodologie výzkumu .....                                                                                                           | 26        |
| 4.2. Analýza a interpretace získaných dat .....                                                                                          | 29        |
| <b>5. Diskuze</b> .....                                                                                                                  | <b>46</b> |
| 5.1. Co motivuje sociální pracovníky a pracovnice k jejich profesi?.....                                                                 | 46        |
| 5.2. Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice vztahy se svými klienty? .....                                                           | 46        |
| 5.3. Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice životní zkušenosti a jak s nimi pracují ve své praxi? .....                              | 47        |
| 5.4. Jak sociální pracovníci a pracovnice přistupují k využíváním osobních zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu? ..... | 48        |
| <b>6. Doporučení pro praxi</b> .....                                                                                                     | <b>50</b> |
| <b>Závěr</b> .....                                                                                                                       | <b>51</b> |
| <b>Seznam použité literatury</b> .....                                                                                                   | <b>53</b> |
| <b>Přílohy</b> .....                                                                                                                     | <b>56</b> |

## Seznam zkratek

|       |                                                 |
|-------|-------------------------------------------------|
| Bc.   | Bakalář                                         |
| CARe  | Komplexní přístup v psychosociální rehabilitaci |
| CDZ   | Centrum duševního zdraví                        |
| ČR    | Česká republika                                 |
| DiS.  | Diplomovaný specialista                         |
| GAF   | Škála globálního fungování                      |
| Mgr.  | Magistr                                         |
| MZČR  | Ministerstvo zdravotnictví České republiky      |
| OCD   | Obsedantně – kompulzivní porucha                |
| Ph.D. | Doktor                                          |
| PTSP  | Posttraumatická stresová porucha                |
| Sb.   | Sbírka                                          |
| ÚZIS  | Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR  |
| VOŠ   | Vyšší odborná škola                             |
| VŠ    | Vysoká škola                                    |
| VŠPJ  | Vysoká škola polytechnická Jihlava              |

## Úvod

Cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi.

Domnívám se, že v průběhu života každý z nás prožívá řadu významných životních situací. Tyto situace mohou mít vliv na náš budoucí život, na naše jednání. Jedním z nich může být výběr profese a profesní život samotný. Sociální pracovník se může s obdobnými situacemi setkat v rámci své profese při práci s klienty. Téma mi přijde jako velmi aktuální v souvislosti s dnešní dobou. Hledáme příčiny svého jednání. Rodiče chtějí být co nejlepší ve výchově svých dětí a nepřinášet jim bolesti, se kterou budou v dospělosti pracovat. V dnešní době existuje mnoho civilizačních nemocí. Stále více lidí má zkušenost s duševním onemocněním. Psychika ovlivňuje naše zdraví. Myslím si, že je to všechno propojené a jedno souvisí s druhým. A tak i naše minulost ovlivňuje náš současný život, naše chování, postoje a názory. Zajímalo by mě, jestli a jak sociální pracovníci využívají své vlastní zkušenosti v praxi.

Mojí motivací k tématu bakalářské práce bylo absolvování v rámci studia na VŠPJ předmět sociálně psychologický výcvik I. a II. Na sociálně psychologickém výcviku jsem slyšela od spolu-studujících jejich životní příběhy. Zjistila jsem, že velká část studentů má za sebou významné životní zkušenosti. Zajímalo by mě, jak to mají sociální pracovníci v praxi. Inspirovala jsem se peer pracovníky, kteří využívají svou žitou zkušenost v rámci své profese.

Moje bakalářská práce může být přínosná pro sociální pracovníky, studenty sociálních oborů a pracovníky pracující s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním. Sociální pracovníci mohou popřemýšlet, změnit náhled či postoj na využívání své osobní zkušenosti v rámci své profese. Sociální pracovníci se mohou zamyslet nad tím, zda mají zpracované své významné životní situace a dokážou je využít ve svůj prospěch. Mohou ji podobně využít i další profese pracující zejména s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním.

# 1. Využití vlastní zkušenosti

V této kapitole se nejdříve budu zabývat osobní zkušeností a následně přiblížím tři druhy životních situací: trauma, stres a konflikt. Existuje velké množství životních situací a tyto tři jsem vybrala, protože téměř každý má s nějakou formou zmíněných situací zkušenost. Téměř každý z nás se podle Levina (2018) setkal s nějakou formou traumatu, ať už přímého nebo zprostředkovaného. Podle Arroll (2024) se s tzv. „malým trauma“ setkal každý ve svém životě.

Stres je podle Greenberg (2019) běžnou součástí života. Setkáváme se s ním každý den. Každodenní nepříjemnosti jako když se například rozbije sklenička, ztratíme klíče, náš partner je naštvaný nebo se pes ušpiní od hlíny, tak to v spouští slabou stresovou reakci. Někteří lidé tyto stresory snášejí bez problémů, ale jiní reagují silněji. Konflikt jsem zvolila ze stejného důvodu. V životě se konflikt podle Komárkové, Výrosta, Slaměníka (2001, In Kopecká, 2015) běžně objevuje, je součástí mezilidských vztahů.

## 1.1. Osobní zkušenost

V průběhu života se podle Kopecké (2015) snažíme přizpůsobovat proměnlivým situacím uvnitř i kolem nás. Jedná se o adaptaci, kdy se přizpůsobujeme novým někdy i těžkým a náročným situacím. Životní situaci buď zvládneme, nebo ne a pak to přináší do našeho života negativní důsledky. Náročná životní situace je taková situace, kdy nám naše adaptační mechanismy nestačí na udržení psychické pohody.

Barceli (2017) tvrdí, že náročná životní situace můžou potkat kohokoli z nás. Někdo má život lehčí a jiní ho má náročnější. Náročným situacím se ale nikdo nevyhne. Máme sklon se jim vyhýbat a když přijdou, tak jsme proti nim. Bojujeme s náročnými situacemi. Boj nám způsobuje jen stres, úzkost a napětí. Jestli se v náročných situacích ocitáme často, cítíme, že náš život nejde dobrým směrem. Když jsme denně ve stresu, cítíme se přetíženi. Zhoršuje se nám fyzické zdraví a jsme v duševní nepohodě. Nepoškozuji nás samotné situace, ale naše reakce na ně.

Levis-Holmes vedl ve Velké Británii kvalitativní výzkum ve formě rozhovorů s klienty, kteří využívají služby duševního zdraví. Klienti cítili k pracovníkovi, který sdílel své žité zkušenosti, zvýšenou empatii, naději, důvěru a cítili se méně osamoceni. Pracovníky vnímali jako vstřícnější a rovnocennější. Klienti se obávali toho, že by se pracovníci mohli snadno identifikovat s klienty (Holmes, 2016, In Watson, Meddings, 2019). V rámci výzkumu na Twitteru mezi 2 673 lidmi bylo zjištěno, že 69 % lidí by cítilo větší útěchu, když by věděli, že jejich odborník na duševní zdraví má svou zkušenost s úzkostí či duševním onemocněním. 21 % to nevadí a 6 % lidí by se cítili nesví (Watson, Meddings, 2019, In Emma @Little\_Em, 2016).

Prožitá zkušenost s problémy v oblasti duševního zdraví je běžná u všech odborníků, nejen u peer pracovníků. (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019). Peer pracovník je pracovník, který má vlastní zkušenost s duševním onemocněním (Reforma péče o duševní zdraví, 2022). Sdílení prožitých zkušeností pracovníků je vhodné v určitých situacích, například když má odborník a klient už navázaný vztah. Klienti potřebují vědět, že je odborník kompetentní, dobře vyškolený a stabilní. Kromě konkrétních zkušeností může být užitečné se s druhým podělit i o dobrou podporu v okolí (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019). Sdílené zkušenosti mohou klientovi přinést naději, normalizují problémy, snižují pocity samoty, vyvrací domněnky

(Watson, Meddings, 2019). Klienti oceňují sdílení, které je krátké, málo časté. Když by odborník podrobně a dlouze vyprávěl o své zkušenosti, může se zdát, že by si odborník a klient vyměnili své role. Pracovník by se svěřoval klientovi a klient by mu pomáhal. Sdílené informace by měly být v návaznosti na situaci klienta. Další sdílení by mohlo mít podobu odpovědí na dotazy klientů. Důležité je si zvolit, komu svou zkušenost prozradíme. Pokud si myslíme, že by to mohlo druhému pomoci, udělejme to. Vždy se ptejte sami sebe, proč si myslíme, že je to užitečné (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019).

V průběhu sdílení je důležité být opatrný a všimnout si reakce dopadu na klienta. Při sdílení prožitých zkušeností je důležité si udržovat profesní a osobní hranice. Při práci s rodinou je podstatné zvážit dopady na jednotlivé členy rodiny. Jednomu může být sdílení prospěšné, jiný může mít větší odstup. Údaje, které jsou sdílené s klienty, nejsou důvěrné, můžou se dostat na veřejnost. Užitečnější je sdílet informace, od kterých máme větší časový odstup. Musíme přemýšlet, jaký dopad má na nás sdílení našich zkušeností. Osobní zkušenosti mohou pracovníci sdílet s klienty, spolupracovníky, při supervizích se supervidovanými, při poskytování školení. Sdílení může zpochybnit domněnku, že odborník v oblasti duševního zdraví nemá osobní zkušenost s duševním onemocněním (Watson, Meddings, 2019). Když mají pracovníci ve zdravotnických organizacích využívat sdílení osobních zkušeností, musí se pacienti cítit v bezpečí a musí mít prostor. Musí existovat odhodlání a chuť zaměstnanců sdílet osobní zkušenosti (Francis, 2013 In Watson, Meddings, 2019).

#### 1.1.1. Příklady dobré praxe

V této podkapitole popíšu příklady ve formě krátkých kazuistik, jak je možné využít osobní zkušenost ve své praxi.

##### *Zdravotní sestra:*

Pacientka měla v minulosti zdravotní sestru, která byla skvělá, když s ní pracovala. Byla hodně empatická. Pacientku zaujalo, jak se zdravotní sestra do ní zvládla vcítit a pochopit její prožívání. Pacientku zajímalo, jak je možné, že by ji tolik rozuměla, a tak se zdravotní sestry zeptala. Zdravotní sestra řekla, že v minulosti měla také problémy s duševním onemocněním, které dokázala překonat. Pacientku inspirovala, dodala jí naději k lepším zítřkům. Když dokázala své duševní onemocnění překonat zdravotní sestra, proč by to nesvedla sama. Zdravotní sestra jí pomohla započít svou cestu zotavení (Watson, Meddings, 2019).

##### *Klinický psycholog:*

Klinický psycholog využívá ve své odborné praxi odborné znalosti. To, jaký je psycholog, je ovlivněno jeho vlastními životními zkušenostmi. V dospívání prožil mnoho náročných životních situací a rozhodl se pro využívání služeb duševního zdraví. Ve své klinice využívá dovedností, kterým se naučil. Zjišťuje, že klienti ocení, když jim terapeut krátce sdělí o svýchžitých zkušenostech. Klienti mu řekli, že se díky jeho sdílení cítí více pochopeni a vnímají větší naději na zotavení (Watson, Meddings, 2019).

## 1.2. Trauma

V nynější době je podle Levina (2018) trauma často skloňované slovo. Někteří lidé jím označují každodenní stres. Lidé využíváním slova trauma, samotnému slovu trauma nedávají takový význam. Sice je každá traumatická zkušenost stresující, ale ne každá způsobí trauma. Trauma je individuální a neexistují dva lidé, kteří by prožili naprosto totožné trauma.

SAMSHA (2022) vymezuje individuální trauma jako situaci, jejímž důsledkem je fyzická či emocionální újma nebo život ohrožující újma. Náročná situace má negativní dopady na duševní, fyzické, emocionální zdraví a sociální pohodu. Traumatická událost může potkat každého bez ohledu na věk, pohlaví, společenský status, rasu nebo sexuální orientaci.

Některé lidi, hlavně děti, může tížit to, co většina lidí považuje za běžné události. Pro dítě může být za určitých okolností velice zatěžující i pád z jízdního kola. S nějakou formou traumatu, přímého či zprostředkovaného se setkal téměř každý. Lidé se Levina (2018), výzkumníka stresu a traumatu, někdy ptají, jak by definoval trauma. I po třiceti letech praxe je pro něj na tuto otázku náročné odpovědět. Levine (2018, s. 2-3) ve své knize píše: *„Jistě vím jen to, že k traumatizaci dochází v okamžiku, kdy nás něco, co vnímáme jako ohrožující, zbaví schopnosti reagovat.“* Autor je pevně přesvědčen, že se lidé mohou z traumatu přirozeně vyléčit a mohou trauma překonat. K jeho vyléčení není zapotřebí léčit jen medikací.

Traumatické události v nás podle van der Kolk (2021) zanechávají negativní důsledky a přecházejí z generace na generaci. Ovlivňují nejen naši mysl, emoce, ale i imunitní systém. Trauma ovlivňuje lidi, kteří ho přímo zažili. Ovlivňuje to i blízké osoby. Když je dítě v dětství fyzicky bito, v dospělosti má problémy s udržením blízkého vztahu.

Většina lidí si svůj životní příběh nechce připomínat, ale nevědí, že žijí v nevyřešeném a vytěsněném dětském světě. Když byla například žena v minulosti zneužívaná, může ničit svůj život i životy druhých. Nevědomě se schovávají před sebe samou pravdu o své minulosti. Lidé, které mají zkušenost s týráním, se museli naučit nevnímat bolet. Ženy a muži, kteří nemají negativní událost zpracovanou, můžou být na útěku před agresorem a i minulostí. Může jim pomáhat například alkohol, drogy i podávání výkonů. Potřebuje stimul k tomu, aby se nenudili a nezastihla je osamělost, bolest a strach své dětské identity (Millerová, 2001).

### 1.2.1. Příčiny traumatu

Člověka může podle Levine (2018) traumatizovat vše, co subjektivně vnímá jako ohrožující situaci. Může to vnímat vědomě, ale i nevědomě. Závisí to na věku, životních zkušenostech, ale i na tom, jaký člověk je, jaký má charakter. Malé dítě může být například traumatizováno z hřmění, nebo když na něj rodiče křičí. Příčiny traumatu se dělí na dvě kategorie: zjevné a nezjevné. K zjevným příčinám patří válka, psychické a fyzické týrání, zneužívání a zanedbávání v dětství, zklamání důvěry v dětství, násilí, znásilnění, nemoc a vážné zranění. K méně zjevným příčinám se řadí automobilové nehody, lékařské a zubařské zákroky s použitím omezujících prostředků, pády, přírodní katastrofy, onemocnění.

Hlavně u malých dětí se jedná o nechání jich o samotě, déletrvající znehybnění, extrémní horko či chlad, nečekané hluky a porodní stres. Když se necítíme dobře, naše tělo nám posílá signály. Tyto signály nám dávají najevo, že se něco děje a měli bychom tomu věnovat pozornost. Když signály přehlédneme a nedáváme jim pozornost, mohou přerůst v příznaky traumatu.

Je to individuální, ne každý příznak, je příznakem traumatu. A ne každý, u koho se nějaký příznak objeví, musí nutně prožívat trauma (Levine, 2018).

### 1.2.2. „Malá traumata“

Arroll (2024) tvrdí, že nás každá prožitá situace formuje. Rozděluje traumata na trauma „s velkým T“ a trauma „s malým t“ nebo „malá trauma“. Trauma „s velkým T“ způsobují tragické události a náročné životní situace, které způsobují psychické a fyzické komplikace. Příklady traumat „s velkým T“ jsem popisovala výše. Za „malé trauma“ lze považovat méně náročnou životní situaci, která též způsobuje psychické a fyzické potíže, ale nesplňuje kritéria pro trauma „s velkým T“.

Všechny zkušenosti, které v dětství prožijeme, každého formují a ovlivňují to, kým budeme. V *dětství* nás ovlivní například to, jaký druh citové vazby máme se svou matkou. Druh citové vazby z dětství nás ovlivní do dospělého života. Vzorci si přenášíme a podle zkušeností z dětství budujeme vztahy v dospělosti. Nejedná se pouze o partnerské vztahy, ale i kamarádské a celkově o to, jak budeme s lidmi vycházet. Mnoho dětí může zažít „malé trauma“ ve *škole*. Může to být pocit, že dítě nezapadá mezi ostatní spolužáky. Ostatní děti se můžou dítěti smát, dítě může zažívat stres z testů. Na dítě můžou být kladené vysoké studijní nároky (Arroll, 2024).

Za některými „malými traumaty“ se ukrývá přátelství, zejména ženské *přátelství*. Ženy se otevřenému střetu s druhou osobou vyhýbají. Mohou sami sebe potlačovat, aby dosáhly přátelské vztahy a nevznikl konflikt. Může se to stát i mužům, ale ženy k tomu mají větší predispozici, protože v sobě mají zakódovaný pečovatelský instinkt. S dalšími „malými traumaty“ se setkáme v *zaměstnání*. Zaměstnanec vykonává zaměstnání jen kvůli financím a ve skrytu duše by si přál pracovat úplně na jiné pracovní pozici či v jiném oboru. Takový pracovník prožívá den do den „malé trauma“. S dalšími „malými traumaty“ se můžeme setkat ve společnosti, v digitálním světě a takto bychom mohli pokračovat dále. Na „malé trauma“ můžeme narazit kdykoli a kdekoli. Na první pohled významné události nejsou zcela zřejmé jako u trauma „s velkým T“. „Malá traumata“ se mohou sčítat a pak nás to může dovést k chování, které nás ničí (Arroll, 2024).

## 1.3. Stres

Stres můžeme dle Heluse (2018) označit jako zátěž, která sahá do takové výše, kdy hrozí, že jedinec určitou situaci nezvládne. Nezvládnutí situace dopadá na psychiku jedince a na fyziologické procesy, které jedince negativně ovlivňují. Výjimečně stres ohrožuje i samotný život. Zátěž vytváří náročnou situaci. Člověk ji buď může přijmou jako výzvu, kterou se pokusí překonat, nebo ji nezvládne. Arroll (2024) přirovnává stres ke kancelářské sponce. Můžeme ji ohnout relativně hodně a následně se vrátí do původní podoby. Když se sponka ohne za svou hranici snášenlivosti, dojde k přetažení a nemůže se vrátit do původního stavu. Podobně to funguje i s námi, když jsme přepínání a pak jsme celí zohýbaní jako kancelářská sponka. Stres má podle Koláře (2021) ochraňovat před hrozbami. Adaptační mechanismy nám pomáhají být vůči stresorům odolnější. Když se člověk přiměřeně vystavuje stresu, může být silnější, zkušenější a moudřejší. Náročné životní situace pak zvládáme lépe.

Když je člověk zatížen, je plný starostí. Přemýšlí, co by se mu mohlo přihodit. A když se mu daří, nestačí mu to, mohlo by se mu přeci dařit ještě víc. Zátěž může vzrůstat a některé lidi neopustí, protože se jí nedokážou zbavit. V dnešní době zrychleného pokroku lidem vymizel ustálený životní styl a do života přichází časté změny. Člověk si musí stále volit, plánovat, starat se a konat potřebná opatření, která nemusí mít pevně ve svých rukách. Na jedné straně máme svobodu, ale na druhé neustálou zátěž. Život se nám rychle mění a nejsme schopni se neustále změnám přizpůsobovat. Při studiu, profesi a při vztazích na nás jsou kladeny vysoké nároky. Když se nám objeví mnoho zátěží nad naši snesitelnou míru, prožíváme stres (Helus, 2018).

Kopecká (2015, s. 167) tvrdí, že: „*Stresory jsou příčiny, podněty, okolnosti vyvolávající stresovou reakci.*“ Jedná se například o ztrátu zaměstnání, partnera, smyslu života, smrt blízké osoby, náročnou zkoušku, nemoc atd. Podle Maté (2023) představuje stresor určitý nedostatek hlavních životně důležitých prvků, které jsou nezbytné pro naše přežití. Stres je rozdělen do tří fází, které popisuje Helus (2018). V první fázi stresu přichází šok. Jde o *poplachovou reakci* na nějaký stresor. Adrenalin se nám dostává do krevního oběhu. Dochází ke zrychlení srdeční aktivity, zrychluje se nám dech. Trávení a spánek se snižuje. Děti rostou pomaleji. Imunitní systém je oslaben a jsme náchylnější k nemoci. V druhé fázi *rezistence* organismus shromažďuje všechny své síly, aby byl schopen se se stresorem vypořádat. V poslední třetí fázi *vyčerpání* jsou všechny síly vyčerpány. Jedinec podléhá stresu, pokud je stále přítomen, a nemůže se situací bojovat. Ve výzkumu Center pro kontrolu a prevenci nemocí (2021) bylo zjištěno, že 20, 3 % studentů středních škol byli třicet dní před výzkumem ve psychické nepohodě, která zahrnuje stres, úzkost a depresi.

*Typy stresu podle Kopecké (2015):*

- *Eustres*: Jedná se o pozitivní stres, který nám pomáhá k lepším výkonům.
- *Distres*: K distresu dochází, když jsme nadměrně zatíženi, situaci nezvládáme, je nad naše síly. Distres nás negativně ovlivňuje. Může napomoci k vypuknutí nemoci. V krajních případech může vyvolat smrt.
- *Hypostres*: Situace, které nás stresují, na nás působí v malé míře. Situacím se snadno přizpůsobíme.
- *Hyperstres*: Situace, které nás stresují, na nás působí ve velké míře. Zvládnutí situace je nad naše síly a nedokážeme se situaci přizpůsobit. Hyperstres nám může způsobit psychické či fyzické zhroucení, krajně smrt.

Greenberg (2019) dodává, že je důležité, jak stres vnímáme. Jeden pohled je takový, že nám stres bere energii a má negativní dopady na naše zdraví. Pokud ho vnímáme negativně, soustředíme se na vyhnutí se stresu nebo jeho minimalizování. Druhý pohled vidí stres jako příležitost k růstu a učení. Takový stres lidi motivuje, pomáhá jim využít situace nebo přijmout stresory, které nemůžeme ovlivnit, stres nás tak nelimituje. Dle studie (Crum, Salovey a Achor, 2013, In Greenberg 2019) bylo zjištěno, že lidé, kteří vnímají pozitivně stres, jsou více spokojeni v životě a mají nižší výskyt duševních onemocnění.

Plamínek (2020) doplňuje, že se stresu v životě nemůžeme stále vyhýbat. Důležité je, abychom mu dali rozumné hranice, aby byl pro nás prospěšný a neublížoval nám. Můžeme se snažit pochopit, co nám stres způsobuje. Pak s tím zkusíme dále pracovat a snižovat stres. Nepříjemný distres snížíme tím, když si ubereme zátěž nebo když budeme více odolní vůči zátěži. Pokud máme eustresu či distresu hodně, můžou nám škodit oba.

### 1.3.1. Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení

Poruchy reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení spojuje společná příčina, kterou je zatěžující životní situace a déletrvající působení stresu na jedince. Někdo se dokáže se stresem dobře vyrovnat a někoho postihnou zmíněné poruchy. Poruchy dělíme na akutní stresovou reakci, posttraumatickou stresovou poruchu (PTSP) a poruchy přizpůsobení (Probstová, Pěč, 2014).

Akutní stresová reakce je reakce, která trvá několik hodin až dní. Jedinec reaguje na prožitou náročnou stresující situaci, jakou může být například úraz, úmrtí blízkého člověka, sexuální obtěžování (Probstová, Pěč, 2014). Druhou poruchou je PTSP, která vznikne jako opožděná reakce na náročnou traumatizující situaci. Nebezpečí stresu je všudypřítomné, a tak trpí poruchou velké množství lidí. Příčinou PTSP jsou vážné automobilové nehody, domácí násilí, alkoholismus, přepadení, znásilnění, povodně, hurikány, zemětřesení, požáry, válečné události a další asociální a antisociální jevy (Helus, 2018).

Porucha se vyvíjí od události po několika týdnech až do půl roku. Obvykle netrvá déle než 6 měsíců, ale můžou nastat i případy, kdy se porucha dostane do chronické fáze a trvá několik let. Když je klient v chronickém stádiu PTSP, je diagnostikován s poruchou trvané změny osobnosti. Porucha se objevuje ve formě, kdy se jedinci neustále vrací traumatická situace a musí jí znovu prožívat. Jako poslední sem řadíme poruchy přizpůsobení. Jedinec reaguje nepřiměřeně na stresové životní události, změny sociálních rolí či životní změny. Události se mohou týkat stěhování, nemoci, úmrtí, samoty, nástupu do školy, narození dítěte, ztráty zaměstnání a odchodu do důchodu (Probstová, Pěč, 2014).

## 1.4. Konflikt

Slovo konflikt vychází z latinských slov *confligó*, *confliktum*, které v překladu do češtiny znamenají, když se dvě protichůdné síly, motivy, hodnoty nebo názory setkají. Konflikt není negativní, protože se díky němu vyvíjíme a rosteme. Konflikt pouze negativně ovlivňuje emoce, které se v průběhu vytvářejí. V životě se konflikt běžně objevuje, je součástí mezilidských vztahů (Komárková, Výrost, Slaměník, 2001, In Kopecká 2015). Paulík (2017) dodává, že ve společnosti žijí lidé, jejichž jednání, zájmy, názory se často výrazně liší. Z toho důvodu není možné se konfliktům úplně vyhnout. Ke konfliktu dochází z důvodu narušené komunikace nebo v důsledku problému s výměnou informací. Vyšší náchylnost ke konfliktním situacím mají lidé, kteří jsou v rozmrzelé, zlostné náladě nebo prožívají negativní emoce. Nadměrné sebevědomí s tendencí k soupeření, labilní povahy mají též vyšší pravděpodobnost, že u nich dojde ke konfliktu.

*Dělení konfliktu podle Kopecké (2015):*

- *Intrapersonální (intrapsychický):* Jedinec ho prožívá v sobě, sám se sebou. Síly, které na jedince působí, můžou být pozitivní, negativní a pozitivní i negativní. Pozitivní síly jsou dvě lákavé volby a nevíme, co si vybrat. Při negativní síle volíme menší zlo. Při negativní i pozitivní naše rozhodnutí přináší v naplnění cíle i negativní dopad.
- *Sociální:* Ke konfliktu dochází za přítomnosti alespoň dvou osob s odlišnými názory, postoji či hodnotami. Při skupinovém dochází ke konfliktu ve skupině mezi jednotlivci, mezi jednotlivcem a skupinou. Do konfliktu se prolínají i vlivy skupiny.

- *Konflikt rolí:* Ke konfliktu rolí dochází v případě, kdy chce jedinec zastat dvě role, které si mezi sebou odporují, nejdou konat najednou.
- *Konflikt záměny rolí:* Člověk se chová nevhodně při roli, kterou právě zastává. Například se to může projevit u zdravotníka, který při péči o pacienta řeší své nemoci.
- *Konflikt pojetí rolí:* Ke konfliktu pojetí rolí dojde, když dva lidé chápou význam jedné role jinak.
- *Konflikt osobnosti a role:* Ke konfliktu dojde, jakmile jedinec zaujímá určitou roli, má své potřeby a schopnosti a ostatní jeho roli chápou jinak, mají jiné očekávání, než naplňuje role jedince.
- *Konflikt neslučitelnosti rolí:* Jedinec nese dvě úplně nesourodé role v jedné souběžně. Například se může jednat o roli terapeuta a milence, matky a učitelky.

Každý se v průběhu života naučil, jak konfliktní situace zvládat. Jedno řešení může posílit vztah, jiné mu naopak může uškodit. To, jestli v konfliktu uspějeme, je závislé na konkrétní situaci. Styly zvládání konfliktů podle Kopecké (2015) můžeme připodobnit k chování zvířat.

*Styly zvládání interpersonálních konfliktů podle Kopecké (2015):*

- *Žralok* představuje soupeření, není k druhým vstřícný. Myslí jen na sebe a na svoje potřeby. Jedná na úkor jiných. Způsob řešení konfliktních situací je zaměřený na sílu. Jedinec chce prosadit svůj názor za každou cenu. Může zde být touha dosáhnout cíle a vyhrát.
- *Medvídek* se snadno přizpůsobí. Je vstřícný a jeho opakem jsou hlavní vlastnosti žraloka. Medvídek chce primárně uspokojit zájmy druhých a sebe upozaduje.
- *Želva* je vyhýbavá a není vstřícná. Neprosazuje svoje zájmy ani zájmy druhých. Konfliktní situaci se želva vyhne, odloží ji na později nebo uteče, nechce se jí vůbec zabývat.
- *Sova* značí integraci, je vstřícná a jejím opakem je vyhnutí se. Snaží se na obou stranách dojít ke spokojenému řešení a spolupráci. Hledají nějaké řešení přijatelné pro obě strany.
- *Liška* představuje kompromis. Lišky nachází řešení, které uspokojí částečně obě strany. Jde o hledání „zlaté střední cesty“. Liška se nachází uprostřed všech výše zmíněných hlavních vlastností zvířat.

## 2. Sociálních pracovník v CDZ

V této kapitole se dočtete o vzdělání, motivaci k profesi a o lidském vztahu jako součásti profese. Vzdělávání jsem zvolila z důvodu, že každý sociální pracovník podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách musí mít potřebné vzdělání. Navíc léta, která strávíme ve školských zařízeních, jsou podle Arroll (2024) významným obdobím v našeho životě a zejména při našem rozvoji. Některé motivy k výběru profese se týkají minulosti a významných životních zkušeností, které si sociální pracovník prožil. Vlastní zkušenosti podle Watson, Meddings (2019) může sociální pracovník využít ve své profesi. Podkapitolu lidský vztah jako součást profese jsem zvolila z toho důvodu, že všichni členové CDZ týmu podle MZČR (2022) musí s klientem umět navázat vztah. Podle Holmese (2016, In Watson, Meddings, 2019) by měl pracovník sdílet své prožité zkušenosti až poté, co má s klientem navázaný vztah.

### 2.1. Vzdělávání

Předpoklady pro výkon sociálního pracovníka v ČR jsou uvedeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Sociální pracovník musí absolvovat studium na vyšší odborné škole či vysoké škole v studijním programu, který je zaměřen na sociální práci, sociální politiku, sociální péči, charitativní a sociální činnost, sociální a humanitární práci, sociální pedagogiku, sociální patologii, právo a speciální pedagogiku.

Vzdělávání na VOŠ se řídí podle zákona č. 561/2004 Sb. (školský zákon). Studium na VOŠ zaměřené na sociální práci bývá tříleté. Po jejím dokončení získá student neakademický titul DiS. Hodinová dotace je vyšší než při studiu na VŠ. VŠ se řídí zákonem č. 111/1998 Sb., o vysokých školách. Školy bývají univerzitní, neuniverzitní, veřejné, soukromé a státní. Studium na VŠ je třístupňové: bakalářské, magisterské a doktorské. Po úspěšném dokončení studia sociální práce a příbuzných oborů absolventi získávají tituly Bc., Mgr. a Ph.D.

Další vzdělávání je uvedeno v zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zaměstnavatel je povinen sociálnímu pracovníkovi umožnit minimálně 24 hodin vzdělávání každý kalendářní rok. Formy dalšího vzdělávání umožňují VOŠ, VŠ, započítává se sem i absolvování kurzů s akreditovaným programem, odborné stáže, účast školních akcí a na konferencích.

Odborný tým v CDZ se musí vzdělávat, aby pracovníci získali odborné znalosti a dovednosti. Členové multidisciplinárního týmu musí absolvovat různé kurzy, školení a jiné vzdělávání ohledně principů a metod práce. Sociální pracovníci musí na základní úrovni ovládat psychiatrickou terminologii a medikaci. Většina členů týmu by nejlépe měla mít absolvovaný výcvik krizové intervence. Doporučenými kurzy pro CDZ týmy je case management, multidisciplinární spolupráce, CDZ v praxi, Recovery, model CARE a základní výcvik v otevřeném dialogu. Tým by měl mít k dispozici individuální a skupinovou supervizi (MZČR, 2022).

### 2.2. Motivace k profesi

Slovo motivace dle Heluse (2018) vychází z latinského slova *movere*, které znamená pohyb. Jedná se o specifický pohyb. Motivací jsou činy, které nás povzbuzují k chování, jednání, které nás dostanou k dosažení cíle. Motivace je blízce spojena s emocemi. Když dosáhneme cíle, cítíme se radostně. Když naopak neuspějeme, jsme našťvaní, zklamaní a smutní. V motivaci jde

o činnosti, díky kterým docílíme kladných emocí, a naopak nám pomůžou se vyhnout těm negativním. Sociální pracovníci podle Fabiána (2021) mohou mít různou motivaci ke své profesi. V podkapitole si přiblížíme různé druhy motivací k výkonu povolání sociálního pracovníka.

*Altruismus* není nikdy jedinou a samostatnou motivací (Fabián, 2021). Altruismus znamená, že lidé mají schopnost pomáhat druhým nezávisle na vlastním zisku (Batson, Ahmad, Lishner, 2002, In Křivohlavý, 2015). Fabián (2021) dodává, že v rámci altruismu očekáváme, že když my budeme druhým nápomocni, oni pomůžou na oplátku nám. Pomáhající potřebuje někoho, komu bude pomáhat a naopak. Pilařová (2023) doplňuje to, že *potřeba pečovat o druhé* je pro ženy přirozená, a proto se v sociální oblasti pohybuje více než 80 % žen.

Další motivací může být podle Fabiána (2021) podle *uspokojování vlastních potřeb*. V osobním životě trpí nedostatkem lásky či ocenění. V profesním životě si nedostatky kompenzují, což vede ke zneužívání klientů, protože je narušen zdravý vztah mezi pracovníkem a klientem. Klient musí sociálnímu pracovníkovi dávat obdiv, vděčnost atd. Potřeba je sice přirozená, ale neměla by být uspokojována v rámci procesu pomáhání. Při vnitřní potřebě *pocitu vděčnosti* se pomáhající stylizuje do role obětovaného. Klient je pomáhajícím manipulován, že potřebuje stále pomoc a že by si bez něj klient sám neporadil. Křivohlavý (2015) říká, že vděčnost je ve své podstatě radostný prožitek, který je úzce spojen s empatií a altruismem. Projevy vděčnosti nám přináší do života smysluplnost a naplněnost. Pilařová (2023) souhlasí s Fabiánem, že při výběru profese mohou hrát roli *nenaplněné potřeby*. Nenaplněné potřeby mohou být, když žena nemůže mít své vlastní děti, když byla v dětství nebo současném vztahu opečovávaná méně, než by potřebovala.

Pracovníci podle Schmidbauera (2015), kteří trpí *syndromem pomocníka*, nedokážou projevovat svoje city a potřeby. Pracovník místo altruistického pomáhání, pomáhání využívá jako obranu. Například, když sociální pracovnice neumí rozlišovat mezi profesním a osobním vztahem. Dalším příkladem může být sociální pracovnice, která neumí říct ne. Když jí klient zatelefonuje o půlnoci, hned za ním vyrazí. Má pocit, že pracuje nedostatečně, ale zároveň si uvědomuje, že klienti jejích služeb zneužívají. Je vhodné, aby klient projevoval otevřeně svou slabost a nepohodu. Sám pomáhající pracovník se domnívá, že si nemůže dovolit klienta odmítnout. Pracovníci, mají problém se svými hranicemi. Nezvládají oddělovat sebe sama od své práce a jsou oběťmi svého povolání. Základní předpoklad pro výskyt syndromu pomocníka je konflikt mezi současným a dětským já. Dětské já je potlačováno.

Pilařová (2023) zmiňuje, že syndrom pomocníka může vzniknout důsledkem traumatických zážitků z dětství, nedostatečné lásky a pozornosti od rodičů. Pracovník se může snažit napravit podle něj špatný systém, se kterým měl v minulosti nepříjemné zkušenosti. Fabián (2021) to pojmenovává jako *osobní zranění*. Sociální pracovník setká s klienty, kteří pochází z nižšího sociálního prostředí a získává pracovník uspokojení v tom, že ostatní lidé na tom mohou být hůř, než je on sám. Schmidbauer (2015) ještě dodává, že, pracovníci mají strach z toho, když se druhým otevrou, svěří, ze vztahů, ze slabosti. Čím méně bude pracovník podle Kramera (In Baldwinová, 2013) otevřený, tím dochází k většímu přenosu. Otevřeností se učíme dělat chyby. Pomáhající pracovníci dle Schmidbauera (2015) spolu s bezmocí cítí k druhým nedůvěru a mohou mít nezdravě extrémní požadavky na klienty a kolegy, aby dodržovali pravidla. Někteří pracovníci podle Pilařové (2023) v sociálních službách pracují na základě *osobní zkušenosti*.

Mají například zkušenost s péčí o člena domácnosti. O blízkého člena pečovali buď sami, nebo někdo z příbuzných. Může se jednat o pozitivní zkušenost, nebo o zkušenost, kde zažívali pocity bezmoci.

Další motivací může být podle Fabiána (2021) *pocit vlastní důležitosti*. Pocit vlastní důležitosti může poškozovat jak pomáhajícího pracovníka, tak i klienta. V některých situacích je to v důsledku vyhoření sociálního pracovníka. *Rodinná tradice* podle Pilařové (2023) může být další motivací. Pracovník může mít rodinné příslušníky, kteří vykonávají sociální práci a díky nim se rozhodl též pro sociální práci. Důležité je zjistit, jestli je rodinná tradice nositelem rodinných hodnot, nebo povolání dělají, protože jim ho vybrali rodinní příslušníci. Podle Maslowa je jednou z tzv. metapotřeb potřeby *seberealizace*. Podle Frankla potřebujeme smysl v tom, čemu se věnujeme. Sociálního pracovníka naplňuje pocit, že se podílí na něčem, co má přesah (Fabián, 2021). Pilařová (2023) smysl a přesah z předchozí motivace pojmenovává jako *poslání*. Pracovník vidí smysl života v pomáhání druhým. Dodává, že tento motiv je náročně odlišit od syndromu pomáhajícího. Vodítkem mohou být předešlé profese pracovníka. Pokud jeho profese byly spjaty s pomocí druhých a zároveň se stará o své psychické zdraví, dobíjí si energii, kterou dává do práce, relaxuje nebo má další zájmy.

Křivohlavý (2015) tvrdí že, když se necítíme dobře, vnímáme několik negativních emocí. K našim schopnostem patří schopnost vcítovat se do druhých. Když se do druhého vcítíme, snažíme se pochopit jeho situaci. Uvědomujeme si, že nás obdobná životní situace může taky postihnout. To nás směřuje k *soucití*. Když je soucit zdravý a člověka nelitujeme, snažíme se druhém pomoci a jeho utrpení zmírnit. Jedná se o vlastnost, která je v podstatě lidství. Soucit k druhým je krásný motiv pomáhání podle Fabiána (2021), avšak musí být zdravý.

*Společenské důvody* podle Fabiána (2021) jsou motivem při seznamování se s dalšími kolegy a i klienty. Jedná se o doplňování sociálních kontaktů. Motivace může být podle Pilařové (2023) i *zvrácená*. Pracovníci si sebe neváží nebo mají psychopatické a agresivní rysy. Dělá jim dobře, když jsou na tom ostatní hůř, než jsou oni sami. O svých klientech se vyjadřují nadřazeně, nevhodně. *Fabián (2021) dodává, že touha po moci* je častou motivací pomáhání. Jednou z dalších motivací je *zvědavost, které* je v přirozené míře běžná a přirozená. *Povinnost* je dalším druhem motivace. Někteří v sobě nosí povinnost, že musí pomáhat ostatním. Někdy pracovníky povinnost tíží a nepřináší jim spokojenost, ze své práce.

Podle Pilařové (2023) *mzda* nebývá hlavní motivací k výkonu povolání. Peníze potřebujeme, abychom mohli uhradit výdaje spojené s našim životem. Pracovníky, kteří pracují v sociálních službách, může motivovat pravidelná mzda a možnost mít stabilní zaměstnání, protože je pracovníků nedostatek. Může se zároveň stát, že když pracovníky osloví lepší nabídka zaměstnání, ať už je lépe finančně ohodnocená, či se nachází blíže k domovu, můžou pracovníci uvažovat nad změnou pracovního místa.

## 2.3. Lidský vztah jako součást profese

Mezilidské vztahy jsou podle Heluse (2018) pro nás velmi důležitou a hodnotnou součástí života. Díky dobrým vztahům se můžeme cítit šťastněji a spokojeněji. Díky nim cítíme od druhých oporu a podporu při náročných životních situacích. Nevydařené a nešťastné vztahy nám mohou způsobit smutek, naštvaní a pocit osamocenosti. Existují vztahy výkonově funkční, které

se objevují v zaměstnání. V takovém typu vztahu nám jde o vztah vyplývající z naší role, kterou zastáváme. Vztahy výkonově funkční jsou vztahy formální. Vztahy se řídí dle zvyklostí na pracovišti. Nejsou to vztahy osobní blízkosti, které známe z našeho osobního života. Vztahy osobní blízkosti jsou například mezi členy rodiny, přáteli. Pomáhají nám v řešení náročných situací. Máme se komu svěřit, můžeme druhé osobě důvěřovat. Jsou důležité pro zachování duševní pohody. Oba typy vztahů nelze úplně oddělit a vzájemně se v profesním životě částečně prolínají.

Kopřiva (2016) zdůrazňuje, že existuje velké množství profesí, které mají v rámci své pracovní náplně pomáhat lidem. Kromě nezbytného vzdělání hraje hodně důležitou roli lidský vztah mezi klientem a pomáhajícím pracovníkem. Klienti by rádi důvěřovali svým sociálním pracovníkům. Hlavním nástrojem pracovníka je jeho osobnost.

### 2.3.1. Vztah mezi pracovníkem a klientem

Vztah je založen na tom, že se setká člověk s člověkem. Vytvoření vztahu může chvíli trvat a není zaručeno, že se to vůbec podaří. Vztah není nijak vynutitelný. Když by se osobní pouto nepodařilo vytvořit, je na odborníkovi a jeho profesionalitě, aby klienta předal jinému odborníkovi (Hollander, Wilken, 2022). Sociální pracovníci jsou pro klienty a jejich rodinné příslušníky podstatnou oporou. Dobrý pracovník je, když si s klientem vybuduje dobrý vztah, podporuje ho v tom, aby žil svůj život lépe a ulehčí rodině práci. Klient ani rodina nemá na řešení svých problémů potřebnou kvalifikaci ani odstup. Sociální pracovník pomáhá klientovi najít cesty zpět do běžného života. Klienti by neměli však na sociální pracovníky klást vysoké a nereálné nároky. Díky tomu klienti předejdou zklamání a nespokojenosti (Berg, 2019).

V pomáhajících profesích není výjimkou, že neangažovaný pracovník vykonává svou profesi bez osobního zájmu. Některá sociální pracovníce může považovat za náplň svojí práce odpovídat jen na otázky klientů v úřední hodiny. Nezajímá se o to, aby pomohla rodině klienta, která si neví rady se svou situací. Vztah ke klientovi může být horší než neutrální. Pomáhající pracovník může být hrubý, arogantní. Naopak existují angažovaní pracovníci, kteří považují svou práci za smysluplnou. Pomáhající profese může nadchnout. Je to jedna z možností, jak se vyhnout rozdělení života na dvě části, kdy je pracovní část nutným zlem a život začíná až po dokončení pracovní doby (Kopřiva, 2016).

Berg (2019) tvrdí, že mnoho sociálních pracovníků už ví, že jejich klientům s duševním onemocněním pomůže, když zapojí i rodiny. Opravdu vstřícných profesionálních sociálních pracovníků je stále ještě málo. Klienti a jejich rodiny by měli být schopni zapomenout na záporné zkušenosti s některými sociálními pracovníky. Měli by se naučit s nimi spolupracovat a otevřít se novým zkušenostem. Klientům pomůže, když se budou na pomáhající pracovníky dívat více realisticky. Například pracovní náplní psychiatra je zjednodušeně diagnostikovat pacienta a napláňovat nejvhodnější léčbu. Klienti neumí posoudit odborné kompetence profesionálů, tak se musí zaměřit na jiné aspekty. Psychiatr pracuje dobře, když si ke klientovi vytvoří kladný vztah. Klient chodí k psychiatrovi dobrovolně a v pravidelném intervalu. Důležité je, aby zohledňoval individuální potřeby pacienta, bral je vážně a povídal si s pacientem o jeho přáních. Dlouhodobá léčba je možná na základě vzájemné důvěry.

### 2.3.2. Budování vztahu

V rámci práce v modelu CARE je potřeba si vytvořit osobně-profesionální vztah. Pracovník v roli profesionála navazuje s klientem kontakt osobním přístupem. Vhodným způsobem s klientem komunikuje. Pro navázání dobrého vztahu musí sociální pracovník získat klientovu důvěru a klient se musí cítit bezpečně. Může k tomu dopomoci, že budeme navazovat na to, co klient řekl, budeme mu pozorně naslouchat (Hollander, Wilken, 2022). Důležité je se snažit porozumět zkušenostem klienta, nedělat ukvapené závěry, které nejsou podloženy důkazy. (Golightley, Goemans, 2020). Podporujeme klienta podle jeho přání, otázek a potřeb. Praxe může být složitá, protože občas může navenek po odborné stránce vypadat, že neděláme nic. Naopak pro klienta děláme to, co potřebuje a jak nejlépe dovedeme (Hollander, Wilken, 2022).

Cílem vztahu je vytvořit osobní pouto, rovnocenný vztah bez nadřazenosti. Na schůzkách se klientovi jevíme jako člověk. Jestli je to prospěšné, měl by pracovník s klientem sdílet jeho osobní zkušenosti. Neznamená to však, že se klientovi se vším svěřujeme. Pomáhající pracovník klientovi sdělí jen to, co je konstruktivní s konkrétním tématem, co napomáhá jejich lepšímu vztahu. Důležité je znát jako odborník, své hranice. Pokud známe své hranice, klientovi názorně ukazujeme, jak by si je mohl vytvořit i on sám. Pracovník sdílí s klientem svou vlastní zranitelnost a je upřímný, když něco neví. Když sdílíme naše zkušenosti, dáváme klientovi najevo, že je žádoucí, aby on sdílel své zkušenosti s námi. Klient si v rámci sdílení vytvoří představu o druhém, pozná jeho zkušenosti, názory, výzvy, problémy (Hollander, Wilken, 2022).

Pro navazování vztahu z hlediska času je důležité načasování, tempo a časová perspektiva. Když například k pracovníkovi není klient otevřený, nenastal ten správný čas, je lepší počkat a netlačit na klienta. Klient i pracovník by měli pracovat ve stejném tempu. Pokud bude pracovník postupovat příliš rychle, nebo příliš pomalu, klienta ztratí. Své kroky má pracovník řadit do určité časové perspektivy, která musí být v souladu klienta i pracovníka shodná. Když není, ztrácí se dobré napojení (Hollander, Wilken, 2022).

### 2.3.3. Hranice mezi pracovníkem a klientem

Určení hranic mezi pracovníkem a klientem je nezbytné. Každý může vnímat svoje kompetence odlišně, a tak je nutné si nastavit hranice. Každý se musí nejdříve postarat sám o sebe. Na začátku života si člověk hranice neuvědomuje. Nevnímá dokonce ani hranice vlastního těla. Novorozenec nedokáže rozlišit co je jeho tělo a co přichází z vnějšku. Ze začátku vnímá dítě a svou matku jako jednu věc. Když se dítě naučí chodit, může se od matky vzdalovat a zase přibližovat. Řeč mu pomůže vyjádřit nesouhlas a začíná vnímat svou osobu. Důležitý krok k autonomii se odehrává v pubertě a v období dospívání. Dospívající má vůči rodičům neprůchodnou hranici. Odmítá názory rodičů a vymezuje se vůči nim. Otevírá se mu však další možnost otevření svých hranic, a to v lásce k druhé osobě. Dalším vztahem je rodičovství zejména mateřství, kdy je zase matka a dítě jedno. Vývoj jedince se vyvíjí postupem let k větší samostatnosti. Vyvíjí se ke vztahu, kdy člověk může být spokojený i sám se sebou, bez nutnosti mít druhého člověka u sebe (Kopřiva, 2016).

Podstatným problémem mezi pracovníkem a klientem je splývání, kdy si pomáhající přebírá problémy klienta za své vlastní. Důležité je rozlišovat pojem soucit a empatie (vcítění). U soucitu se pomáhající s klientem ztotožní. Ztrácí hranice, prožívá pocity jako klient a nedokáže mu pomoci. Klient by potřeboval, aby ho pracovník pochopil a pomohl mu sám za sebe (Kopřiva,

2016). Pracovník se může podle Káver (2022) snažit vžít do klienta, ale nikdy ho nepochopí úplně, i když by mu to klient do detailu popsal. Každý má totiž svůj vlastní svět. Pro snadnější pochopení klienta je důležité, aby mluvil jasně a srozumitelně. Hlavní a dostačující pro pochopení je, když se pracovník snaží nahlédnout do klientova světa.

Dalším problémem udržení hranic podle Kopřivy (2016) může být manipulace ze strany klienta. Ve zdravotnictví a sociálních službách se pracovníci setkávají s náročnými situacemi klientů. V nízkoprahových zařízeních se setkávají s rozvrácenými rodinami. V domovech pro seniory se samotou a smrtí. Hodně sociálních pracovníků se cítí po práci vyčerpaně. Existuje jen málo pracovníků, kteří by byli po takové zátěži zcela odolní. Kopřiva (2016) se často setkával s názorem, že by si pracovník měl udržet od klientů odstup, aby byl schopen udržet se ve vnitřní rovnováze. S takovým názorem Kopřiva nesouhlasí.

Hlavní pomocí klientovy náročné situace by mělo být vytvoření bezpečného místa, aby si klient mohl uvědomit, v jaké se nachází životní situaci. Tím, že klient má možnost své city naplno vyjádřit, dokáže mít pevnější půdu pod nohama. Bude mít oporu a do budoucna dokáže s podobnou situací lépe pracovat. Když se klient cítí zcela bezmocný, je potřeba ho utěšit a povzbudit. V ostatních případech je potřeba vydržet, neživit klienta našimi emocemi. Tím, že klienta budeme živit našimi emocemi, budeme ho utěšovat, zabráníme dalšímu postupu k vyřešení jeho situace. Po nějaké době, kdy bude klient se svými emocemi, emoce odejdou a klientovi se objeví otázka, co bude dělat dál. Klient dostává nadhled a je schopen se postupně postavit na vlastní nohy. Takové pomáhání pracovníky nevyčerpává, nýbrž přináší kladnou energii (Kopřiva, 2016).

### 3. Centrum duševního zdraví

V této kapitole zmiňuji základní informace o CDZ, popisují jednotlivé členy multidisciplinárního týmu. Píšu o cílové skupině, se kterou se sociální pracovníci, kteří pracují v CDZ, setkají.

CDZ je zdravotně sociální služba, která vznikla v důsledku reformy psychiatrické péče. V projektech reformy jde o snižování počtu následných lůžek v oboru psychiatrie. Klienty/pacienty CDZ začleňuje do běžné komunity lidí (Národní akční plán, 2020). V Reformě péče o duševní zdraví (2019) je uvedeno, že hlavní funkcí je prevence hospitalizací, jejich zkracování a navrácení osob s duševním onemocněním do běžného života. CDZ spolupracuje s dalšími sociálními službami z oblasti bydlení, zaměstnání, vzdělávání a volnočasových aktivit.

Práce multidisciplinárního týmu se zaměřuje na bio-psycho-sociální model. V modelu nejde pouze o uzdravení klienta z hlediska lékařského, když zmizí symptomy nemoci. Hlavní překážka v uzdravení je ztráta smyslu a trauma z následků onemocnění. Recovery, model zotavení, k tomu přistupuje vážně. Cílem je, aby klient znovu zastával role jako dřív, aby prožíval život, který považuje za smysluplný. Hlavními principy, se kterými se v CDZ pracuje, je práce s nadějí, rozvoj silných stránek, zplnomocňování, respekt, individuální přístup a multidisciplinarita (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

#### 3.1. Multidisciplinární tým

Personální složení multidisciplinárního týmu je dáno platným standardem služeb poskytovaných v CDZ (2021). Tým CDZ pracuje formou case managementu a poskytuje služby podle spádové oblasti bydliště klientů. Tým CDZ se skládá z psychiatra, klinického psychologa, setry pro péči v psychiatrii a všeobecné sestry, ze sociálního pracovníka, pracovníka v sociálních službách, peer konzultanta, případně IPS pracovníka a dalších.

Každá pracovní pozice má rozdílnou pracovní náplň a dohromady vytváří celek, který se navzájem doplňuje a pomáhá si. Tým má dvě složky: sociální a zdravotnickou. Aby tým úspěšně fungoval, je potřeba obě složky sladit po stránce filozofie a stylů. Nejpočetnější část jsou sociální pracovníci a všeobecné sestry. Tým poskytuje péči klientovi na jednom místě. Na pravidelných poradách týmu si pracovníci říkají nezbytné informace (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

Všichni členové týmu by měli podle dokumentu Doporučené postupy pro vznik nových CDZ (MZČR, 2022) být otevření, měli by dobře komunikovat a měli by být schopni se učit od ostatních členů týmu. Pracovníci musí porozumět klientu jako lidské bytosti a uznávat jeho individuální potřeby. Musí s klientem umět navázat vztah, udržovat ho a případně ho i skončit. Členové týmu by měli poznat, kdy je potřeba do péče zapojit další odborníky. Členové tým by měli znát systém péče a příslušnou legislativu. Pracovník by měl být schopen zvládat klientovu krizi, umět základy telefonické a terénní krizové intervence. Podle Věstníku MZČR (2021) by na jednoho pracovníka, který zajišťuje case management, mělo spadat maximálně dvacet klientů/pacientů. Nyní přiblížím jednotlivé pracovní pozice členů multidisciplinárního týmu.

*Psychiatr* zavede klienta do služby. Hodnotí a plánuje postup léčby, diagnostikuje, je odpovědný za zdravotní péči. Vymýšlí terapeutický plán a dbá na bio-psycho-sociální stránky klienta. Plánuje

při krizích klienta míru jeho podpory, případně hospitalizaci. Pracuje v přímé práci s klienty a poskytuje konzultace ostatním členům týmu (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

*Klinický psycholog* pracuje jak v ambulantním, tak i přirozeném prostředí klienta. Vede psychoterapie: individuální, skupinové či rodinné, realizuje programy pro prevenci duševního onemocnění a duševní hygienu. Vykonává psychologickou diagnostiku na základě technik a nástrojů, které mu jsou dostupné. Aktivně podporuje klienty při krizích a traumatech. Poskytuje poradenskou činnost ohledně duševního zdraví, prevence krizových situací, zdravého životního stylu. Pomáhá klientovi hledat jeho sociální a životní role. Pomáhá klientovi najít náhled na jeho vlastní duševní onemocnění (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

*Sestra pro péči v psychiatrii a všeobecná sestra* dbá na zdravotní a ošetřující péči vycházející z vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků. Její kompetence spadají do oblasti duševního a tělesného zdraví. Zdravotnickou péči poskytuje jak ambulantně, tak terénně. Posuzuje úroveň soběstačnosti klientů a projevů onemocnění. Poznává známky zlepšení či zhoršení psychického stavu. Když je pacient nebezpečný sobě nebo okolí, volí nezbytná opatření. Provádí s pacientem trénink kognitivních a fyzických schopností. Edukuje klienta/pacienta v medikaci, v užívání léků, jejich vedlejších účinků a poskytuje mu psychoterapeutickou podporu. Vede poradenskou činnosti v rámci duševního zdraví, prevenci duševního onemocnění a při resocializaci. Využívá psychoterapeutické techniky a techniky psychoterapeutických rozhovorů (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

*Sociální pracovník* pracuje s klientem, jeho rodinou, komunitou a sociálním zázemím. Kompetence sociálních pracovníků jsou uvedeny v zákonu č. 108/2006, Sb., o sociálních službách. Pracuje jak ambulantně, tak terénně. Vykonává sociální šetření, sociálně právní poradenství, řeší sociálně právní problémy klienta. Při sociální rehabilitaci podporuje samostatnost klienta v praktických schopnostech, rozvíjí komunikaci klienta v jeho sociálním prostředí. Vytváří s klientem partnerský a empatický vztah (Reforma péče o duševní zdraví, 2019). Sociální pracovník by se měl vzdělávat v oblasti práce s cílovou skupinou. Někteří pracovníci by se měli zaměřovat například na pracovní rehabilitaci, či na práci s klienty s duální diagnózou, kdy má klient zároveň duševní onemocnění závislost (MPSV, 2017).

*Pracovník v sociálních službách* ke svému výkonu profese potřebuje mít absolvovaný kvalifikační kurz v délce minimálně 150 hodin. Pomáhá klientům s běžnými činnostmi, pomáhá klientovi/pacientovi s vytvářením společenských kontaktů. Pracovník pomáhá klientovi při vytváření pracovních návyků, jeho volnočasových aktivitách a jeho osobním rozvojem. Pod odborným dohledem pomáhá s uplatňováním osobních práv (Reforma péče o duševní zdraví, 2019). V CDZ pracují jako pracovníci v sociálních službách i peer pečovatelé. *Peer pečovatel* využívá svou zkušenost s duševním onemocněním, které měl někdo z rodinných příslušníků nebo blízkého okolí. Díky své vlastní zkušenosti pomáhá a podporuje rodinné příslušníky klientů/pacientů. Peer pečovatel vytváří bezpečný prostor pro pečující ke sdílení zkušeností, potřeb, obav a prožitků (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2020).

*Pracovní konzultant – IPS pracovník* musí mít kvalifikaci pro práci v sociálních službách, jedná se buď o sociální pracovníky, nebo o pracovníky v sociálních službách. Pomáhá klientům v oblasti zaměstnávání. Metoda IPS znamená v České republice podporované zaměstnávání metodou IPS. Pracovní náplní IPS pracovníků je pomoci klientovi nalézt práci na volném pracovním trhu, případně na chráněném trhu práce. Pracovníci pomáhají klientům s oslovováním

zaměstnavatelů, domlouvají se s nimi a podporují klienta přímo na jeho místě zaměstnání při zapracování (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

*Peer konzultant* musí mít absolvovaný kurz pracovníka v sociálních službách. Jeho výkon profese je podmíněn jeho vlastní osobní zkušeností s duševním onemocněním (Reforma péče o duševní zdraví, 2022). Peer konzultant má zkušenost být klientem/pacientem psychiatrických služeb, služeb péče o duševní zdraví a s hledáním cesty k zotavení. Jeho zkušenosti jsou jedinečné a není možné je získat odborným vzděláváním. Peer pracovníci mohou své zkušenosti předávat klientům. Zároveň peer pracovník pomáhá v multidisciplinárním týmu v nastavování recovery orientovaného přístupu týmu (Reforma péče o duševní zdraví, 2019).

### 3.2. Cílová skupina

Cílovou skupinou CDZ jsou v Malém průvodci CDZ (2021) uvedeny osoby s vážným duševním onemocněním. Spadají sem poruchy z okruhů F2 (schizofrenní onemocnění), F3 (afektivní porucha), F42 (obsedantně kompulzivní porucha), F6 (specifické poruchy osobnosti). Klientovi má být více než 16 let. Délka onemocnění má trvat alespoň 2 roky. Podle scóre GAF, nástroje pro posouzení stavu klienta, by měla být hodnota nižší než 70. Dále do cílové skupiny spadají osoby s potřebou včasné intervence, kterým hrozí rozvoj duševního onemocnění. Další cílová skupina jsou lidé v krizových situacích, kteří mají akutní psychické potíže a nepotřebují hospitalizovat.

Diagnózu může stanovit pouze lékař, kterým bývá obvykle psychiatr. Když je diagnóza stanovena ve standardní praxi, diagnóza hraje důležitou roli. Léčebný tým se na jejímž základě snaží lépe pacientovi porozumět a řešit jeho stav. Diagnostika duševních onemocnění je kontroverzní a lze ji kritizovat za nedostatek spolehlivosti, platnosti, objektivity a důkazů. Existuje velmi málo důkazů o povaze duševního onemocnění. Tento systém kategorizace je založen na černobílém uvažování nad onemocněním, dělení klientů/pacientů na zdravé, nebo nemocné. Moderní výzkumy naznačují, že bychom měli diagnózy vnímat na odstínech šedé. (Golightley, Goemans, 2020). Bentall (2006, In Golightley, Goemans, 2020) navrhuje, že bych se měli místo na samotnou diagnózu zaměřit na vysvětlování konkrétní stížnosti a symptomy projevu onemocnění u pacienta. Patří mezi ně halucinace, bludné představy, poruchy myšlení a komunikace.

*Schizofrenní porucha* se podle Probstové, Pěče (2014) vyznačuje bludnými přesvědčeními, vkládání myšlenek, ovládání myšlenek cizí silou, sluchovými halucinacemi v podobě slyšení hlasu, které komentují chování dotyčného či diskutují a argumentují. Osoba se schizofrenií má narušené vnímání v rozlišení vnitřního a vnějšího světa. Do okruhu schizofrenních poruch se řadí ještě schizotypní porucha, trvalá porucha s bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy a schizoafektivní porucha. Schizotypní porucha se vyvíjí pozvolna. Alespoň dva roky se rozvíjí příznaky jako například citový chlad, vztahovačnost, sociální stažení, pocity odtažení od sebe a od vnějšího okolí a přechodné psychotické epizody.

U *afektivních poruch* (poruchy nálady) je základní charakteristikou porucha nálady směrem k depresi nebo k úžasné náladě. Změna nálady provází osobu k celkové změně chování. Patří sem manická fáze, depresivní fáze, bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha, perzistentní afektivní poruchy, jiné a neurčité afektivní poruchy (ÚZIS, 2024).

U *obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD)* lidé trpí nutkavými myšlenkami, které se jim dostávají do mysli. Myšlenky jim působí nepohodu, kterou snižují svými rituály. Na rozdíl od lidí s anankastickou poruchou osobnosti tyto symptomy prožívají jako velmi rušivé, chtějí se jich zbavit, jsou pro ně cizí. Někdy kvůli nutkavým popudům k činnosti a myšlenkám nejsou schopni vykonávat běžné denní činnosti. Nutkavé činy se týkají například mytí rukou, nepořádku, úklidu, ujišťování se, že nenastane nebezpečná situace. Lidé žijí ve strachu z nebezpečí, které odvrací svými silami (Probstová, Pěč, 2014).

*Specifické poruchy osobnosti* se vyznačují jako přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, které vede k adaptačním potížím s důsledky v oblasti sociální, profesní či v oblasti subjektivního prožívání. Do poruch osobností patří paranoidní, schizoidní, disociální, emočně nestabilní, histrionská, anankastická, anxiózní (vyhýbavá), závislá a nespecifická porucha osobnosti (Probstová, Pěč, 2014).

Dalšími klienty CDZ jsou klienti s *duální diagnózou*. Duální diagnóza zahrnuje různé poruchy, které se kombinují s duševním onemocněním. V praxi se tento termín využívá pro osoby, které trpí nějakou formou duševního onemocnění a zároveň mají potíže s alkoholem, nebo drogami. (Golightley, Goemans, 2020). Maryon-Davis (2006, In Golightley, Goemans, 2020) tvrdí, že klienti mají téměř vždy více potřeb. Mívají problémy v oblasti sociální a oblasti fyzického zdraví. Často jsou nezaměstnaní nebo se snaží si práci udržet. Mohou být zadlužení, bez domova, nebo bydlet ve špatných podmínkách a mohou být dokonce v násilném vztahu. Klienti s duální diagnózou jsou více stigmatizováni. Důsledkem toho můžou být odmítáni při přijetí do sociálních a zdravotně sociálních služeb. V Praktickém průvodci Metody IPS (Swanson, Becker, 2013) se píše, že přibližně polovina osob s vážným duševním onemocněním, řeší zároveň i svou závislost. V dnešní době jsou osoby s duální diagnózou běžnými klienty CDZ a dalších sociálních a zdravotně sociálních služeb.

## 4. Výzkumná část

Ve výzkumné části bakalářské práce se věnuji kvalitativnímu výzkumu, který jsem realizovala pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Na začátku se zabývám metodologií výzkumu, na níž navazují analýzou výzkumných dat, diskuzí, následně doporučením pro praxi.

### 4.1. Metodologie výzkumu

V této kapitole se dozvíte nejdříve o cíli a výzkumných otázkách, o kvalitativním výzkumu, následně o metodě sběru dat. Dále se věnuji výzkumnému vzorku, výběru respondentů, jeho charakteristice, průběhu výzkumného šetření.

#### 4.1.1. Cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi. Stanovila jsem si hlavní výzkumnou otázku a následně dílčí výzkumné otázky.

##### **Hlavní výzkumná otázka (HVO):**

Jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi?

##### **Dílčí výzkumné otázky (DVO):**

1. Co motivuje sociální pracovníky a pracovnice k jejich profesi?
2. Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice vztahy se svými klienty?
3. Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice životní zkušenosti a jak s nimi pracují ve své praxi?
4. Jak sociální pracovníci a pracovnice přistupují k využíváním osobních zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu?

#### 4.1.2. Kvalitativní výzkum

Někteří výzkumníci chápou kvalitativní výzkum pouze jako doplněk ke kvantitativnímu výzkumu. V sociálních vědách postupně získal statut plnohodnotného a rovnocenného výzkumu (Hendl, 2016). Známý metodolog Creswell (1998, s. 12, In Hendl, 2016) definoval kvalitativní výzkum následovně: *„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů. Informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.“* Podle Hendla (2016) výzkumník nejdříve vybere téma výzkumu, dále vymyslí výzkumné otázky. Kvalitativní výzkum je též někdy označován za pružný typ výzkumu, z toho důvodu a vzhledem k cíli a tématu bakalářské práce jsem zvolila tento typ výzkumu.

#### 4.1.3. Metoda sběru dat

Ke sběru dat jsem zvolila metodu hloubkového polostrukturovaného rozhovoru. Podle Hricové, Ondráška, Urbana (2023) se vyznačuje tím, že má výzkumník předem připravené otázky či okruhy témat, na které se respondent ptají. Okruhy mohou být rozepsány do konkrétních otázek. Díky předem připraveným otázkám má výzkumník jistotu, že se nezapomene na nějakou otázku zeptat. Výhodou polostrukturovaného rozhovoru podle Reichela (2009, In Hricová, Ondrášek, Urban, 2023) je, že výzkumník může přizpůsobovat své otázky podle aktuální situace a rozpoložení respondentů. Stěžejní je, aby měl respondent možnost se vyjádřit ke všem tématům.

Polostrukturovaný rozhovor může být podle Wildemutha, Zhanga (2009, In Hricová, Ondrášek, Urban, 2023) rozdělen do pěti fází. V první fázi se výzkumník představí, sdělí respondentovi cíl výzkumu a požádá ho o informovaný souhlas. V druhé fázi výzkumník pokládá respondentovi neformální otázky týkající se například počasí, průběhu dne atd. Ve třetí a hlavní fázi se výzkumník ptá na předem připravené okruhy a otázky. V předposlední čtvrté fázi je rozhovor směřován zase do neformální roviny. V poslední páté fázi by měl výzkumník respondentovi poděkovat a rozloučit se s ním. Podle výše zmíněných pěti fází jsem rozhovory realizovala.

#### 4.1.4. Výběr respondentů

Při výběru vhodných respondentů do výzkumu jsem zvolila metodu kriteriálního výběru (Patton, 1990 in Mioviský, 2006). Respondenti museli splňovat do mého výzkumu následující kritéria. První kritérium zní, že respondent musí pracovat na pozici sociální pracovník. Druhé kritérium, stanovené pro výzkum, je, že respondent musí pracovat v CDZ na území ČR. Posledním kritériem, které je nezbytné pro realizaci rozhovoru, je, aby respondent s výzkumem souhlasil a byl ochotný se do něj zapojit. Po stanovení kritérií jsem budoucí účastníky výzkumu oslovila prostřednictvím e-mailové pošty. Jejich kontakty, které jsou dostupné široké veřejnosti, jsem vyhledala na webových stránkách CDZ.

#### 4.1.5. Charakteristika výzkumného souboru

Podle Výroční zprávy (2022) činí celkový počet sociálních pracovníků pracujících v CDZ 165. Celkem jsem oslovila třicet dva sociálních pracovníků z celkem třinácti CDZ. Celkem se mi ozvalo a bylo ochotných se mnou realizovat rozhovor celkem sedm sociálních pracovníků z šesti různých CDZ. Výzkumný soubor tvoří dva muži a šest žen.

V následující tabulce jsou přehledně uvedeny informace o respondentech. Seřazení jsou náhodně z důvodu větší anonymity. Zároveň pro zachování anonymity jsou účastníci označeni R1-R7. Jejich věk není zmíněn přesně, tabulka obsahuje pouze věkové rozmezí, ve kterém se respondenti nacházejí. Respondenti se pohybují ve velmi pestrém věkovém složení, kdy nejmladší respondent se nachází mezi 20-29 lety a nejstarší mezi 40-49 lety. Též škála délky praxe s cílovou skupinou je velmi odlišná. Pohybuje se od 2 měsíců, po 23 let praxe. Nadpoloviční většina sociálních pracovníků nepůsobí v CDZ ani 1 rok.

Tab. č. 1: Charakteristika respondentů

| Označení respondenta | Pohlaví | Věková skupina | Délka praxe s cílovou skupinou |
|----------------------|---------|----------------|--------------------------------|
| R1                   | žena    | 20-29 let      | 9 měsíců                       |
| R2                   | muž     | 40-49 let      | 2 měsíce                       |
| R3                   | žena    | 20-29 let      | 6 let                          |
| R4                   | žena    | 40-49 let      | 23 let                         |
| R5                   | muž     | 30-39 let      | 6 měsíců                       |
| R6                   | žena    | 30-39 let      | 5 let                          |
| R7                   | žena    | 40-49 let      | 8 měsíců                       |

Zdroj: vlastní zpracování

#### 4.1.6. Průběh výzkumného šetření

Realizace výzkumu probíhala v průběhu od druhé poloviny března do konce první poloviny dubna. Každý z rozhovorů jsem domlouvala individuálně prostřednictvím e-mailové pošty. V e-mailu jsem uvedla základní informace o sobě, o tématu bakalářské práce, formě setkání, délky schůzky a časových možnostech. Formu setkání jsem volila dle mých dojezdových možností a preferencí respondentů. Osobní setkání proběhlo se dvěma respondenty. S pěti respondenty jsem realizovala setkání on-line formou prostřednictvím aplikace Google meet, či WhatsApp. Termín a čas jsem přizpůsobila podle časových možností respondentů.

Každý z respondentů obdržel před samotnou realizací výzkumu informovaný souhlas (viz příloha č. 2 Informovaný souhlas). Informovaný souhlas obsahuje základní informace o mně, o výzkumu, jeho cílech, průběhu, pravidlech a právech. Účastníci výzkumu byli seznámeni s tím, že výzkum absolvují dobrovolně a je na nich, jaké informace a do jaké hloubky mi budou chtít sdělit. Dále se dozvěděli, že mají právo na jakoukoli otázku odmítnout odpovědět či rozhovor ukončit úplně. Respondenti byli seznámeni s pořizováním audiozáznamu z rozhovoru, o jeho účelu a o anonymizaci výpovědí samotných respondentů a i dalších zmíněných osob. Každý z respondentů s informovaným souhlasem souhlasil a svůj souhlas stvrdil podpisem.

Na začátku rozhovoru jsem respondentům připomněla obsah informovaného souhlasu, ke kterému se mohli ještě vyjádřit. Vždy, když jsem začala s nahráváním audionahrávky, jsem jim oznámila, že se už rozhovor nahrává a ukázala jim na jaké zařízení, v mém případě to byl mobilní telefon. Při realizaci byl přítomen pouze respondent a realizátor rozhovoru. Výslovně jsem respondenty požádala, aby se nacházeli v nikým nerušené místnosti. V rozhovoru jsem respondentům sdělila svou motivaci pro výběr tématu Využití vlastních zkušeností sociálních pracovníků a pracovníc v CDZ.

Nejkratší rozhovor trval 55 minut a nejdelší 120 minut, průměrně rozhovory měřily 70 minut. Délka rozhovoru se odvíjela podle hovornosti a ochotě odpovídat na otázky. Na závěr rozhovoru jsem se respondentů ptala, jak se cítí. Všichni respondenti z rozhovoru odcházeli dle jejich slov v dobré náladě, nebo dokonce ještě v lepší, než se kterou přicházeli. Po realizaci rozhovoru a přepisu, jsem přepis respondentům zaslala, aby se měli možnost vyjádřit k tomu, zda se svým sdělením souhlasí, nebo by si nějakou část rozhovoru nepřáli zveřejňovat.

#### 4.1.7. Etické aspekty výzkumu

Při realizaci výzkumu jsem se řídila zásadami jednání podle Hendla (2016). Před výzkumným šetřením jsem respondentům zaslala informovaný souhlas, se kterým se mohli seznámit a pokud souhlasili, tak svůj aktivní souhlas stvrdili podpisem. V informovaném souhlasu se respondenti dočetli cíl výzkumu. Na začátku rozhovoru jsem jim znovu připomněla obsah informovaného souhlasu a měli možnost se doptat na nějaké otázky. Zdůraznila jsem jim, že mohou na jakoukoli otázku odmítnout odpovědět, případně můžou rozhovor kdykoli ukončit. Začátek nahrávání audionahrávky jsem jim výslovně oznámila a ukázala mobilní telefon, na který se nahrávalo.

Při přepisu rozhovoru jsem přepis anonymizovala, respondenty pojmenovávám jako R1-R7. Pro zvýšení anonymity jsem respondenty oslovovala z celé České republiky, každý sociální pracovník je zaměstnán v jiném CDZ až na jednu výjimku, že v jednom CDZ pracují dva účastníci výzkumu. Názvy CDZ z důvodu větší anonymity neuvádím. Aby měli respondenti ke mně větší důvěru, snažila jsem se jim v průběhu rozhovoru sdělovat nějaké informace i o sobě, zároveň jsem jim řekla svou motivaci k výběru tématu bakalářské práce.

Součástí rozhovoru bylo dotýkání se významných životních událostí, které se v životech respondentů odehrály. Dotýkali jsme se citlivých osobních témat a mohlo dojít k znovutevření traumatických zkušeností. Rizika jsem si byla vědoma. Snažila jsem se pro respondenty vytvořit bezpečné místo, přátelskou atmosféru a přistupovala jsem k nim partnersky. Snažila jsem se jich citlivě ptát a hlavně na ně nevyvíjet tlak. Respondentům jsem dávala příležitost vyjádřit své pocity. Při výzkumu jsem se snažila být klidná, nechvátala jsem a dávala jsem dostatek prostoru pro vyjádření myšlenek respondentů. Na konci rozhovoru jsem se ptala, jak se respondenti cítí, případně jsem byla ochotná s nimi strávit delší čas po realizaci rozhovoru a popovídat si s nimi.

#### 4.2. Analýza a interpretace získaných dat

Po realizaci polostrukturovaných rozhovorů jsem provedla doslovnou transkripci audionahrávek. Transkripce podle Hendla (2016) je proces převodu mluveného projevu do písemné podoby. Přepis jsem doplnila o komentovanou transkripci. Přepsané rozhovory jsem dle Hricové, Ondráška, Urbana (2023) opakovaně pročetla, označovala potřebné pasáže tzv. kódovala a porovnávala data. Kódy jsem nazvala jedním slovem, slovním spojením, či krátkou větou. Jazyk kódování jsem využívala vlastní a z teoretické části bakalářské práce. Uvědomuji si, že mé kódy jsou vytvořeny subjektivně a někdo jiný by zvolil jiné. Pro kódování jsem využívala program MS Word. Vzniklé kódy jsem si vypisovala do jiného dokumentu. Kódování jsem prováděla průběžně a postupně jsem některé kódy slučovala. Poté jsem kódy kategorizovala, vytvořila kódům nadřazenou kategorii. Následně jsem volila vhodné citace. Podkapitola je pro lepší přehlednost rozdělena do čtyřech oblastí podle dílčích výzkumných otázek.

#### 4.2.1. Motivace k profesi

##### Motivace k profesi a cílové skupině

Sociální pracovníci a pracovnice uváděli pestrou škálu motivace k výkonu a výběru své profese. Všichni pracovníci R1-R7 se shodli, že je vede k sociální práci **altruismus**. Všichni respondenti výzkumu se shodují na tom, že je práce s lidmi baví. R7 říká: „*Tak vlastně jsem jako dost silná na to, abych právě mohla být prospěšná pro někoho jinýho jo, jako dát, no nebo věnovat se někomu se svým naturelem se svou silou, se svým potenciálem, tak se věnovat teda někomu, kdo to takhle potřebuje.*”

Všech sedm respondentů R1-R7 motivovala **zvědavost**. Uvedli, že byli zvědaví, jak se pracuje s cílovou skupinou, co je čeká. R1 se původně chtěla orientovat na děti a přiznává, že: „*... jako ze školy jsem od té cílovce, jako něco jsem věděla, ale ne úplně žádný detaily, takže jsem do toho tak šla, jako že poznám něco nového.*” R4 se shoduje s R1, cílová skupina R4 též původně nelákala a to bylo to pro ni něco nového. R5 zase předtím pracovala se seniory a k cílové skupině se dostala náhodou a říká: „*já už jsem chtěla nějakou jinou cílovku zkusit.*” R2 pracoval ve vězenství a říká: „*Psychiatricky nebo psychické diagnózy mě jako lákali, defakto jsem s nima dělal celý život, protože odsouzení jsou vesměs psychicky diagnózy.*” R3 dodává: „*Nějak mě to jako vždycky jako lákalo takový jako tajemno jo, že to je vždycky jako něco, co je jako těžce uchopitelný.*” R5 zajímá psychologie a odpovídá: „*... jo ta snaha porozumět tomu člověku vlastně v komplexnějších nějakých situacích. (...) jsem takovej nějaký celoživotní zkoumal.*” R7 doplňuje: „*Tak jsem to tak chtěla do hloubky poznat ty lidi.*”

R1 a R5 mají **osobní zkušenost** s péčí a pomocí blízkým členům rodiny. R1 uvádí: „*Mamka má vlastně takhle jako to onemocnění, tak je to taky vlastně jako starám se o ní že jo, tak je to nějaký způsob toho, že vlastně jsem se rozhodla i jako pracovat s těma lidma jo, že tam furt mám to opečovávací nějaký nastavení.*” R5 vyrůstal se třemi bratry a každý má nějaký typ postižení. **Rodinná tradice** je jednou z motivací R3, která říká: „*Měla jsem velkou inspiraci v mojí mamce, která dělala pracovníka přímé práce vlastně s mentálně handicapovanými.*”

U R5 a R7 je mimo jiné důvod motivace **uspokojování vlastních potřeb**. R5 říká: „*Snažím se zjistit, jako proč já se chovám, tak jak se chovám, proč myslím, jak myslím, cítím, jak cítím, prožívám, jak prožívám a tak dál. (...) tak vlastně sleduji druhý lidi. (...) moje motivace je vlastně jako striktně sobecká.*” R7 říká, že potřebovala po dvaceti letech práce v kanceláři změnu a jejím snem byla práce v sociální službě: „*Takže jsem pracovala v kanceláři a po čtyřicítce už to bylo opravdu jako ta změna, co jsem chtěla, tak byla markantní.*” Všechny sociální pracovníky z výzkumu kromě R2, který odmítl odpovědět, může skrytě motivovat **osobní zranění**, protože si každý prožil nějakými náročnými situacemi (více v sekci vlastní zkušenosti).

R2 vidí ve svém zaměstnání a při práci s klienty **smysl**. R2 zmínil: „*Dává mi to smysl, protože narážím na to, když jdu s klientem na úřad nebo někam oni se k nim chovají jak debilům, když to řeknu takhle na plnou pusu.*” R3 a R7 chtěli **změnit systém** a poukázat na jeho nedostatky. R3 má negativní zkušenost ze svého dětství s psychologem a vzpomíná, jak byla: „*... našťavaná na celý ten systém, protože si mě přehazovali jako horkej brambor, úplně se mě v tom vytrácela nějaká jako osobnost, nějaká empatie. Řekla jsem si, že tohle chci možná jako změnit, jako i celkově v tom systému, že to chci dělat jako jinak.*” R7 chtěla dát najevo, že jsou osoby s duševním onemocněním opomíjeny a stigmatizovány a dodává: „*... já jsem třeba z té kanceláře, tak ty lidi vůbec neví. (...) opravdu mají pořád ty myšlenky někde před 100 lety z těch filmů.*”

R1 motivuje **pocit vlastní důležitosti** a říká: „Vždycky doma říkej, že jsem taková jako takový záchranář, že prostě musím všechny zachraňovat.“ Žádný ze sociálních pracovníků neuvedl, že by je motivovala **mzda**. R4 sama od sebe říká, že jí mrzí toto: „Sociální práce prostě není dobřej obor, není finančně ohodnocená a není ani ohodnocená společností.“

### Vzdělávání

R1-R7 ovlivnilo vzdělání, protože ho musí mít všichni, aby mohli vykonávat povolání sociálního pracovníka. R1 v souvislosti se studiem a duševním zdravím zmiňuje: „Měli jsme na VŠ jeden volitelný předmět o duševním zdraví, (...) nějaký základ jsem se dozvěděla, ale nic jako do hloubky.“ R2 zmínil, že si doplňoval bakalářské a magisterské vzdělání kombinovaně. R3 k výběru cílové skupiny pomohla kladná zkušenost na praxích s cílovou skupinou. R4 též pomohly praxe na střední škole, které jí vedly k pomáhající profesi, dále chtěla rozvíjet své znalosti a dovednosti, proto R4 zmiňuje: „Kromě toho, že jsem sociální pracovník, mám vyšší odbornou školu sociální, jsem si dodělala bakaláře (název oboru) a pak jsem si dodělala ještě vlastně magisterský studium (název oboru).“ R5 při práci ještě studuje další VŠ konkrétně učitelství a říká: „Samozřejmě ty přesahy tam jsou jako značný.“ R6 původně pracovala jako pečovatelka v domově pro seniory a řekla si: „...že by bylo dobré trošku jako ještě zkusit toho bakaláře, protože tehdy jsem nemohla sehnat jiné zaměstnání v našem městě.“

Každý sociální pracovník má povinnost podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách absolvovat každý rok 24 hodin odborného celoživotního vzdělávání. R1, R3, R4, R6, R7 za sebou mají absolvování psychiatrického minima, kurz pro ně byl přínosný z důvodu nabytí základních informací o diagnózách, se kterými se v CDZ běžně setkají. R7 vzpomíná: „...to přineslo třeba jiný náhled na elektrošoky. Jo nebo poznat víc ty diagnózy jako takové, co se tam všechno může dít, jak se kdo chová.“

R2 nebyl na žádném školení a říká: „Já nevím kdy, jsem v začátcích.“ R5 nemá absolvované vzdělávání psychiatrického minima a zmiňuje: „Vím, že je to potřebný a důležitý, tak si to jako studuju prostě sám ve svém volném čase.“ R2 plánuje následující vzdělávání: „Takže psychiatrické minimum, sociální rehabilitace, case management, uvažuji i nad nějakým vlastním dozděláním.“ R4 vzpomíná na dobu, kdy nebyly standardy kvality sociálních služeb: „My jsme byli ty průkopníci, kteří se podíleli, jsme měli velkou radost, na vlastně vzniku standardu kvality sociálních služeb.“

Dle výpovědí respondentů bylo zjištěno, že R3, R4, R7 mají kurz krizové intervence. Pro R4 byl kurz krizové intervence prospěšný a dodává: „...dost často jsem byla nejistá, jestli jsem dostačující (...) kurz krizový intervence mě opravdu v tom jako ubezpečil, že to, co dělám, je tak jak mám a že to má nějaký hranice.“ Case management absolvovali R3, R4, R7. Kurz metody CARE mají za sebou a zmínili ho R3, R4, R6. R6 dodává: „Je tam spousta nástrojů, které může člověk jakoby využít při práci s tím člověkem. (...) to školení člověku pomohlo zase vidět nějaké věci z jiné stránky, z jiného úhlu pohledu a bylo to takové obohacující.“

R4 má za sebou velké množství vzdělávání a vzpomíná: „Od práce se skupinou práce, individuální práce s klientem, pak byly na každý standardy kvality služeb, na každý ten standard bylo extra vzdělávání, jo, takže opravdu toho bylo velký velký množství. (...) včasný intervence, protože se opravdu teď děje a hlavně po té covidové situaci, přibývá hodně lidí z mladých. (...) otevřený dialogy jsem absolvovala.“ R3 mluví o vzdělání v kontextu celoživotního vývoje: „... já prostě to беру tak, že nikdy nejsem tak dokonalej profík, abych mohla říct prostě jsem v tom jako topka.“

### Klady zaměstnání

R1, R3, R5, R6, R7 se shodují, že je na práci sociálního pracovníka pracujícího v CDZ baví různorodost. R1 říká: „Baví mě to, že každý den je vlastně jinej, jak je každý originál ten klient.“ R5 dodává: „Opravdu je to úžasný zrcadlo, že jsem tam vystavenej jako obrovskému rozptylu situací, podnětů.“ R6 zmiňuje: „Člověk je hodně v terénu, hodně přejíždí, poznává nová místa, poznává nové lidi.“ R2 baví to, že: „... není tam tlak na výkon, ale na kvalitu, na klienta.“ R4 odpovídá: „Tady je vidět, že je možnost a spoustu věcí můžeme. (...) konečně se bavíme, že mezi klientem je vztah, ze začátku tohle hodně bylo tabuizováno. (...) možná mě dobíjí, protože se tak vidím, nebo slyším řadu vlastně životních příběhů, který si říkám ty, jo obdivuju, já ty lidi spíš obdivuju.“

### Zápory zaměstnání

R2, R7 odpovídají, že žádné negativa práce nevnímají. R7 dodává: „No, tak na to jsem ještě nepřišla (smích).“ R1 a R6 demotivují klienti, se kterými je náročné spolupracovat. R1 demotivuje, když klienti nechtějí spolupracovat a nejsou motivovaní pro změnu. R6 dodává: „Někteří uživatelé jsou už chroničtí, takže už jsou po dvacáté hospitalizaci, takže mají za sebou celou řadu hospitalizací a ruší se občas nějaké ty schůzky.“

R4 a R5 se shodují, že je občas vyčerpávající práce v týmu. R4 tvrdí: „Samotná práce s klientem je radost (...) Mě spíš bere ten tým, to je těžký, pracovat v tom týmu, domlouvat se.“ R5 dodává: „Je to poměrně náročný jako organizačně. (...) uhlídat si ten díř a všechny školení a schůze a nevím, co meetingy, prostě s téma ostatníma.“ R3 na otázku, co jí práce bere, odpověděla od ostatních respondentů odlišně: „... občas možná nějaký jako iluze o světě, jo, že si říkám, že se vždycky dá nějak všechno jako vyřešit, že přece lidem jde o nějaký jako všeobecný dobro na světě, ale člověk zjistí, že to tak jako není, tak možná nějaký občas jako zklamání nad tím, jak ta společnost jako furt funguje.“

### Silné stránky

Respondentů jsem se ptala, na to, v čem jsou dobří. R2 uvádí, že mu jde empatie: „Klienti mě berou v devadesáti procentech okamžitě na pohodu jako takový ten první úlek, když mě vidí, tak jako ustupuje s prvním nějakým navázáním kontaktu a ucítí, já si myslím, že to je hodně o empatii, oni prostě ucítí z toho člověka, že tam jde s dobrým úmyslem.“ R3 zmínila: „Jsem aktivní člověk, kterej je energičkej, jde do spousty věcí po hlavě. Snažím se mít jako trošku jinej takovej inovátorský jako přístup.“

R5 říká, že mu v práci pomáhá, když klienty nelituje: „A to, přestože někdy ty příběhy jsou jako velmi dramatický a velmi takový jako chmurný (...) nedívám se na ně jako na nějaký chudinky (...) myslím si, že mi to jako pomáhá v té práci.“ R1 a R7 podle jejich slov jim jde dokumentace. R7 k tomu doplňuje: „Jde mi to plánování těch schůzek a celkově zápisy.“ R6 na sobě oceňuje snahu: „Snaha, kterou já teda mám, se těm lidem nějakým způsobem jako pomoci, aby se začlenili do běžného života.“ R7 ještě dodává: „Někdy jako jsem hodně hrr, ale celkově si myslím, že jako mě to tak celý jde (smích).“

## Slabé stránky

R1 a R6 by se chtěli zlepšit v komunikaci. R1 k tomu doplňuje, že by se chtěla zlepšit ve správném motivování klientů a R6 v pohovorech. R3 by se chtěla zlepšit v manažerských dovednostech. R2, R7 by chtěli zlepšit své znalosti o diagnózách. R2 říká: „Potřebuju dodělat psychiatrický minimum a podobně jako v tomhleto mám trochu slabinu.“ R5 má občas problém s pozorností: „Se mi občas stane, že když ten klient, jak to říct, že to je jako hodně pomalý (...) Takže já se začnu jako až jako nudit a teď mi ta hlava ujíždí někam.“

### 4.2.2. Vztah s klientem

#### Zájem o klienta

Dle výpovědí R1-R7 bylo zjištěno, že každý z pracovníků má o klienta zájem. Nikdo z respondentů nezmínil, že by byl na klienty hrubý a arogantní. R4 říká: „Pouštím do všeho, s čím on (klient) přijde. Že se mu to jako nesnažím rozmlouvat, že to prostě do toho jdeme.“ R5 a R6 chtějí znát zpětnou vazbu od klienta. R5 odpovídá: „Já v podstatě během každý i schůzky (...) se ptám jako toho klienta, jak se cítí, jestli je s tím jako v pohodě s tím, co proběhlo, případně, jestli by tam k tomu měl prostě nějaký výhrady.“ R6 doplňuje: „Myslím si, že to jde i jako cítit ze mě, že ten, že mi na tom člověku jakoby záleží, že chci, aby prostě žil, tak jak chce žít a aby na sobě pracoval.“

#### Profesionálnost

V rámci práce v modelu CARE je potřeba si vytvořit osobně-profesionální vztah (Hollander, Wilken, 2022). R1-R7 jsou sociální pracovníci, kteří dle výpovědí jednají profesionálně. R1 a R6 se shodují na tom, že když by nějakému klientovi nevyhovovali a naopak, je lepší, aby se změnil klíčový pracovník (Hollander, Wilken, 2022). R6 říká: „Kdyby nám v tom nemělo být dobře, jak k tomu klientovi, tak tomu pracovníkovi, tak je lepší ho přehodit. Profesionální jsme i tak, protože se vždycky pro toho člověka snažíme udělat to nejlepší.“ R1 dodává: „... důležitý jo je o tom s tím klientem pak mluvit, (...) aby věděl ten důvod.“

R3 a R7 uvádí, že nad sebou přemýšlí a dávají si sami zpětnou vazbu. R3: „Dobrý si to někdy přiznat, jakože v pohodě prostě nejsem. A takže spíš se jako nastalo to zrcadlo a přemýšlet sám nad sebou.“ R7 si myslí, že je důležitý: „...když mám za sebou a nějaký ty situace, které si uvědomuji, který právě mám zpracovaný. Víím, proč se stali a že to bylo důležité, aby se staly, tak to člověku dává sebevědomí, který pak může použít, když chce někoho k něčemu motivovat.“

R4 se jde přímo k jádru problému: „Klient třeba smrdí, je zanedbanej a všichni to vědí, všem to vadí, ale nikdy to nepojmenuje (...) tak jsem s ním začala pojmenovávat. (...) (Klient) mně to nikdy neřekl a všichni se ode mě odsedali a já jsem nevěděl proč.“ R5 si je vědom svých nedostatků a aktivně s nimi pracuje: „Mám tu tendenci se snažit využít ten čas jakoby pracovní, tak si vysloveně hlídám to, abych tam vždycky ten prostor mohl jako udělat a k tomu budování toho vztahu.“

#### Důvěra

Klient si musí u pracovníka získat důvěru (Hollander, Wilken, 2022). Všichni respondenti se shodli na tom, že je vzájemná důvěra důležitá. R1 odpovídá: „Za mě asi nejdůležitější, protože pokud ten klient nemá ve vás důvěru, tak potom jako ta spolupráce není dobrá.“ R5 tvrdí, že se jedná

o dlouhodobý proces a nějakou dobu trvá, než si je schopen klient vytvořit k pracovníkovi důvěru a dodává: „... když vám uvěří, tak se můžete vždycky dostat jako o poschodí hlouběji.

R6 říká: „... musí většinou přijít na nějaké společné téma, aby se rozjela konverzace. A ten klient zase cítí podle mě ten zájem a takže to je taky důležité a potom se navozuje ta důvěra.“ R3 v souvislosti s důvěrou doplňuje a představuje si, kdyby sama přišla do CDZ jako klient, tak by bylo pro ni náročné navázat důvěru. R3 dodává: „Já, kdybych sem přišla jako klient a teď tam mě někdo spustil a jak to máte s bydlením a jak to máte s financema a kde pracujete, kde jste studoval? Ježiš, to je jako věcí jo.“

### **Bezpečí**

Hlavní pomocí klientovy náročné situace by mělo být vytvoření bezpečného místa, aby si klient mohl uvědomit, v jaké životní situaci se nachází (Kopřiva, 2016). R1, R4, R5, R7 se shodují na tom, že je důležitý pro budování vztahu pocit bezpečí. R1 říká, jak vytváří bezpečné prostředí: „Já se třeba na začátek úplně jako neptám na nějaký jako extra tíživé témata, abych ho jako nevydělala.“ R4 se ptá klientů, předtím, než vyjdou z CDZ, jakou roli bude zastávat: „Jsem sociální pracovník? Kdo jsem, když s váma jdu? Protože může být někomu nepříjemný, když se představím jako pracovník CDZ. (...) buď jsem jako kamarádka, nebo jsem doprovod, nebo jsem někdo z rodiny prostě.“ R5 dodává: „... člověk nesmí mít pocit, že je nějak souznený, nějak škatulkovaný.“ R7 klientům připomíná, že je spolupráce dobrovolná.

### **Reagování na klienta**

Všichni sociální pracovníci R1-R7 v mém výzkumu zmínili alespoň jednu situaci, kdy naslouchali klientovi a následně na něj reagovali. R1, R2, R3, R4, R5 se shodují na tom, že hledají něco společného například společné téma, zájem atd. R3 to konkretizuje: „...pokud mi řekne, že já nevím, ho baví počítačový hry, tak třeba můžeme zabrousit na tohle téma, protože jsem taky byla jako žhaver hráč kdysi dávno.“ R4 dodává svou zkušenost: „Opravdu jsem zjistila, když se neptám, tak se to nedozvím.“

R6 vyprávěla příběh: „Paní si chtěla nastěhovat do domů nějakou svoji kamarádku, kterou poznala v léčebně. Ale kvůli tomu, že je na ní nějakým způsobem fixovaná, tak to není úplně dobrý nápad. A tak nakonec řekla, že si jí domů třeba stěhovat nebude, protože jsem jí to nedoporučila.“ R7 zase reagovala na klientku, která je závislá na alkoholu, momentálně je v psychiatrické léčebně, a sdělila jí své chutě: „A protože i teď před 14 dny řekla, že jako má chuť na to pivo, jak začíná to léto, že jo, to teplo prostě. (...) třeba jako ještě dneska jsem se jí ptala, jestli neuvažuje, že by jestli to prodloužila ten pobyt.“

### **Kladný vztah**

Díky dobrým vztahům se můžeme cítit šťastněji a spokojeněji. Díky nim cítíme od druhých oporu a podporu při náročných životních situacích (Kopřiva, 2016). R1-R6 vnímají nějaké benefity z toho, když si s klientem vytvoří kladný vztah, hlavně uvádějí podporu. R1 říká, že díky kladnému vztahu je: „... spolupráce je mnohem příjemnější.“ R2 říká, že je důležité: „... že o něj má někdo zájem, že prostě má se na koho obrátit, že ta pomoc tady je.“ R3 říká: „Jsem pro něj ten parťák, že nejsem prostě ta autorita. (...) že mu ukazuju vlastně ty cesty, kterými se vydat může a nechávám to na něm.“ R6 rozšiřuje sdělení R3: „Tak já si myslím, že on tam cítí tu podporu a někdy je rád, že ho někdo vůbec přijde navštívit, že třeba nikoho nemá (...) ten společenský

*kontakt.” R5 to shrnul sdělením: „U většiny těch klientů je ten vztah jako podmínkou toho, aby se dalo pracovat.”*

Nejnáročnější na navázání a udržení si vztahu je pro R1, R4, R5 vybudování důvěry. Podle Kopřivy (2016) může být manipulace ze strany klienta problém na udržení si hranic. Pro R2 je nejnáročnější manipulace ze strany klienta. Podstatným problémem mezi pracovníkem a klientem je splývání, kdy si pomáhající přebírá problémy klienta za své vlastní (Kopřiva, 2016). R3 říká, že je nejnáročnější na navázání a udržení si kladného vztahu je zvládnout emoce, které přicházejí od klientů a dodává: *„Jsou to silný příběhy těch lidí s velkejma jako trauma, který jako můžou vylízt tak jako v průběhu nějak tím, jak se člověk jako navazuje ten vztah s tím člověkem a asi to jako někdy unýst je fakt těžký.”*

R4 zmiňuje, že jsou pro ni náročné začátky spolupráce, kdy musí vyřídit potřebné dokumenty, ale dodává: *„Já se vždycky snažím najít něco, co by nám to ulehčilo oběma.”* Vztah se nedá vynutit a ne vždy si s každým hned rozumíme (Hollander, Wilken, 2022). R7 s tím souhlasí: *„Ne každý vám je sympatickej hned jo. Ale je taková zajímavá věc, že i když mi ten člověk není ze začátku sympatickej, tak při té spolupráci se vlastně někde ty sympatie potom projeví, jakože nakonec prostě berete toho člověka za svého.”* R5 pozná dobrý vztah, když nastane nějaká změna: *„Klient, kterej jako extrémně komunikativní a vlastně to, že si k vám nachází ten vztah poznáte podle toho, že přestává tolik mluvit.”*

### **Dobrovolnost**

R1, R7 se shodují, že jim klienti sami od sebe zasílají dobrovolně zprávy. R1 uvádí: *„ten klient se sám z té hospitalizace třeba ozývá.”* R7 dodává: *„Ona mě pošle třeba potom na Whatsapp nějakej obrázek jo, jako nevím, dobré ráno nebo můj pes, tady ho venčím.* R4 klient při stěhování začal říkat informace sám od sebe: *„Klient se uvolní, takže spadne z něj taková ta, teda jeho ostražitost někdy a vlastně strašně věcí jakoby poví a je to příjemný a je to vlastně nenucený nenásilně.”* R5 klienta nenutí, ať mu ihned něco řekne a sám říká: *„Já to jako z něj netahám, že jo nepotřebuju to slyšet, ono to většinou ani k ničemu moc nevede, ale protože je důležitý, aby on věděl, že to říct může, že on to jako nebudu za to nějak jako tam peskovat.”* R6 je rád, když je klient sám od sebe aktivní: *„... chce si se mnou plánovat schůzku, když má nějakou zakázku, chce na něčem pracovat.”*

### **Rovnocenný vztah**

Cílem vztahu je vytvořit rovnocenný vztah bez nadřazenosti (Hollander, Wilken, 2022). R1, R3, R4, R5, R6, R7 zmínilo nějakou situaci, kdy je klientovi jeví jako člověk a budují si s ním rovnocenný vztah. R1, R3, R4, R6, R7 vědomě říkají, že je důležité, aby klient zjistil, že sociální pracovník je taky člověk. R1 říká: *„... že jako jsem taky jenom normální člověk, že jo, a že mě třeba se mě vůbec bát. (...) jsou to lidi stejně jako my, no jenom třeba vidí, občas slyší něco jinýho než my.”* R3 říká, že vztah je oboustranný: *„... ten klient dokáže něco říct o mně, že ví třeba já nevím, co mě baví, jaký mám koníčky, jaký mám třeba nějaké hodnoty v životě, že vlastně i on dokáže říct o mě, tak jako dokážu já říct o něm.”* R4 vypráví příběh rovnocenného vztahu z nakupování o mladé slečně, která měla problémy s oblékáním a dodává: *„My jsme dvě a půl hodiny nakupovaly. To byla taková sranda a pak jsme si sedli, dali jsme si kafe a ona říká, ježiš, to bylo hezký.”*

## Stejné tempo

Klient i pracovník by měli pracovat ve stejném tempu. Pokud bude pracovník postupovat příliš rychle, nebo příliš pomalu, klienta ztratí (Hollander, Wilken, 2022). R5, R6 a R7 se shodují na tom a jsou si vědomi toho, že jim občas činí obtíže slazení stejného pracovního tempa s klientem R6 přímo zmiňuje: „*Jsou ty kroky, kdy já bych jako pracovník chtěla, aby se ten klient posunul třeba trošičku víc a trošičku rychleji, ale ten člověk má svoje vlastní tempo, nebo se třeba v té oblasti úplně posouvat nechce a je to třeba moje přání.*”

## Sdílení zranitelnosti a upřímnosti, když neví

Pouze R4 uvedla, že sdílí svou zranitelnost například při ztrátě blízké osoby: „*Když je něco hodně bolavého, tak je to těžký, třeba při ztrátě člověka, tak přišla jsem o řadu lidí svých blízkých, tak i dost často ty slzy, když mi tam někdo něco vypráví a je to projev, to jako není přece slabost jo, tak i se pobavit, co pomohlo.*” R4 též jako jediná uvedla v průběhu rozhovoru, že je upřímná, když něco neví: „*Říkám, já nevím všechno. A taky dost často oni (klienti) čekají, no tak ona snědla tu moudrost světa, ona nám tady všechno poví.*”

## Hranice

Kopřiva (2016) se shoduje s Watson, Meddings (2019) na tom, že je nutné, aby měl pomáhající pracovník nastavené své hranice. R2, R3, R4, R5, R6, R7 mají své hranice jasně vymezeny. R1 nemá jasně nastaveny své hranice: „*No tohle je věc, se kterou ještě trošku jako bojuji (...) vyškolila mě jedna naše klientka, se kterou jsem až jako moc sdílela a nejspíš toho jako zneužila.*” R1, R2, R3, R4, R6, R7 by nesdělili klientovi citlivé osobní údaje jako je například osobní telefonní číslo, adresa bydliště. R3 dodává: „*Do tématu, do kterého jako stále nechci úplně jako aktivně jít, tak je to zneužívání.*”

R6 by nesdělila klientovi detailně svůj osobní příběh a dodává: „*....taky nejdu do něčeho, co mě je samotné nepříjemné.*” R7 nesouhlasí s R1, R2, R4, R6 ohledně sdílení osobních informací o sobě a své hranice upřesňuje: „*Nemám problém říct osobní věci, jako co jsem kdy já nějak prožívala, ale třeba úplně já nevím mu říkat kam můj syn chodí do školy.*” R5 se od ostatních sdělení značně liší: „*Já úplně osobní hranici nemám, já celkem nemám problém říct jako komukoliv cokoliv.*” Pracovník, který se nebojí s klientem sdílet jakékoli téma, může být pro klienta velkou inspirací (Kramer, In. Baldwinová, 2013).

Důležitá je i **stabilita pracovníka**, tu zmínili R4 a R7. R4 popisuje, že musí být pro klienta čitelná a musí mít srozumitelné jednání: „*Obyčejná hranice, ráno si zapnu v půl osmé telefon a vypnu ho ve čtyři, pokud nemám pohotovost. (...) a držím to, držím tu hranici, já musím být přece pro ně srozumitelné, když nebudu já srozumitelná, tak kam to povede.*” R7 s R4 souhlasí, ale dodává, že v minulosti by měla si udržení hranic problém: „*... asi jako mladá bych to nezvládla (...) jakože všechno pro toho člověka, co je potřeba udělat, takže to je dobrý, že jsem se jako k té práci dostala až v těch pětadvaceti, protože umím říkat ne.*”

## Diagnózy

S diagnózami u klientů se setká při svém zaměstnání v CDZ každý sociální pracovník. Pro R2, R3, R4, R7 je důležité znát, jakou má klient diagnózu. Pro R2, R4, R6 je to důležité z hlediska přizpůsobování práce s klientem. R2 říká: „*Nechám si spíš říct, jakou má diagnózu a jak k tomu klientovi přistupovat.*” R4 zmiňuje: „*....má třeba paranoidní schizofrenii, tak je to trošku jiná*

*práce. (...) Takže na začátku stoprocentně a přitom při té práci k tomu přihlížíme taky, ale snažím se jakoby nebejt tím taky jako ovlivněna jo, protože pak bych omlouvala spoustu věcí a to oni dělají sami.” R7 doplňuje: „...jestli je to paranoidní schizofrenie, nebo ta hebefrénie (...) Třeba s tím s tím OCD, to je opravdu ne úplně možné, protože i když třeba už si přestane mít ty ruce každých 10 minut, tak si zase vytvoří někde něco jinde.”*

Pro R3 je to důležitá informace z důvodu zastávání role koordinátora vstupu: *„Já to musím vlastně zjišťovat i vzhledem k tomu, jestli ty lidi vlastně spadají do cílové skupiny jako CDZ. Samozřejmě, pokud tu diagnózu nevím, jsou to nějaký jako třeba prvo kontakty, asertivní kontakty, tak v diagnóza pro mě důležitá není.”* Pro R1, R5, R6 není diagnóza tak důležitá, nepotřebují ji znát a přistupují ke klientovi jako k lidské bytosti, která má nějaké potřeby. R5 říká: *„Nechci na něj koukat jako na schizofrenika. R5 ještě dodává: „Kdy ale potom to začne bejt pro mě důležitý je, (...) jak přistoupit k některému tomu projevu.”* Bentall (2006, In Golightley, Goemans, 2020) navrhuje, že bych se měli místo na samotnou diagnózu zaměřit na vysvětlování konkrétní stížnosti a symptomy projevu onemocnění u pacienta.

#### 4.2.3. Vlastní zkušenosti

##### Významná událost

Arroll (2024) tvrdí, že nás každá prožitá situace formuje. Chtěla jsem se zaměřit na sociální pracovníky a pracovnice a na jejich prožité významné životní události, díky kterým jsou takoví, jací nyní jsou. R2 odmítá na otázku odpovědět, říká: *„Nechci osobní život. (...) Osobní život je sinusovka a každě si asi v tom životě projde dobrým i zlým.”* Většina lidí svůj životní příběh si nechce připomínat (Millerová, 2001). R2 si ho buď nechce připomínat, nebo se s ním nechce svěřovat do výzkumu. R4 vzpomíná na své dle jejích slov hezké dětství: *„Můj táta nám jasně dával hranice (...) ale já jsem je vlastně přijímala a vůbec jsem v nich jako neviděla, že mi je v nich nedobře jo. (...) jsem vdaná, mám vlastně hezký manželství, mám dvě zdravý děti (...) vždycky, když jsme takhle někde, tak si říkám ty, jo, já jsem divná asi (smích).”*

R2, R5 se shodují na tom, že pro ně měla význam událost související se zaměstnáním. R2 zmiňuje, že pro něj bylo z profesního hlediska zásadní: *„...zjistit, že k tomu prostě člověk má cit. Já jsem to zjistil o tom výkonu trestu. (...) Jo a já jsem tam zjistil, že ty lidi reagují, když se s nimi správně zachází, že reagují dobře.”* R5 odpovídá: *„...jsem dal výpověď ze zaměstnání a šli jsme s bývalou partnerkou do Španělska, takovou tu poutní cestu. (...) tam jsem jako dospěl k nějakým závěrům. (...) jsem si slíbil, že jsem jako skončil (...) nebudu nikomu nic jako zamlčovat ani nalhávat.”*

##### „Malá trauma”

Za „malé trauma” lze považovat méně náročnou životní situaci, která též způsobuje psychické a fyzické potíže, ale nesplňuje kritéria pro trauma „s velkým T” (Arroll, 2024). R1 sděluje situaci s její matkou: *„Moje mamka má roztroušenou sklerózu a k tomu vlastně se jí přidružují i jako duševní problémy.”* R3 vzpomíná na otce: *„...jsem vyrůstala bez táty si myslím, že v té práci je pak taky jako hodně znát. (...) Jsem se vlastně relativně jako brzo osamostatnila.”*

R5 zmiňuje jako významnou událost proces vzdělávání. Významný pro něj byl vstup na základní školu a říká: *„...nepochopil jsem základní jako interakce mezi těma lidma. (...) Já jsem nechodil do školky. (...) jsem neměl za sebou tu socializaci jako v té školce.”* Pak dodává o celém procesu vzdělávání: *„Jo, to je, to je prostě taková jako absurdita takovej nesmysl, takový násilí na těch*

na těch dětech a lidech, takže to jsem to, že musí jako ovlivnit úplně každého vědomě nebo nevědomě." R6 nevzpomíná na dětství v dobrém: „Moje dětství nebylo úplně šťastné, kladli na mě rodiče celkem jako velký důraz ohledně vzdělávání ohledně školy ohledně toho, že se člověk musí učit dobře ohledně domácích prací a tak dále."

R4 a R7 vzpomínají na sourozenecké vymezování rolí. R4 říká: „Mám dvě sestry mladší, takže takový nějaký to vymezování mezi sestrami." R7 sděluje: „Jsem prostřední dítě z šesti a že tak jako určuje taky, že to to pořadí tam asi určuje. (...) neměla jsem ráda tu mladší sestru, co přišla po mně (...) protože mě brala tu maminku." R5 co se týká sourozenců říká: „Já jsem z rodiny, kde mám, já mám tři jako mladší bratry a dva jsou z děčáku a rodiče si je brali někdy, když jsem byl na já nevím šestý, sedmý třídě."

R7 vypráví o práci do, níž chodila, ale ve skutečnosti si přála pracovat úplně v jiném oboru: „20 let jsem byla v kanceláři a to to bylo úplně jak kdybyste, jako kdybych byla lámaná jako člověk jo, jako že to přece já nechci toto, toto není to, co já chci." Pro R7 byla významná situace, když jí bylo čtrnáct let: „...jsem se ztratila cestou za sestrou do Antverp a pak jsem se sama našla. (...) pro mě bylo strašně důležité to uvědomění si, že rodiče už nepotřebuju a že jako si poradím sama a zvládnou spoustu věcí sama, takže mě to výrazně ovlivnilo jako mé sebevědomí."

### **Traumatická událost**

R3 byla v dětství sexuálně zneužívána: „Velkej vliv si myslím mělo to, že jsem jako v dětství byla zneužívána nevlastním otcem (...) mně bylo nějakých jako 16 let (když se to řešilo), stalo se mi to asi ve 12." R4 a R6 zmiňují úmrtí blízkých osob. R6 zemřela maminka v mladém věku a k tomu dodává: „Školy, co jsem studovala bakaláře i magistra, tak jsem musela studovat dálkově, protože k tomu potom už nebyly nějakým způsobem podmínky a pomáhala jsem živit vlastně rodinu." R7 říká: „V rodině mého otce zemřela brzo teta, zemřel bratranec, pak jsou tam nějaký vážný nemoci."

R4 a R6 se shodují na šikaně. R4 osobně šikanu nezažila, ale zažila šikanu syna ve škole: „Teď jsme řešili třeba u syna šikanu ve škole, ale tím, že jak to mám jasně postavený, tak jsme jasně hranice tý šikaně dali taky jo, pojmenovali jsme to." R6 zažila šikanu osobně: „...jsem moc nevycházela se svými spolužáky, kdy tam proběhla i nějaká šikana." R7 má zkušenosti s potratem: „Chtěla jsem mít tři děti a mám jenom jedno. Jo, že to taky bylo docela určující, že jsem nedonosila už potom nikdy žádný dítě. (...) třeba ten první, to byl vyloženě jako potrat (...) a pak jsem vlastně měla ještě další tři nebo čtyři umlčený ty těhotenství."

### **Stresor**

Kopecká (2015, s. 167) tvrdí, že: „Stresory jsou příčiny, podněty, okolnosti vyvolávající stresovou reakci." R1 a R7 se shodují na stresoru, když mají hodně schůzek za jeden den. R7 ale dodává: „... jestli někdy jako stihnete schůzku, ale ta se dá vždycky posunout." R2 popisuje stresovou práci s náročnou klientkou: „S tím kolegou jsme zjistili, že nám to nedělá dobře s tou klientkou bejt (...) říkal jsem, že tam sám bejt jako, že si nedokážu představit. (...) Teď jsme se domluvili na tom, že k jedné klientce budem chodit ve dvou." Pro R4 je stresující, když nastane nějaká nepohoda v týmu. R5 si na sebe klade vysoké nároky: „... práce a škola a asi na mě jako nutí prostě mít v hlavě padesát věcí a to je pro mě náročné."

## Eustres

Podle Greenberg (2019) je důležité, jak stres vnímáme. Když vidíme stres jako příležitost k růstu a učení, nás stres nelimituje, naopak motivuje. Toto tvrzení se potvrzuje u R3, R4, R7, kteří vnímají stres pozitivně: R3 zmiňuje: „*Mě i jako přináší, já jsem výkonnější.*” R4 dodává: „*Kdybych nebyla ve stresu, tak asi nejsem tam, kde sem dost často.*”

## Distres

K distresu podle Kopecké (2015) dochází, když jsme nadměrně zatíženi, situaci nevládneme a je nad naše síly. R1, R2, R5, R6 vnímají stres negativně. Stres vnímají obdobně jako je definice distresu jako určitou nepohodu a pocit přetížení. R5 přirovnává stres ke fungování motoru: „*Já ten stres vnímám jako, jako když točím motor prostě do červených jo, je to jako varovnej, je to takovej pocit jako stísněnosti (...) jestli v tomhle budeš dlouho, tak se odepíšeš.*” R6 si je vědoma fyziologických a psychických projevů stresu, tyto dvě složky vnímá propojeně.

R5 vzpomíná na situaci, kdy stres nevládl, prožíval tzv. **hyperstres**: „*Není to tak dávno, že se mi to stalo, že jsem skončil s nějakou migrenózní bolestí hlavy v nemocnici na pár dní. (...) Myslím to jako přepísknul, moc dlouho jsem byl už v té fázi, kdy už jsem toho měl jako hodně.*”

## Stres jako součást života

R2, R3, R4, R5, R7 se shodují na tom, že stres je běžná součást života a nelze se mu vyhýbat: „*Já stres беру jako něco, co prostě k životu jako patří.*” Když stres vnímáme negativně, soustředíme se podle Greenberg (2019) na jeho vyhnutí nebo jeho minimalizování. Polovina respondentů R2 a R5, kteří vnímají stres negativně, se mu nesnaží vyhnout a berou ho jako součást života, takže to nelze podle získaných dat aplikovat u všech respondentů.

## Vnímání konfliktu

Konflikt znamená, když se dvě protichůdné síly, motivy, hodnoty, názory setkají (Komárková, Výrost, Slaměník, 2001, In Kopecká 2015). Všichni respondenti kromě R3 se shodují na tom, že se jedná o dvě protichůdné síly například zájmy nebo názory. R3 vnímá konflikt odlišně: „*Konflikt, já беру jako nějaký milník nebo průsečík (...) k nalezení nové cesty.*” Vnímání konfliktu R3 zapadá do typologie zvládání konfliktu podle lišky (Kopecká, 2015).

## Konflikt není negativní

Konflikt není negativní, protože se díky němu vyvíjíme, rosteme (Komárková, Výrost, Slaměník, 2001, In Kopecká 2015). R3, R5, R6, R7 nevnímají konflikt negativně a vnímají ho jako běžnou součást života. R6 dodává: „*Když si to ty lidi, kterých se to týká, vyřikají mezi sebou a každý naslouchá tu druhou stranu, což u nás je tak konflikt je v tomhleto prospěchu. Protože se potom zas vyčistí ovzduší a je to zase fajn.*”

## Druhy konfliktů

Všichni respondenti R1-R7 zmiňují příklady **sociálních konfliktů**. Aby tým úspěšně fungoval, je potřeba sladit sociální a zdravotní část týmu (Reforma péče o duševní zdraví, 2019). R2, R4 se shodují na tom, že zažívají konflikty ohledně vyjasňování kompetencí sociální a zdravotní složky týmu. R2: „*Třeba ty kompetence a vymezení se toho, kdo co bude dělat. (...) Jednomu se to samozřejmě líbí, jednomu se to nelíbí, jeden by to dělat takhle, druhý by to dělat takhle.*” R1, R4 a R7 zmínili, že ke konfliktům dochází u asertivních kontaktů. R7 vzpomíná: „*Byla jsem při jednom*

asertivním, když jsme paní prostě museli nechat z bytu odvést. Volali jsme záchranku, volali jsme policii.”

R5 vypráví o konfliktu s klientem: „Zažil jsem, že prostě tomu klientovi bylo potřeba říct něco, co jsem věděl, že mu bude nepříjemný a i se jako stalo reálně to, že prostě mu to nepříjemný bylo, mi to dal velmi jasně najevo. Nevím, měsíc třeba jsem o něm neslyšel jo, (...) prostě jako nechtěl už spolupracovat.” R3 vypráví o konfliktu klíčové pracovnice a psychiatra: „Jednalo se o klienta, u kterýho se jako uvažovalo o omezení svéprávnosti a kolegyně, která tam byla klíčová pracovnice, tak to chtěla posunout, chtěla s tím ještě počkat a kolegyně psychiatricka tak ta by na nic jako nečekala a podala ten podnět jako okamžitě.” R6 popisuje jako R3 konflikt s kolegy: „Vzhledem k tomu, že všichni jsme v jedné kanceláři, je nás tam deset a tak byl trošku problém s vyřizováním telefonů v kanceláři, kdy ostatní chtějí psát zápisy, intervence a ti co telefonovali tak je rušili.”

R5 jako jediný z dotazovaných zmínil konflikt **interpersonální**: „Vnitřně řeším konflikty mezi tím, čemu se budu věnovat. Jo, že mi kolidují prostě dva zájmy a já se musím jeden vybrat.” R5 dále jako jediný z respondentů vyprávěl o **konfliktu rolí**, kdy zvažoval, jestli má v jednu chvíli zvolit roli otce, nebo roli studenta VŠ: „Řeším prostě, jestli pojedu na tu přednášku, anebo strávím víkend se synem.”

### Zvládání konfliktu

Styly zvládání konfliktů podle Kopecké (2015) můžeme připodobnit k chování zvířat. Nejvíce respondentů R1, R2, R4, R5, R6 a R7 se snaží konflikt řešit jako **sova**. Jsou vstřícní, snaží se, aby konflikt byl vyřešen pomocí komunikace, vysvětlování. R1 doplňuje: „Je asi důležitý zachovat za mě ten klid jako pracovní, nenechat se tím jako shodit. (...) Nemusím snášet úplně všechno.” R2 dává volbu na klientovi: „A je na něm, jak se k tomu postaví.” R7 ještě dodává příklad kompromisu: „Já se pokusím nějak přizpůsobit tvému tempu postupně a ty můjmu.”

R3 konflikt řeší jako **liška**: „Snažím se většinou jít zlatou střední cestou nejmenšího odporu, jak se říká. (...) Našla se nějaká cesta, kterou se jako vydat, vlastně s tím byli ve výsledku spokojení obě strany.” R2 vypráví o tom, kdy v minulém zaměstnání ve vězeňství musel řešit konflikt jako **žralok**: „Samozřejmě z výkonu trestu vím, že některé konflikty se prostě v klidu řešit nedají. Když vás někdo fyzicky napadne, tak samozřejmě se musíte bránit, to prostě jinak nejde.” R5 stejně jako R2 zmiňuje zkušenost z předešlého povolání, kdy R5 konflikt řešil jako **želva**: „Nemám problém se jako zvednout a odejít, když to nejde jo, nemám jako u té práce, třeba už jsem to párkrát udělal, kdy tam právě jako vznikl nějaký konflikt. Já jsem to vyhodnotil, že prostě nejsem ochotnej couvat, tak jsem to prostě zabalil.”

### Názor na sdílení vlastní zkušenosti

Jestli je to prospěšné, měl by pracovník s klientem sdílet jeho osobní zkušenosti (Hollander, Wilken, 2022). Téměř všichni sociální pracovníci kromě R2 mají názor, že sdílení svých osobních zkušeností může být prospěšné. R3 si myslí, že je to téměř nutné: „Mě to pak trošku sklouzává, že jako sociální pracovník, který do té práce nepřinese nic ze sebe i byť, by to bylo něco drobného (...) tak mě to hrozně pak sklouzává k takový té jako původní sociální práci těch zubatejch.” R4 vidí využívání zkušeností jako oboustranný proces: „Třeba ta zkušenost moje, mu může pomoci jo anebo obráceně.” R5 sdílení osobních zkušeností vnímá jako běžnou součást života: „...dokonce jako nutný jo, protože prostě jsme společenský tvorové a tohle jako k tomu patří.”

### Délka sdělení

Klienti oceňují sdělení, které je krátké (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019). R6 a R1 se shodují na tom, že by sdělení mělo být kratší. R1 říká ohledně délky sdělení toto: „*Zlomek jako řeknu, ale malý zlomek.*” R3, R4, R5, R7 se shodují na tom, že je délka sdělení individuální podle konkrétní situace.

Když by odborník podrobně a dlouze vyprávěl o své zkušenosti, může se zdát, že by si odborník a klient **vyměnili své role**. Pracovník by se svěřoval klientovi a klient by mu pomáhal (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019). R5 jako jediný narazil na výměnu role klient a pracovník: „*Člověk se musí trochu jako hlídat. Jo, protože u některých klientů by se to vysloveně jako překlopilo. Jo, že oni by byli schopní jako zpovídat mě, ale kvůli tomu tam jako za nima nejedu a neberu za to plat jo.*”

### V návaznosti na situaci klienta

Sdílené informace by měly být v návaznosti na situaci klienta (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019). Téměř všichni respondenti kromě R2 mi sdělili příklad situace, kdy s klientem sdílí osobní zkušenost v návaznosti na klientovu situaci. R1 říká: „*Když nás na to jako zavede řeč, jo mám a klidně třeba i sám, se mi někdy jako svěří, že úplně neví, jak s tím jo, takže pak jako pak sdílím ty zkušenosti.*” R3 dodává: „*Jo, ale není to nějak jako aktivní, prostě vždycky, když se na to téma nějak asi jako zabrousím. Není to, že bych si sedla, řekla klientovi svůj životní příběh.*”

### Opatrnost

Údaje, které jsou sdílené s klienty, nejsou důvěrné, můžou se dostat na veřejnost, proto by měli být sociální pracovníci opatrní při svém sdílení (Watson, Meddings, 2019). R1, R2, R3, R4, R6 se shodují, že jsou při sdělování **opatrní**. R1 říká: „*Klienti to neví teda, že mám takhle mamku nemocnou. Neříkám přímo, jako kdo to teda z rodiny, jako je a řeknu, že prostě někdo v rodině.*” R4 mluví o zkušenosti rodinného příslušníka jako R1: „*Ted' jak jsme řešili tu šikanu mého syna, tak určitě neřeknu, že můj syn byl šikanovanej, ale můžu říct, hele, prostě mám zkušenost s tím třeba z rodiny nebo od známých, že tam tohle pomohlo.*”

R6 souhlasí s R1 a dodává: „*... zvlášť u lidí s duševním onemocněním si myslím, že je důležitá ta bezpečnost, takže k tomu patří určitě i bezpečnost sdělování nějakých informací.*” R1, R2, R4, R5, R6 přímo řekli, že si **volí, jakému klientovi zkušenost prozradí**. R1 v souvislosti s opatrností říká: „*Jak, co, jak komu, taky jo, u někoho někoho cítím, že prostě si musím na to dávat víc, jo, že fakt nepouštět, protože fakt mám i lidi, který by toho mohli prostě zneužít.*”

Sociální pracovník by si měl **všímat**, jak klient na jeho sdělení **reaguje** (Watson, Meddings, 2019). R4 mluví o zkušenosti, kdy sdělila svou situaci nevhodně, všimla si toho a snažila se to vykomunikovat: „*... já jsem to jako špatně přečetla. Jo, a vlastně míjelo se to. (...) Nepovedlo se to, já říkám, ale nemyslela jsem to tak, jak vy teď to vnímáte.*”

### Ptejme se, proč si myslíme, zda je to to důležité

Vždy bychom se sami sebe měli ptát, proč si myslíme, že je sdílení žité zkušenosti užitečné (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019). R3, R5, R6 se sami sebe dle jejich výpovědí ptají na to, z jakého důvodu klientovi svou zkušenost sdělí, jestli to je pro něj prospěšné. R5 tvrdí: „*Pokud mám pocit, že to je ku prospěchu, že právě třeba pomůže budovat ten vztah a to, že ten klient*

*pochozí, že mu rozumím, tak to určitě řeknou.” R7 jedná naopak podle intuice: „...to tam jako hodíte a někdy se to potká a někdy ne, nestalo se, že by se mě to nepotkalo vyloženě.”*

### **Vyvracení domněnek**

R3 a R6 zmiňovali situace, kdy se jim podařilo vyvrátit domněnku. R3 vzpomíná, jak klientce vyvrátila domněnku, že je koupě nemovitosti snadná a bezstarostná: *„Jo zároveň jsem třeba měla jednu klientku, která hrozně jako touží po baráčku a vůbec vlastně nevěděla, co to jako třeba znamená (...) takže vlastně jsem jí řekla celou tu žitou zkušenost, co nás to stálo, než jsme vůbec jako dostali tu hypotéku.”* R6 to shrnuje: *„Když vidím, že jsou celkem uzavření nebo mají třeba názor, že bych je nepochopila, ale přitom je to tak, že některé situace jsme měli třeba podobné nebo stejné, tak nějaký zlomek jim sdělím, když to tak cítím.”*

### **Sdílení informací s větším časovým odstupem**

Užitečnější je sdílet informace, od kterých máme větší časový odstup Watson, Meddings, 2019). Na tuto problematiku narazila R3, která říká, že by měl mít v sobě pracovník srovnanou událost, kterou sdílí: *„Pokud jako klientovi se řekne fakt jako citlivá informace, citlivá nějaká jako věc, kterou ten pracovník jako tak v sobě úplně nemá srovnanou, jestli chtěl, nebo nechtěl říct, tak by se to mohlo jako šeredně vyplatit.”*

### **Odpovědi na dotazy**

R2, R4, R7 v průběhu rozhovoru řekli, že když se je klient zeptá na nějaké téma, o které si s ním nechtějí povídat, tak ho slušně odmítnou. R4 říká: *„Vlastně mu vysvětlím, že se o tom nechci bavit, takže na to mám vlastně právo.”*

### **Příklady sdílení**

R1 a R2 se shodují, že sdílí běžné každodenní situace. R1 říká: *„Buď to jsou nějaký jakoby obyčejný situace, máme klienty třeba, který nedokážou zcela sami nakoupit, takže mluvíme třeba o nějakých zkušenostech s nákupem, nebo i třeba něco na úřadech.”* R1 sdílí s klientama to, že ráda sportuje a ohledně zdravého životního stylu. R2 se snaží být pro klienty vzorem, ale nezmínil jediný příklad, že by sdílel s klienty svou žitou osobní zkušenost. R3 využívá například vyrůstání v neúplné rodině: *„...jsem taky třeba vyrůstala jenom s mamkou (...), protože je spousta našich jako klientů, kde to tam jako rozbilo to tu rodinu a vyrůstali třeba fakt s jedním rodičem.”*

R4 a R5 se shodují na tom, že využívají svou zkušenost s výchovou dětí. R4 říká: *„Teď tady třeba sedí máma, má pubertáky a zmíní to na těch prvních schůzkách, že to je strašný a já říkám, jestli vás to utěší, já mám doma dva pubertáky taky a je to těžký.”* R5 využívá následující zkušenost: *„Když mi paní vysvětluje, že ranní oblékání dítěte do školky je náročný, tak jí řeknu, že mám stejnou zkušenost, protože to zažívám jako každý ráno nebo polovinu rán.”*

R4 využila svou zkušenost s autoškolou: *„Jsme tady měli klučinu, dělal autoškolu a on mi říká, já jsem takový motovidlo, to je strašný, jako mě vyhodí, a tak jsem mu mohla říct. Říkám, já jsem taky ty začátky neměla jednoduchý, já říkám, a teď jezdím.”* R4 a R6 se shodují na tom, že sdílí svou zkušenost se smrtí. R6 dodává: *„Nedávno jsem vlastně říkala paní, že taky to měla těžký s maminkou a která jí taky potom zemřela. Tak jsem potom řekla, že ano, že já taky maminku nemám, že mi zemřela.”*

R7 sdělila klientovi, který zažil domácí násilí, svou zkušenost s domácím násilím: *„...nějaký těžký zážitky jako ponižování a bití otcem, a tak a má to nevyřešený a často ho to prostě devaluje (...)*

*právě proto, že jsem mu řekla, podívejte, jako můj otec byl taky byl cholerik, byl prudkej, mlátil nás a já jsem si to nějak třeba jako zpracovala, ale moje mladší sestry prostě chodily na na terapii a potřebovali si to jako zpracovat jinak.”* Díky sdělení R7 začal klient docházet na psychoterapie. R5 jako jediný využívá svou víru: *„A tak on třeba jako pochybuje o tom, jestli Bůh vlastně je dobrý nebo špatný, tak zase mu řeknou, že tomu rozumím, že si někdy kladu stejnou otázku.”* R5 následně dodává, že nyní si tu otázku už nepokládá, ale v minulosti nad tím uvažovat.

#### **4.2.4. Využívání zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu**

##### **Sdílení informací s kolegy**

R1, R3 přiznávají, že se svými kolegy sdílí hodně. R1 reagovala následovně: *„No, já si myslím, že asi všechno (smích). Jsme tady fakt taková jako dobrá parta, že fakt jako sdílíme hodně.”* R3 dodává: *„(smích) No ty brďo jako dost, já to přiznám, je toho dost. (...) Samozřejmě tím, že jsme velké tým, tak ne se všema sdílím prostě všechno, ale myslím si, že o každý kolegyni dokážu říct něco osobního, stejně jako každá kolegyně dokáže něco osobního říct o mně.”*

R2, R6 se shodují na tom, že je to individuální a říkají: *„Jsou kolegové, kterým jsem se sdělil/a víc, jsou kolegové, kterým jsem se nesdělil vůbec.”* R2 dodává: *„Mám s tím i špatný zkušenosti z minulého zaměstnání, když jsem se prostě navodil nějakou důvěrou a bylo mě to pak dost, dost zneužitý proti mně.”* R4 se ráda podělí o hezké sdělení: *„Někomu to třeba udělá jako radost a zasměje se.”* R4 hodně přemýšlí, co sdělit, když ostatním kolegům něco nejde a R4 to jde: *„Možná to, co já si jako řeším, říkám, já si to radši nic asi tomu říkat nebudu, protože mohlo by to ranit.”*

R5 a R7 nemá problém s jakýmkoli sdělením R7: *„... si říkáme nějaký osobnější věci a nemám s tím problém, ale jako jo, já jsem vždycky v tom otevřená.”* R5 dodává rozdíl od sdělení s klienty: *„Rozdíl je v tom, jestli je to přínosný pro mě. Jo, jestli jestli jako mně to pomůže.”*

##### **Výhody sdílení s kolegy**

R1 a R5 uvádí jako výhodu sdílení je psychohygiena. R1: *„... odreagování, takový povídání no, abysme trošku zapomněli na tu práci.”* R2 vypráví v souvislosti s výhodami sdílení s kolegy o bezpečnosti: *„Chodit do práce, kde se člověk cítí bezpečně, v klidu udělá svoji práci rád a na pohodu je to nejhezčí, co může člověka potkat.”*

R3 a R6 tvrdí, že sdílení prospívá v lepší soudržnosti týmu. R6 k tomu říká: *„Je to v tom, že spolu budeme blíž, že tam bude taky nějaká důvěra. Že nás to třeba trošku stmelí, že mi řekne jiný úhel pohledu ten člověk, kterej bych já nemusela třeba vidět.”* R7 to zase pomáhá při větším pochopení: *„Já si myslím, že to vždycky je dobré, když ty lidi se prostě znají, protože víte potom, proč ten člověk dělá ty věci, které dělá. (...) je samozivitelka, ty jo, no tak to je blbě, proto asi pořád spěchá nebo utíká, nebo jo ze schůzek nebo něco a jo, takže podle mě to je dobrý to vědět.”*

##### **Všichni pracovníci**

R4, R6, R7 se shodují na to, že je sdílení žitých zkušeností jednotlivých členů týmu individuální a souhlasně říkají: *„Já si myslím, že to je na každý osobnosti z nás.”* R6 ještě doplňuje, že je to i o hranicích, do jaké míry je kdo ochoten sdílet. R7 dodává: *„...ať si každá pracuje, jak chce, když toho člověka jako rozvíjí.”* R3 řekla shrnující sdělení o všech členech multidisciplinárního týmu:

*„Myslím si, že každé do té práce něco přenáší ze sebe (...) a dobrý je právě, když to je vědomě. Ať už je to psychiatr, ať už je to psycholog, ať už je to sestra. A to je úplně jedno.”*

### **Peer pracovník**

Všichni respondenti vnímají peer pracovníka velmi kladně. R1 říká: *„Vlastně se i říká, že na peerech stojí CDZ.”* R6 vnímá důležitost peera a říká: *„Nejvíce může pochopit tu naši cílovou skupinu, jelikož se mu stalo to samé a že s těmi lidmi dokáže navázat taky krásnej kontakt skrz právě svůj osobní příběh a v našem týmu je rozhodně důležitý.”*

Jaké jsou rozdíly při sdílení sociálního pracovníka a peer pracovníka? R1 si myslí: *„Tam je i potřeba říct to trochu detailněji než jenom na té obecný jako rovině (sociální pracovník). U peera je potřeba to prostě trochu víc jako nebo trochu víc se otevřít těm lidem (...) připravený jako na to říct celý ten svůj příběh.”* R3 a R4 zdůrazňují, že peer má svůj osobní příběh jako hlavní pracovní nástroj. R3 dodává: *„Já mám spoustu nástrojů, který můžu využít: case management, psychosociální rehabilitaci CARE, nějakou svojí životní zkušenost, ale vlastně ten peer má vlastně jenom ten svůj životní příběh.”* R4 ještě dodává sdělení o nálepkování: *„Kdybych já měla nějaký deprese, tak, já to vlastně nemusím říkat, on už s tou pozicí je, já jsem člověk ze zkušeností, (...) on jde s kůží na trh hned na začátku.”*

Všichni se shodují na názoru, že se peer pracovník sdílí svou zkušenost s duševním onemocněním. R2: *„Peer se mohl podělit o svou zkušenost, říct jim, (...) já ten si tím prošel a dokázal jsem to (...) my jako sociální pracovníci nabídnout nemůžeme.”* R5 dodává: *„Jo, že právě ten vztah si k ní jako vybudují mnohem líp a snáz skrze tohle, než než se mnou, nebo s ostatními.”* Sdílení může zpochybnit domněnku, že odborník v oblasti duševního zdraví nemá osobní zkušenost s duševním onemocněním (Watson, Meddings, 2019).

Pracovníci R1, R2, R6, R7 nezmínili ve svých sděleních, že by trpěli duševním onemocněním. R1 říká: *„Jo já jako já nemůžu říct, že jo, že jsem prošla duševním onemocněním.”* R6 taky říká: *„Schizofrenii jsem nezažila, takže ano, ty lidi mi popisují, jaké to bylo, jaké měli příznaky, já je vyslechnu. Snažím se je pochopit, ale stoprocentně nikdy pochopit nemůžu.”* R7 se přidává: *„Já mu můžu nanejvýš říct: Ano, slyšela jsem někdo s tím pracuje takhle, ale už je to strašně přenesená informace a on mi to nemusí věřit.”*

### **Psycholog a psychiatr**

R1 má na psychiatry a psychology názor z hlediska sdílení osobních zkušeností následující: *„Taky můžou určitě čerpat z těch svých zkušeností od jiných klientů, že jo, můžou určitě i ze života, jsou to zkušenosti odborníci.”* R2 doplňuje svou osobní zkušenost s psychologem: *„...že vidět, že i ty psychologové jsou lidi z masa a kostí je pro toho člověka někdy dobrý, protože to dokáže i ten vztah jako upevnit mezitím psychologem a klientem.”* R7 doplňuje, že v jejím CDZ psychologka nesdílí své zkušenosti s klienty.

R3 uvádí příklad z CDZ: *„Když se mnou třeba jezdí paní doktorka (psychiatřička) na asertivní kontakty, tak vždycky tam přináší i něco ze sebe. Jo ona je třeba nadšená tanečnice a hudebnice, takže i jako tohleto třeba se jako s klientama podělí o tom (...) i ty klienti vlastně poznávají, že toho doktora se přece nemusí bát.”* R4 má obdobnou zkušenost z praxe: *„My jsme třeba měli úžasnou dámu paní doktorku, už jí bylo přes sedmdesát (...) z té zkušenost úplně šla a to bylo úplně něco jiného, i ty klienti to tak vyprávěli, jo, že to byl jiný vztah.”*

V rámci práce v modelu CARE je potřeba si vytvořit osobně-profesionální vztah (Hollander, Wilken, 2022). Jelikož psychiatr je součástí týmu, měl by to podle mého na něj též platit. R2 předešlým dvěma názorům oponuje: „*Psychiatr si myslím, že je by měl být vůbec, jako to je můj názor, vymezený jako lékař. Tam jako ta osobní zkušenost si myslím, že asi úplně nepatří.*”

### **Sestra pro péči v psychiatrii**

R1 říká, že mohou zdravotní sestry sdílet své profesní zkušenosti: „*Spoustu mých kolegyněk tak pracovala vlastně na jako různých odděleních v nemocnici, takže mají různé zkušenosti jako ohledně zdraví. (...) Když vlastně klienta třeba něco trápí, (...) tak můžou spoustu věcí jako poradit.*” R3 mluví o novém kolegovi, který dříve pracoval v psychiatrické nemocnici a vztah s klientem nyní vnímá odlišně: „*Třeba teďka máme kolegu nového, kterej jako říkal, že ho to vlastně hrozně baví, že může s těma lidma jako navazovat nějaký vztah a vlastně být v tom vztahu jako partnerským.*”

R2 tvrdí, že by měli svou zkušenost využívat obdobně jako sociální pracovníci: „*Co se týká zdravotnic, tak svým způsobem v tom našem multáku zdravotníci zároveň fungují i jako sociální pracovníci, protože ono se to někdy prolíná. (...) Takže tam jo tam to vidím jako že proč ne.*” R6 oponuje sdělení R2 a souhlasí se sdělením R1 ohledně profesní zkušenosti: „*Přece jenom zdravotní sestry, to je zase trošku jiná profese. Zas k té práci si myslím, že přistupují trošičku jinak než sociální pracovníci a zase mají třeba i víc zkušeností, protože za sebou mají třeba práci na odděleních psychiatrických léčebnách.*”

## 5. Diskuze

Následující kapitola se věnuje shrnutí výsledků. Hlavní výzkumná otázka: Jak sociální pracovníci a pracovníce center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi? Hlavní výzkumná otázka je rozdělena do čtyřech dílčích výzkumných otázek. V diskuzi zachovávám pro lepší přehlednost stejnou strukturu témat jako je v analýze a interpretaci dat. V závěru jsou uvedeny limity bakalářské práce. Výzkumu se zúčastnilo sedm sociálních pracovníků a pracovníc, kteří pracují v CDZ.

### 5.1. Co motivuje sociální pracovníky a pracovníce k jejich profesi?

Z mého výzkumu bylo zjištěno, že sociální pracovníky nejvíce motivuje altruismus a zvědavost. Někteří respondenti mají osobní zkušenost s péčí o blízkou osobu, jednoho motivovala rodinná tradice, dále se objevovala motivace uspokojování vlastních potřeb, chuť změnit systém, osobní zranění, smysl a pocit vlastní důležitosti. Mzda nehrála u žádného z dotazovaných významnou roli v rámci motivace, což se shoduje s Pilařovou (2023).

Z výzkumu vyplynulo, že většina sociálních pracovníků si vysokou školu doplňovala při zaměstnání. Sociální pracovníci, kteří absolvovali kurz psychiatrického minima, ho hodnotili velmi kladně. Díky němu se dozvěděli základní informace o diagnózách. Více než polovina mají za sebou kurz CARE, který hodnotí velmi kladně díky spoustě nástrojů, které můžou využít ve své praxi.

Téměř polovina uvedla, že mají absolvovaný kurz krizové intervence a kurz case managementu. Výstižné a trefné je sdělení R3 „... já prostě to беру tak, že nikdy nejsem tak dokonalej profík, abych mohla říct prostě jsem v tom jako topka.“ Pracovníci absolvují vzdělání v souladu s doporučením MZČR (2022). Z výzkumného šetření vyplynulo, že nikdo ze sociálních pracovníků neabsolvoval v minulosti či aktuálně psychoterapeutický výcvik.

Obecně se zdá, že dotazovaní vnímají jako velký klad svého zaměstnání různorodost práce. Dle výzkumu bylo zjištěno, že si jsou sociální pracovníci vědomi toho, v čem by se chtěli zlepšit.

### 5.2. Jaké mají sociální pracovníci a pracovníce vztahy se svými klienty?

Dle výzkumu bylo zjištěno, že všichni respondenti jeví o své klienty zájem. Pouze dva respondenti uvedli, že se aktivně ptají klientů na jejich zpětnou vazbu. Každý sociální pracovník z výzkumu uvedl alespoň jeden příklad, kdy jedná profesionálně a s klientem navazuje vztah, což je v souladu s Hollander a Wilken (2022).

Uvedené šetření potvrzuje, že je vzájemná důvěra s klientem důležitá (Hollander, Wilken, 2022). Téměř polovina sociálních pracovníků zmínila, že navázání důvěry s klientem je pro ně náročné. Bylo zjištěno, že je pro většinu sociálních pracovníků výzkumného šetření důležité pro budování vztahu vytvořit bezpečné místo (Hollander, Wilken, 2022). Z výsledků kvalitativního výzkumu je patrné, že sociální pracovníci klientům naslouchají a následně na ně reagují. Téměř všichni respondenti uvedli, že je důležité mít kladný vztah s klientem, s čímž souhlasí s Hollander a Wilken (2022). Jeden respondent nevnímá, že by klient z navázání kladného vztahu měl nějaké benefity, ale vnímá to jako nezbytnou součást, aby mohl s klientem pracovat.

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že většina sociálních pracovníků má s klientem navázaný rovnocenný vztah (Hollander, Wilken, 2022). Téměř polovina respondentů si jsou vědomi, že je pro ně obtížné si s klientem udržet stejné tempo. Pro navázání vztahu je důležité pracovat s klientem ve stejném tempu, jinak ho ztratíme (Hollander, Wilken, 2022). Pouze jeden respondent zmínil, že s klientem sdílí svou zranitelnost a přiznává, když něco neví.

Téměř všichni pracovníci kromě jedné mají své hranice jasně vymezeny (Kopřiva, 2016), vědí co sdělí a co už by klientům nesdělili. Pro větší polovinu je důležité znát klientovu diagnózu a pro ostatní to není důležité, protože se s klientem seznamují jako s novou lidskou bytostí. Moderní výzkumy naznačují, že bychom měli diagnózy vnímat na odstínech šedé (Golightley, Goemans, 2020). Toto se nepotvrdilo, někdo diagnózu potřebuje znát, jiný ne. Na druhou stranu bylo zjištěno, že když diagnózu neznají, nevadí jim to. Dále bylo zjištěno, že nikdo z účastníků výzkumu diagnózu nutně nevyžaduje, aby mohl s klientem pracovat.

### 5.3. Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice životní zkušenosti a jak s nimi pracují ve své praxi?

Na základě výzkumu lze tvrdit, že každý ze zmíněných sociálních pracovníků má za sebou nějaké významné životní události. Většina lidí svůj životní příběh podle Millerové (2001) si nechce připomínat, to se nepotvrdilo, v mém výzkumu nechtěl odpovídat na otázky týkající se osobního života pouze jeden respondent. Dva sociální pracovníci zažili úmrtí blízké osoby. Jedna sociální pracovnice vykonávala 20 let práci, která jí lámala a celou dobu chtěla pracovat v sociální sféře, jedná se o nenaplněné potřeby (Pilařová, 2023). Jeden respondent byl sexuálně zneužíván, další byl v dětství bit svým otcem. Jeden respondent vyrůstal s osobou blízkou v jedné domácnosti, která má duševní onemocnění a další respondent má zkušenost s potratem a třemi až čtyřmi umlčenými těhotenstvími.

Z výzkumu bylo zjištěno, že sociální pracovníci v CDZ zažívají běžný každodenní stres tzv. hypostres (Kopecká, 2015). Větší polovina vnímá stres negativně a menší polovina ho vnímá i pozitivně. Zároveň ho většina sociálních pracovníků dle výzkumného šetření vnímá jako běžnou součást života (Plamínek, 2020). Většina respondentů až na jednoho popisují konflikt jako střed dvou protichůdných sil, což je v souladu s definicí. Většina respondentů uvedlo, že konflikt nevnímají negativně (Komárková, Výrost, Slaměník, 2001, In Kopecká 2015).

Nejčastější typ konfliktu uvedli účastníci sociální konflikt. U dvou respondentů vznikají konflikty ohledně nevyjasnění kompetencí zdravotní a sociální části. Aby tým úspěšně fungoval, je potřeba obě složky sladit (Reforma péče o duševní zdraví, 2019). Na slazení kompetencí je dle výzkumu ještě potřeba zapracovat. Z výzkumu vyplynulo, že většina sociálních pracovníků se konflikt řeší jako sova. Jsou vstřícní, komunikují, vysvětlují. Jeden respondent jde zlatou střední cestou, aby byli všichni na konci s řešením spokojeni. Podle MZČR (2022) by měli pracovníci CDZ umět dobře komunikovat, což se potvrdilo.

Ve výzkumu Karbouniaris a kol. (2022) bylo zjištěno, že všichni respondenti připisují kvalitu vztahu tomu, že jejich odborník používá své vlastní zkušenosti. Téměř všichni sociální pracovníci kvalitativnímu výzkumu kromě jednoho mají názor, že sdílení svých vlastních zkušeností může být prospěšné a některé sami využívají. Klienti cítili k pracovníkovi, který sdílel své žité

zkušenosti, zvýšenou důvěru a cítili se méně osamocení (Holmes, 2016, In Watson, Meddings, 2019). Sociální pracovníci to popisovali obdobně u vztahů.

R3 na to má jasný názor: „*Mě to pak trochu sklouzává, že jako sociální pracovník, který do tý práce nepřinese nic ze sebe i byť, by to bylo něco drobného (...) tak mě to hrozně pak sklouzává k takový tý jako původní sociální práci těch zubatejch.*” Sdělení sociální pracovnice je v souladu s tvrzením Holmese (In Baldwinová, 2013), který tvrdí, že při schůzkách s klientem nemůže pracovník zůstat zcela anonymní. Už jenom to, jak se obléká, jakým způsobem hovoří, na co se zaměřuje, jaký je jeho vzhled atd., to o pracovníkovi mnohé vypovídá a ani to nemusí sdělit přímo. Někteří sociální pracovníci výzkumu se shodli na tom, že by mělo být sdělení krátké (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019), většina si ale myslí, že délka sdělení je individuální podle situace a klienta.

Jeden klient narazil na výměnu rolí klient a pracovník, když by sdělení bylo příliš dlouhé. Obecně lze říci, že pracovníci sdílí s klientem v návaznosti na jeho situaci, což je v souladu s Hollander a Wilken (2022). Bylo zjištěno, že většina respondentů jsou při svém sdílení opatrní. Podle výzkumu Karbouniaris a kol. (2022) někteří účastníci varovali před bezúčelným zveřejňováním osobních údajů, které může vést k tomu, že si uživatel bude myslet, že musí klient brát v úvahu pocity odborníka. Pouze tři respondenti mého výzkumu se ptají sami sebe, proč sdílí s klientem a co mu to přinese, měli by se na to dle doporučení ptát všichni. Ostatní by na tom podle mého názoru měli zapracovat. Pouze jeden respondent uvedl, že by se mělo sdílet s větším časovým odstupem, kdy to má v sobě pracovník urovnané. Tato pravidla jsou blíže popsána v teoretické části (Holmes, 2016 In Watson, Meddings, 2019).

Každý sociální pracovník z mého výzkumu sdílí jiné situace a je to v návaznosti na své hranice (Kopřiva, 2016). Z výzkumu vyplývá, že dva účastníci sdílí pouze situace z běžného života a nechtějí si klienty moc přiblížit k tělu. Zkušenosti nabyté profesí využívají všichni respondenti mého výzkumu. Ostatní pracovníci využívají svou vlastní zkušenost více. Využívají zkušenosti například s výchovou dětí, vyrůstáním v neúplné rodině, fyzickým ubližováním, úmrtím, potratem, získáním hypotéky, autoškolou atd. Využívají ty zkušenosti, které v průběhu života nabyli a které jsou ochotni sdílet. Když se klientovi otevíráme, jsme s ním v lepším spojení (Kramer, In Baldwinová, 2013).

#### 5.4. Jak sociální pracovníci a pracovnice přistupují k využíváním osobních zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu?

Osobní zkušenosti mohou pracovníci sdílet s klienty, spolupracovníky, při supervizích se supervidovanými, při poskytování školení (Watson, Meddings, 2019). Nikdo z respondentů nezmínil sdílení o supervizích ani při školení. Dva respondenti mého výzkumu nemají problém s jakýmkoli sdělením s kolegy, další dva respondenti sdílí se svými kolegy hodně a dva volí míru sdílení na základě sympatií s kolegy. Jedna se podělí o hezké sdělení, ale nesvěřuje se kolegům ohledně osobního života. Obecně se dá říct, že téměř všichni respondenty vidí se sdílením s kolegy výhody, ať už je to psychohygienu, větší soudržnost týmu, nebo větší pochopení.

Jak by mělo vypadat sdílení svýchžitých zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu? Na to tři pracovníci odpovídali, že je to individuální a je to o tom kdo je ochotný, jaké informace sdílet. Jeden respondent uvedl, že si myslí, že každý pracovník by měl přinášet něco ze sebe

bez ohledu na profesi. Všichni se shodují ale na tom, že by se peer měl podělit o své zkušenosti s duševním onemocněním, což je v souladu s Reformou péče o duševní zdraví, (2019). Sociální pracovník by měl sdílet na obecnější rovině podle dvou respondentů. Podle jedné je v tom rozdíl, že sociální pracovník si může zvolit, jestli klientovi svou zkušenost řekne, peer už je onálepkovaný jako ten se zkušeností. V průběhu výzkumného šetření nebylo zmíněno, že peer je naučen, co má ze svého příběhu využívat (Vaněk, Kašpar, 2023), sociální pracovník se to při studiu pravděpodobně dle mého názoru nenaučí.

Profesní kompetence sociálních pracovníků a zdravotních sester vykazují větší otevřenost vůči začleňování zkušenostních znalostí než psychiatři a psychologové (Leemeijer, Trappenburg, 2016, In Karbouniaris a kol., 2022). Psychiatr a psycholog by podle sociálních pracovníků výzkumného šetření mohl sdílet a mají zkušenost, že to pomáhá lepšímu vztahu s klientem. R2 jim oponuje: „*Psychiatr si myslím, že je by měl být vůbec, jako to je můj názor, vymezený jako lékař. Tam jako ta osobní zkušenost si myslím, že asi úplně nepatří.*”

Sestra pro péči v psychiatrii by měla využívat své zkušenosti podle mého výzkumu. Má odlišné profesní zkušenosti od sociálních pracovníků. Jeden respondent hodně připodobňuje zdravotní sestru k sociálnímu pracovníkovi. Tvrdí, že se jejich práce prolíná, což je v souladu MZČR (2022), které tvrdí, že by měl pracovník týmu být schopen zvládat klientovu krizi, umět základy telefonické a terénní krizové intervence.

#### *Limity bakalářské práce*

Chtěla bych upozornit na to, že výzkumu se zúčastnilo pouze sedm respondentů. Jsem si vědoma toho, že jiní sociální pracovníci mohou mít rozdílné vlastní zkušenosti, mohou je mít odlišně zpracovány a mohou je využívat odlišným způsobem. Nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že se nedají zobecnit na všechny sociální pracovníky, kteří pracují v CDZ. Výsledky z výzkumu se týkají pouze respondentů, kteří se účastnili výzkumu. Výzkum ovšem může posloužit jako inspirace pro širší kvalitativní a kvantitativní výzkum. V kvalitativním výzkumu podle Hricové, Ondráška, Urbana (2023) jsou data zkreslována třikrát. Prvně během realizace rozhovorů, následně během analýzy a poté čtenářem.

K limitům mé bakalářské práce patří nedostatek výzkumů na obdobná témata, jakému se věnuji já. Bylo velmi obtížné najít a domluvit se s ochotnými sociálními pracovníky, často jsem se setkala s neochotou nebo nepřišla žádná reakce na moji prosbu. Původně jsem chtěla realizovat rozhovory pouze formou osobních setkání z důvodu osobnějšího kontaktu a možnosti lepšího se seznámení a navázání vztahu. Kvůli neochotě jsem musela oslovit sociální pracovníky ze vzdálenějších měst a realizovat s nimi z velké části on-line rozhovory. Někteří sociální pracovníci mi psali, že se nemůžou výzkumu zúčastnit z důvodů vysoké pracovní vyčerpání. Domnívám se, že neochota k realizaci výzkumu může být například z důvodu nezpracování si své minulosti a neochoty sdělovat příliš osobní informace. Výzkum mohlo ovlivnit to, že většina respondentů působí v CDZ méně než jeden rok.

Limitem může být to, že nemám s většinou respondentů navázaný dlouhodobější vztah a nemusí ke mně cítit tak velkou důvěru, aby byli ochotní se mnou sdílet náročnější a citlivější témata. Dále mi jeden respondent odmítal odpovídat na některé osobnější otázky, takže jsem se nedozvěděla některé informace o jeho zkušenostech. Dalším omezením výzkumu je to, že mi sociální pracovníci a pracovníce nemuseli sdělit některé významné životní události. Bylo jen na nich, jaké informace a do jaké hloubky mi budou chtít povědět.

## 6. Doporučení pro praxi

Sociálním pracovníkům bych doporučila, aby měli zpracovanou svou minulost a nedocházelo k nevědomým přenosům na klienta a případně k protipřenosem na klientův přenos. Nevědomé přenosy a protipřenosey nejsou prospěšné při jejich spolupráci. Důležité je, aby se svou minulostí a informacemi, které sociální pracovník sdílí klientovi ze svého života, pracoval na vědomé úrovni (Sarisová, 2019). Doporučovala bych sociálním pracovníkům, aby například absolvovali nějaký kurz ohledně sebepoznání, osobního rozvoje, případně psychoterapeutický výcvik, který by jim mohl pomoci s větším sebepoznáním.

Doporučila bych pracovníkům, aby zkusili nástroj "Knihovna životních zkušeností". Díky tomuto nástroji by si pracovník lépe urovnal své zkušenosti a uvědomil si, co je ochotný sdílet. Pracovník uspořádá své životní zkušenosti do kategorií. Životní zkušenosti jsou jako knihy umístěny do polic. Po stanovení kategorií, se pracovník zamýšlí blíž na úrovni konkrétních zážitků. Klade si odpovědi na následující otázky. Jaké jsem prožil hlavní životní události? Nad čím jsem tehdy přemýšlel? Jaké emoce jsem prožíval? Jak jsem se cítil po fyzické stránce? Odkud jsem přišel a kde jsem dnes? Co jsem se ze svých zkušeností naučil (Shavit-Shotland, 2018, In Grundman, Edri, Elran, 2020)?

Dále bych sociálním pracovníkům doporučila, aby se nebáli sdílet své žité zkušenosti s klienty a s ostatními a byli ochotní sdílet i náročnější témata. Může to být pro druhé prospěšné, pokud bude sdílení řečeno vhodným způsobem. Z výzkumu vyplynulo, že se ani ne polovina respondentů neptají sami sebe, z jakého důvodu sdílí. Proto si myslím, že by bylo vhodné, kdyby se pracovníci více na vědomé úrovni zamýšleli nad tím, z jakého důvodu sdílí své vlastní zkušenosti a v čem to bude pro klienta prospěšné.

Domnívám se, že by mohla být prospěšná na úrovni jednotlivých CDZ, kdyby proběhla diskuze o sdílení vlastní zkušenosti vedená peer pracovníkem. Peer pracovník by měl mít díky své pozici největší zkušenosti se sdílením vlastních zkušeností. Mohl by jim předat cenné zkušenosti a zároveň by si zkušenosti vzájemně vyměnili i jednotliví členové týmu. Díky tomu by se členové multidisciplinárního týmu mohli zamyslet nad tímto tématem, třeba si uvědomit něco nového a případně změnit názor.

## Závěr

Moje bakalářská práce se zabývá využitím zkušenosti sociálních pracovníků a pracovníc v CDZ. Téma jsem si zvolila z mnoha důvodů. Důvody výběru tématu se můžete dočíst v úvodu bakalářské práce. Cílem bakalářské práce je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. První kapitola teoretické části se věnuje využitím vlastní zkušenosti, blíže je přiblížena osobní zkušenost, trauma, stres a konflikt. Ve druhé kapitole se pojednává o sociálním pracovníkovi v CDZ, jeho vzdělávání, motivaci k výběru profese a vztahu s klientem. Ve třetí kapitole se píše o CDZ, jeho členech multidisciplinárního týmu a cílové skupině.

Ve výzkumné části je napsán znovu cíl práce a dílčí výzkumné otázky. Dále se píše o kvalitativním výzkumu a metodě sběru dat. Pro výzkumné šetření byla zvolena metoda polostrukturovaných rozhovorů. Následuje výběr a charakteristika výzkumného vzorku a průběh výzkumného šetření. Rozhovory byly realizovány se sociálními pracovníky a pracovnicemi, kteří pracují v CDZ. Etické aspekty výzkumného šetření, analýza a interpretace dat je popsána následně. Závěrečná část se skládá z diskuze a doporučení pro praxi.

**První výzkumná otázka** se zabývá motivací sociálních pracovníků a pracovníc k jejich profesi. Na základě zjištěných dat lze usuzovat, že motivace sociálních pracovníků a pracovníc je různá. Nejvíce je motivuje altruismus, zvědavost a mzda nehraje v motivaci významnou roli. Respondenti uvádí, že jim různé absolvované vzdělávání přineslo mnoho nového a hodnotí ho kladně.

**Druhá výzkumná otázka** zjišťuje, jaké mají sociální pracovníci a pracovnice vztahy se svými klienty. V souladu se zjištěnými daty můžeme říct, že sociální pracovníci a pracovnice jeví o klienty zájem a snaží si s nimi vybudovat vztah bez nadřazenosti. Pracovníci vytváří pro klienty bezpečné prostředí, reagují na klienta a je pro ně důležitá důvěra. Téměř všichni sociální pracovníci a pracovnice mají podle výzkumného šetření své hranice vymezeny.

**Třetí výzkumná otázka** pojednává o tom, jaké mají sociální pracovníci a pracovnice životní zkušenosti a jak s nimi pracují ve své praxi. Na základě výzkumu lze tvrdit, že sociální pracovníci a pracovnice mají za sebou různé významné životní zkušenosti, které je ovlivnili. Kromě každodenního stresu a případně konfliktů se jedná například se jedná o úmrtí blízké osoby, sexuální zneužívání, fyzické násilí, zkušenost s péčí o osobu blízkou s duševním onemocněním, potrat a umlčená těhotenství. Téměř všichni v průběhu výzkumu uvedli, že sdílení vlastních zkušeností může být prospěšné a některé zkušenosti sami využívají. Sociální pracovníci a pracovnice výzkumu bývají při sdílení opatrní a sdílení říkají v návaznosti na situaci klienta. Pouze necelá polovina dle zjištění z rozhovorů se sama sebe ptá, jaký to má přínos pro klienta. Míra a hloubka sdílení je u každého sociálního pracovníka individuální. Respondenti mého kvalitativního výzkumu využívají zkušenosti, které v průběhu osobního a profesního života nabyly. Jedná se například o nakupování, úřady, životní styl, výchovu dětí, vyrůstání v neúplné rodině, fyzické násilí, úmrtí, potraty, získání hypotéky, autoškolu atd.

**Čtvrtá výzkumná otázka** se zaměřuje na přístup sociálních pracovníků a pracovnice k využíváním osobních zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu. Bylo zjištěno z výzkumného šetření, že sdílení svých zkušeností s kolegy a jeho míra je individuální na každém pracovníkovi. Odpovědi ohledně sdílení ostatních členů multidisciplinárního týmu se výrazně liší. Od názoru, že by měl každý pracovník přinášet něco ze sebe, po názor, že by psychiatr měl být vymezený pouze jako lékař a vlastní zkušenost by neměl využívat.

Na hlavní výzkumnou otázku: *„Jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi?“* výzkum odpověděl. Cíl bakalářské práce je tedy splněn. Z výzkumu vyplývá, jak sociální pracovníci a pracovnice CDZ využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi.

Více podrobnějších zjištění z výzkumu se můžete dočíst v podkapitole analýza a interpretace získaných dat a případně v diskuzi.

Přála bych si, aby se toto téma, které je dle mého názoru opomíjeno, více dostalo mezi sociální pracovníky a další členy multidisciplinárního týmu. Uvítala bych další výzkumy týkající se využívání vlastních zkušeností. Práce je zejména určená pro pracovníky, kteří pracují s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním, ale mohou jí využít i pracovníci, kteří pracují s jinými cílovými skupinami. Dále může být bakalářská práce přínosná pro studenty sociálních a příbuzných oborů, kteří se brzy dostanou do praxe. Sociální pracovníci, další profese a studenti by se mohli zamyslet nad tím, jak využívají své vlastní zkušenosti v praxi, a třeba i změnit svůj názor. Na toto téma se v mé bakalářské práci zamýšlelo celkem sedm sociálních pracovníků, kteří pracují v CDZ.

## Seznam použité literatury

- ARROLL, Meg. Malá traumata: překonejte emoční bariéry a žijte život, jaký si zasloužíte. Praha: Grada, 2024. ISBN 978-80-271-5011-3.
- BALDWINOVÁ, Michele. Osobnost jako terapeutický nástroj. Brno: Cesta, 2013. ISBN 978-80-7295-152-9.
- BERCELLI, David. Revoluční metoda uvolňování traumatu: překonej své nejtěžší krize. Přeložil Kamil C. PINTA. Praha: Maitrea, 2017. ISBN 978-80-7500-278-5.
- BERG-PEER, Janine. Sebeobětování není řešení. Přeložil Eva KOVÁŘIKOVÁ. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2019. ISBN 978-80-907318-1-3.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 1991-2021 High School Youth Risk Behavior Survey Data. [online]. 2021 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <http://yrbs-explorer.services.cdc.gov/>
- Centrum duševního zdraví a jeho role v systému. Reforma péče o duševní zdraví [online]. 2022 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>
- Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví. MPSV [online]. 2017 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny\\_postup\\_2\\_2017\\_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Doporuceny_postup_2_2017_CDZ.pdf/e924bb98-3186-d4b1-a74f-1106f71cc09c)
- Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. MZČR [online]. 2022 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: [https://www.mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/06/DOPORUCENE-POSTUPY\\_final.pdf](https://www.mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/06/DOPORUCENE-POSTUPY_final.pdf)
- FABIÁN, Petr. Možná to jde i jinak: teorie a metody v sociální práci. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2021. ISBN 978-80-7560-368-5.
- GOLIGHTLEY, Malcolm; GOEMANS, Robert. Social Work and Mental Health, London: Sage, 2020. ISBN 978-1-5264-6977-9
- GREENBERG, Melanie. Jak lépe zvládat nepříjemné situace a konflikty: cesta k odolnější a vyrovnanější mysli. Přeložil Adéla BARTLOVÁ. Praha: Grada, 2019. ISBN 978-80-271-2584-5.
- GRUNDMAN, Shimri Hadas, EDRI, Neta, ELRAN, Renana Stanger. From lived experience to experiential knowledge: a working model. [online]. 2020 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MHSI-06-2020-0041/full/html>
- HELUS, Zdeněk. Úvod do psychologie. 2., přepracované a doplněné vydání. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-4675-3.
- HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
- HOLLANDER, Dirk den a WILKEN, Jean Pierre Lambert. Práce v propojení: podpůrný vztahový přístup: praktická příručka modelu CARE. Přeložil Eliška BOKOVÁ. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2022. ISBN 978-80-908458-5-5.
- HRICOVÁ, Alena; ONDRÁŠEK, Stanislav a URBAN, David. Metodologie v sociální práci. Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3636-0.

- KARBOUNIARIS, Simova a kol. Experiential knowledge of mental health professionals. Service users' perceptions. *European Journal of Mental Health* 17(3), 23–37 2022 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.5708/EJMH.17.2022.3.2>
- KÁVER, Anna. *Cesty ke klidu: jak se vyrovnat s nejistotou*. Přeložil Ela DOLEŽALOVÁ. Praha: Portál, 2022. ISBN 978-80-262-1856-2.
- KOLÁŘ, Pavel. *Posilování stresem: cesta k odolnosti*. Universum (Euromedia Group). Praha: Euromedia Group, 2021. ISBN 978-80-242-7465-2.
- KOPECKÁ, Ilona. *Psychologie 3. díl – Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vydání osmé, v Portále sedmé. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Pozitivní psychologie*. Vydání třetí. *Psychologie (Portál)*. Praha: Portál, 2015. ISBN 973-80-262-0978-2.
- LEVINE, Peter A. *Léčba traumatu: program probuzení moudrosti těla*. Přeložil Kamil C. PINTA. Praha: Maitrea, 2018. ISBN 978-80-7500-404-8.
- Malý průvodce CDZ [online]. 2021 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20CDZ.pdf>
- MATÉ, Gabor a MATÉ, Daniel. *Mýtus normalnosti: trauma, nemoci a uzdravování v toxické kultuře*. Přeložil Viktor JUREK. Praha: PeopleComm, 2023. ISBN 978-80-87917-84-8.
- MILLEREROVÁ, Alice. *Dětství je drama: hledání cesty k pravému já*. Edice 21. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2001. ISBN 80-7106-090-9.
- MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vydání. Grada Publishing, Havlíčkův Brod, 2006. ISBN: 80-247-1362-4.
- MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2024. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. 2024 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008444/mkn-10-tabelarni-cast-20240101.pdf>
- Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030. Reforma péče o duševní zdraví [online]. 2020 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2020/01/N%c3%a1rodn%c3%ad-ak%c4%8dn%c3%ad-pl%c3%a1n-pro-du%c5%a1evn%c3%ad-zdrav%c3%ad-2020-2030.pdf>
- PAULÍK, Karel. *Psychologie lidské odolnosti*. 2., přepracované a doplněné vydání. *Psyché (Grada)*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5646-2.
- Peer pečovatelé, proč je to dobrý nápad a jak na to. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2020. Registrační číslo CZ.03.0.60/0.0/0.0/16\_064/0006433
- PILAŘOVÁ, Irena. *Motivace pracovníků pro práci v sociálních službách* In Sociální služby, 2023. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR, 1/2023. ISSN 1803-7348

- PLAMÍNEK, Jiří. Džungle v nás: praktická psychologie pro každého. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1691-1.
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- SAMHSA. Trauma and Violence [online]. 2022 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.samhsa.gov/trauma-violence>
- SARISOVÁ, Kristina. Jak funguje přenos In Psychologie. [online]. 2019 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.psychologie.cz/jak-funguje-prenos/>
- SCHMIDBAUER, Wolfgang. Syndrom pomocníka. Vyd. 2. Spektrum (Portál). Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0865-5.
- VAN DER KOLK, Bessel A. Tělo sčítá rány: jak trauma dopadá na naši mysl i zdraví a jak se z něj léčit. Přeložil Monika MARTINKOVÁ. Pod povrchem. V Brně: Jan Melvil Publishing, 2021. ISBN 978-80-7555-130-6.
- WATSON, Emma a MEDDINGS, Sara. Peer support in mental health. London: RED GLOBE PRESS, 2019. ISBN 978-1-352-00506-6
- VANĚK, Tomáš, KAŠPAR, Michal. #PEERpomaha – Je vůbec etické zaměstnávat peery? In Studio 27. [online]. 2023 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.studio27.cz/clanek/Studio-27-peerpomaha-clanek-konference/>
- Věstník MZČR. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním [online]. 2021 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: [https://www.mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ\\_8-2021.pdf](https://www.mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf)
- Výroční zpráva. Aliance center duševního zdraví, z.s. [online]. 2022 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: [https://www.acdz.cz/images/VZ\\_2022.pdf](https://www.acdz.cz/images/VZ_2022.pdf)
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákony pro lidi [online]. 2024 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon. Zákony pro lidi [online]. 2024 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách. Zákony pro lidi [online]. 2024 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/>
- Základní principy péče poskytované v CDZ. Reforma péče o duševní zdraví [online]. 2019 [cit. 2024-01-07]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha\\_%C4%8D.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_principy\\_p%C3%A9%C4%8De\\_poskytovan%C3%A9\\_v\\_CDZ.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf)

## Přílohy

Příloha č. 1: Seznam otázek do rozhovoru

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

Příloha č. 1: Seznam otázek do rozhovoru

## Seznam otázek do rozhovoru

**HVO: Jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi?**

### Úvodní otázky

1. Kolik je Vám let?
2. Jak dlouho pracujete s cílovou skupinou osoby s duševním onemocněním?

### Motivace sociálního pracovníka a jeho vztah s klientem

**DVO1: Co motivuje sociální pracovníky a pracovnice k jejich profesi?**

1. Zamyslete se prosím nad tím, co vás vedlo k výběru profese sociálního pracovníka, cílové skupiny a jakou roli v tom hraje vzdělávání?
2. Zkuste si prosím připomenout, co Vás na Vaší práci těší a baví?
3. Co se Vám na Vaší práci daří/nedaří? Mohl/a byste uvést prosím příklad.

**DVO2: Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice vztahy se svými klienty?**

1. Co je pro budování vztahu s klientem pro Vás důležité?
2. Jak vypadá, když máte s klientem dobrý vztah? Mohl/a byste uvést prosím konkrétní příklad?
3. Pokuste se mi říct, co děláte pro to, abyste měl/a s klientem fungující vztah?
4. Které benefity podle Vás čerpá klient, když má s Vámi kladný vztah?
5. Co je pro Vás nejnáročnější z hlediska navázání vztahu s klientem a vztahu samotného?
6. Jak vnímáte a nahlížíte na diagnózy klientů? Jak rozlišujete a přizpůsobujete svou práci s klienty různých diagnóz? Mohl/a byste mi prosím uvést příklad.

### Vlastní zkušenosti

**DVO3: Jaké mají sociální pracovníci a pracovnice životní zkušenosti a jak s nimi pracují ve své praxi?**

1. Jakou významnou situaci jste ve svém životě zažil/a a má pro Vás dopad na Vaši praxi?
2. Zmínil/a byste ještě další zkušenost z Vašeho života, která ovlivňuje Vaši profesi? Jakou?
3. Co si myslíte o využívání osobních nabytých zkušeností ve své profesi?
4. Za jakých okolností využíváte svou vlastní zkušenost ve své praxi? Co byste například klientovi sdělil/a a co už ne?
5. Jak by mělo ideálně vypadat sdělování osobních zkušeností klientům?
6. Jak vnímáte slovo *stres*?

7. Co myslíte, že Vám stres může přinést ve Vaší profesi? Mohl/a byste uvést prosím příklady?
8. Jak vnímáte slovo *konflikt*?
9. Zkuste prosím popsat na příkladech, jaké konflikty zažíváte nejčastěji ve své profesi při práci s klienty a s kolegy?
10. Jakými způsoby se snažíte konflikty vyřešit?

## **Sociální pracovník a multidisciplinární tým**

**DVO4: Jak sociální pracovníci a pracovnice přistupují k využíváním osobních zkušeností ostatních profesí multidisciplinárního týmu?**

1. Jak vnímáte peer pracovníky, sociální pracovníky z hlediska sdělování osobních zkušeností?
2. Jak a za jakých podmínek by podle Vás měli další profese využívat či nevyužívat sdílení osobních zkušeností s klienty?
3. Povězte mi prosím, jaké osobní informace a zkušenosti sdílíte se svými kolegy?
4. V čem konkrétně vidíte výhody, když budete se svými kolegy sdílet své zkušenosti?

## **Závěrečné otázky**

1. Chtěl/a byste se k nějaké otázce ještě vrátit a doplnit jí?
2. Napadá Vás ještě nějaké shrnující sdělení, poselství nebo myšlenka ohledně probírané tematiky?
3. Jak se po rozhovoru cítíte?

Příloha č. 2: Informovaný souhlas

## Informovaný souhlas

### o poskytnutí rozhovoru pro vypracování výzkumné části bakalářské práce

**Téma výzkumu:** Využití vlastní zkušenosti sociálních pracovníků a pracovníc v centru duševního zdraví

**Držitel souhlasu:** Natálie Michalcová

**Škola:** Vysoká škola polytechnická Jihlava, obor Zdravotně sociální pracovník, 3. ročník, prezenční forma studia

**Základní informace o výzkumu a jeho provedení:** Jmenuji se Natálie Michalcová, píšu bakalářskou práci na téma „Využití vlastní zkušenosti sociálních pracovníků a pracovníc v centru duševního zdraví“. Vedoucí práce je PhDr. Vlasta Řezníková, PhD. Zjištěné informace z výzkumu budou sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci a případně pro jinou publikační činnost.

Cílem výzkumu je zjistit, jak sociální pracovníci a pracovnice center duševního zdraví využívají svou vlastní zkušenost ve své praxi.

Věřím, že Vaše zkušenosti a názory mi pomůžou se více dozvědět o zkoumaném tématu. Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Je na Vás, jaké informace mi o sobě budete chtít sdělit. Pokud bude na některou otázku pro Vás náročné odpovědět, můžete odmítnout odpovídat. Zároveň můžete kdykoli rozhovor ukončit.

Zvolila jsem formu polostrukturovaného rozhovoru. Průběh rozhovoru bude nahráván, nahrávat budu pouze zvuk, nikoli obraz. Poté rozhovor doslovně přepíšu, výpovědi budu důsledně anonymizovat tak, aby byla co nejlépe zachována Vaše anonymita a zároveň anonymita třetích osob, které mohou být v průběhu rozhovoru zmíněny. Zvukový záznam bude sloužit jako podklad pro doslovný přepis a bude k němu mít přístup pouze držitel souhlasu. Do dvou let po úspěšné obhajobě bakalářské práce bude audiozáznam vymazán. Výzkumnice je vázána mlčenlivostí.

Rozhovor je realizován bez nároku na finanční odměnu.

**Informovaný souhlas:** Souhlasím s poskytnutím rozhovoru, jsem seznámen/a a souhlasím s výše uvedeným textem, kterému rozumím. Rozumím tomu, že obsahem rozhovoru mohou být citlivé a osobní zkušenosti, názory a obtížná témata. Dávám výzkumnici svolení, že informace, které jsem jí poskytl/a budou použity do bakalářské práce a případně pro jinou publikační činnost. Jsem si vědom/a toho, že bakalářská práce bude po dokončení přístupná široké veřejnosti.

V ..... dne .....

Jméno a příjmení respondenta

Podpis respondenta

.....

.....